

Rapport sur la situation des femmes et des enfants au Mali en 2001



Ce rapport est le résultat du travail mené par une équipe technique multidisciplinaire sous la coordination d'un Comité de pilotage dirigé par la Direction de la Coopération internationale.

Comité de pilotage :

- Mme Traoré Rokiatou Guikiné, Directeur national de la Coopération internationale, Ministère des Affaires Etrangères.
- Dr Mamadou Dravé, Conseiller technique, Ministère de la Santé
- M. Ismaël Konaté, Conseiller technique, Ministère du Développement social
- M. Salif Samaké, Conseiller technique, Ministère de l'Education
- M. Abdramane Maïga, Conseiller technique, Ministère de la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille
- Mme Dougoubarka Sylla, Conseiller technique, Ministère des Finances
- M. Amagoïn Kéita, Conseiller technique, Ministère de l'Administration territoriale et des Collectivités locales
- Dr. Pascal Villeneuve, Représentant de l'UNICEF
- Dr. Ossen Raimi, Coordinateur principal des programmes (intérim), UNICEF

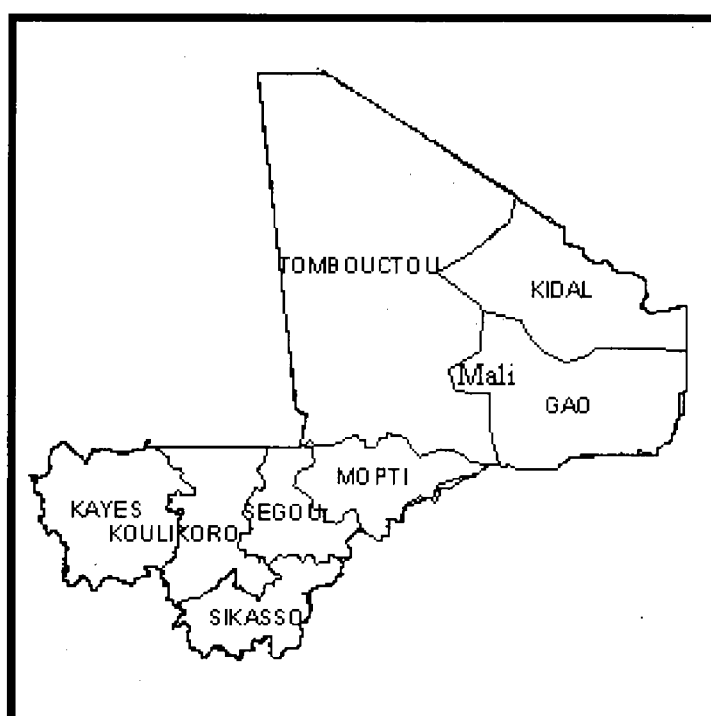
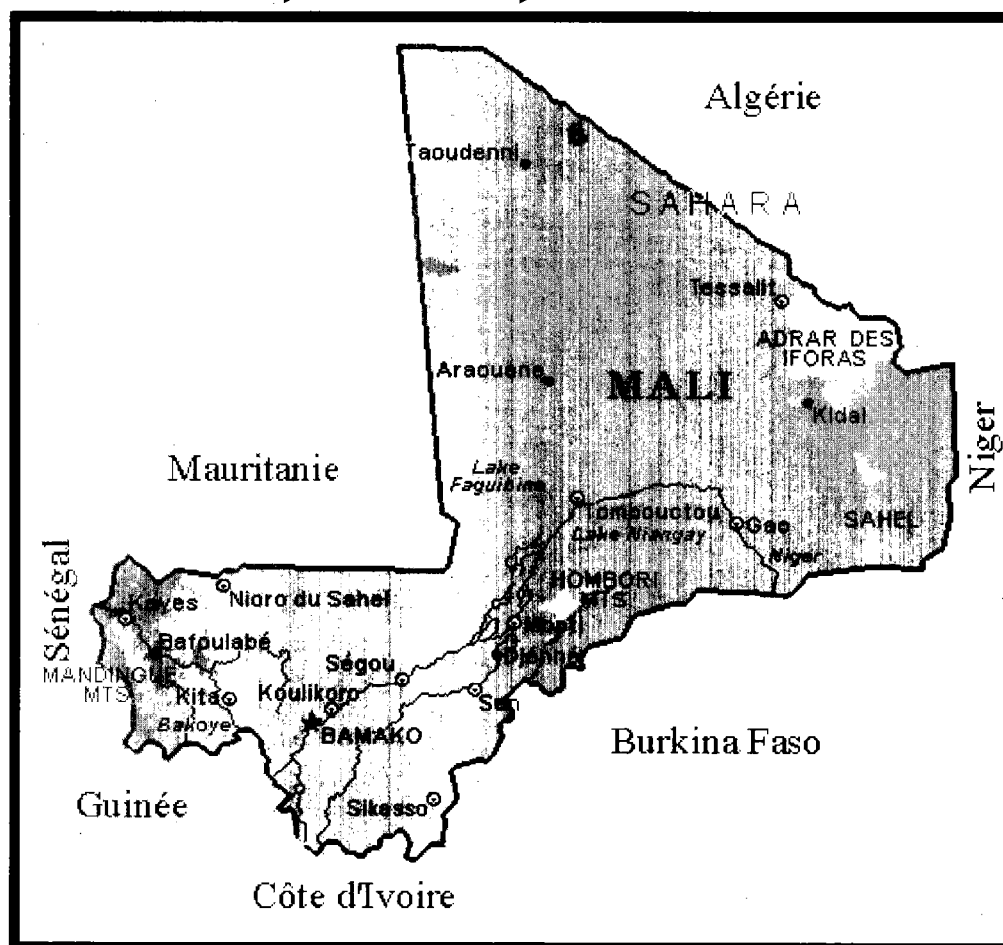
Equipe technique multidisciplinaire :

- M. Mamadou Basséry Ballo, Directeur de la CPS Santé –Coordinateur ETM, Ministère de la Santé
- M. Lamine Kéita, Directeur du CAFPD Coordinateur Adjoint ETM Primature
- Dr Salif Samaké, Directeur National de la Santé, Ministère de la Santé
- Dr Sangaré Madina Ba, Chef de Division Santé Reproduction, Ministère de la Santé
- M. Mohamed Attaher Maïga, Direction Nat. Promotion Enfant et Famille, Ministère de la Promotion FEF
- Me Mamadou Tidiane Dembélé, Directeur Nat Affaires judiciaires et des sceaux, Ministère de la Justice
- M. Makan Toutou Konaté, Directeur national adjoint CPS, Ministère de l'Éducation
- M. Bonaventure Maïga, Directeur Nat. Adj Ed. Base (+ Préscolaire et Spéciale), Ministère de l'Education
- M. Seydou Moussa Traoré, Directeur National Adjoint de la statistique, Ministère Economie et Finances
- M. Diawoye Diabaté, Direction Coopération internationale, Ministère Af. Etr. et Maliens Extérieur
- M. Brehima Siaka Diallo, Administrateur Programme Plaidoyer/Planification UNICEF
- Mme Joanne Doucet, Administrateur Programme Protection, UNICEF
- M. Idrissa Diarra, Administrateur Programme Développement, UNICEF
- M. Gaoussou Bah, Administrateur en Politiques Sociales, UNICEF
- M. Rafaël Diaz Diaz, Administrateur Programme Survie, UNICEF
- M. Pierre Signé, Administrateur Programme Survie, UNICEF

Coordination éditoriale : Olivier Le Brun, consultant.



La République du Mali



les régions du Mali

Liste des tableaux, schémas et encadrés	10
Liste des sigles et acronymes	11
Le Mali en bref	13
Avant-propos du Ministre des Affaires étrangères et des Maliens de l'extérieur	15
Introduction	18

PREMIERE PARTIE : CONTEXTE DE DEVELOPPEMENT

CHAPITRE I : SITUATION GENERALE DU MALI

1. Généralités	22
1.A Caractéristiques physiques	22
1.B Démographie et pauvreté	22
1.C Moyens de communication	23
1.D Conditions de logement et accès aux biens durables	24
Types de sols du logement	24
Nombre de personnes dormant dans la même pièce	24
Biens durables possédés par les ménages	24
1.E Contexte culturel	25
1.F Environnement politique et institutionnel : démocratie et bonne gouvernance	25
2. Politique de développement économique et social : le Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté (CSLP)	26
2.A Contexte socio-économique	27
Le profil de la pauvreté - la situation économique	27
Réforme de l'aide publique au développement (APD)	27
et développement des services sociaux essentiels (SSE)	28
2.B Les politiques nationales de développement	32
Politiques de première génération	32
Politiques de deuxième génération	35
Politiques de troisième génération	36
2.C Suivi du sommet mondial pour les enfants	37
Evaluation du Plan d'action national (PAN)	37
Orientations majeures de la Session extraordinaire consacrée aux enfants	38

CHAPITRE II : INCIDENCE DES DÉPENSES PUBLIQUES DES SECTEURS SOCIAUX

1. Education	40
2. Approvisionnement en eau potable	40
3. Santé	41

DEUXIEME PARTIE : LA SITUATION DES ENFANTS ET DES FEMMES AU MALI

CHAPITRE III : CADRE CONCEPTUEL DE L'ANALYSE DE LA SITUATION

44

CHAPITRE IV : DEFINITION DES CONCEPTS CONCOURANT A L'INVENTAIRE DES BESOINS SPECIFIQUES
DES ENFANTS ET DES FEMMES

1. Besoins : définitions, catégories et types	47
2. Cycle de vie	47
2.A Approche de la classification du Comité des droits de l'enfant	48
Principes généraux	48
Articles étroitement liés à l'examen des catégories issues de la classification du Comité des droits de l'enfant	48



**CHAPITRE V : INVENTAIRE DES BESOINS SPECIFIQUES DES ENFANTS ET DES FEMMES
SELON LE CYCLE DE VIE ET LES CATEGORIES DE DROITS**

1. Jeune enfant (0 à 8 ans) : bon départ dans la vie	56
1.A Droit à la santé et au bien-être	56
Nutrition adéquate (y compris accès à l'eau potable)	56
Hygiène et assainissement de base	56
Soins de santé appropriés	56
Soins spéciaux et rééducation des handicapés	57
Solidarité sociale	57
Environnement stimulant	57
1.B Droit à l'éducation, aux loisirs et aux activités culturelles	57
Eveil et stimulation des potentialités de l'enfant	57
Loisirs, jeux, activités sportives, culturelles et artistiques	58
1.C Droits civils et libertés	58
1.D Droit des enfants et de leur famille	58
1.E Droit à une protection spéciale	58
2. Enfance (6-13 ans) : acquisition des compétences de vie	58
2.A. Droit à la santé et au bien-être	59
2.B Droit à l'éducation, aux loisirs et aux activités culturelles	59
Acquisition des apprentissages fondamentaux	59
Loisirs, jeux, activités sportives, culturelles et artistiques	59
2.C Droits civils et libertés	59
2.D Droit des enfants et de leur famille	59
2.E Droit à une protection spéciale	59
3. Adolescence (12-18 ans) : préparation à la vie active	60
3.A Droit à la santé et au bien-être	60
3.B Droit à l'éducation, aux loisirs et aux activités culturelles	60
Acquisition des compétences de vie	60
Préparation à la vie active (enseignement secondaire et supérieur)	60
3.C Droits civils et libertés	60
3.D Droit des enfants et de leur famille	60
3.E Droit à une protection spéciale	60
4. Femme de 18 à 49 ans : réalisation de son potentiel	60
4.A Droit à la santé et au bien-être	60
Soins de santé appropriés	60
Solidarité sociale	60
4.B Droit à l'éducation, aux loisirs et aux activités culturelles	61
4.C Droits civils et libertés	61
4.D Droit des enfants et de leur famille	61
5. Conclusion sur l'inventaire des besoins spécifiques	61

CHAPITRE VI : PROBLEMES PRIORITAIRES ET ANALYSE CAUSALE

1. Jeune enfance (0-8 ans) : bon départ dans la vie	63
1.A Droit à la santé et au bien-être	63
Description	63
Analyse : prévalence d'un environnement hostile à la santé et au bien-être de l'enfant	64
Diagnostic de situation	64
Synthèse du diagnostic santé et bien-être/jeune enfance	75
Examen de l'offre de service – disponibilité et qualité	76
Synthèse de l'examen de l'offre de service – santé et bien-être/jeune enfance	78
Examen de la demande potentielle de service – accessibilité et utilisation	79
Synthèse de l'examen de la demande potentielle de service – santé et bien-être/jeune enfance	79



Coordination de l'offre et de la demande		80
Axes d'orientation		80
Aspects à consolider		80
Aspects à susciter		81
Schéma de l'analyse causale – santé et bien-être/Petite enfance		82
1.B. Droit à l'éducation, aux loisirs et aux activités culturelles		81
Description		81
Analyse : protection et stimulation faibles de la petite enfance peu favorables à la transition vers l'école		81
Diagnostic de situation		81
Synthèse du diagnostic éducation, loisirs et activités culturelles/petite enfance		84
Examen de l'offre de service – disponibilité et qualité		84
Synthèse de l'examen de l'offre de service – éducation, loisirs, activités culturelles/petite enfance		88
Examen de la demande potentielle de service – accessibilité et utilisation		89
Synthèse de l'examen de la demande potentielle de service éducation, loisirs, activités culturelles/petite enfance		89
Coordination de l'offre et de la demande		90
Axes d'orientation		90
Schéma de l'analyse causale éducation, loisirs, activités culturelles/petite enfance		91
1.C Droits civils et libertés		92
Description		92
Analyse : divergence de perception des droits de l'enfant dans les différents milieux culturels		90
Diagnostic de situation		92
Synthèse des divergences de perception des droits civils/petite enfance		93
Examen de l'offre de service – disponibilité et qualité		94
Synthèse de l'examen de l'offre de service – Droits civils et libertés/petite enfance		94
Examen de la demande potentielle de service – accessibilité et utilisation		94
Synthèse de l'examen de la demande potentielle de service droits civils et libertés/petite enfance		95
Coordination de l'offre et de la demande		95
Axes d'orientation		95
Schéma de l'analyse causale – droits civils et libertés/petite enfance		96
1.D Droit des enfants et de leur famille		97
Description		97
Analyse : inadéquation de l'éducation familiale dans le contexte actuel		101
Diagnostic de situation		101
Synthèse du diagnostic – droit des enfants et de leur famille/petite enfance		103
Examen de l'offre de service – disponibilité et qualité		104
Synthèse de l'examen de l'offre de service – droits des enfants et de leur famille/petite enfance		104
Examen de la demande potentielle de service – accessibilité et utilisation		105
Synthèse de l'examen de la demande potentielle de service droit des enfants et de leur famille/petite enfance		105
Coordination de l'offre et de la demande		106
Axes d'orientation		106
Schéma de l'analyse causale – droit des enfants et de leur famille/petite enfance		107
1.E Coordination en faveur de la réalisation progressive des droits du jeune enfant		106
Besoins de l'enfant		106
Facteurs facilitant ou entravant l'exercice des droits		106
Rôle et responsabilités des acteurs		108
Axes d'orientation		109
1.2. Enfance (6-13 ans) : acquisition des compétences de vie		111
2.A Droit à la santé et au bien être		111
Description		111
Analyse : mauvais état sanitaire et de bien-être des enfants		111
Diagnostic de situation		111
Synthèse du diagnostic de l'état sanitaire et de bien-être/enfance		112

	Examen de l'offre de service – disponibilité et accessibilité	113
	Synthèse de l'examen de l'offre de service de santé et de bien-être/enfance	113
	Examen de la demande de service – accessibilité et utilisation	114
	Synthèse de l'examen de la demande potentielle de service de santé et de bien-être/enfance	114
	Coordination de l'offre et de la demande	114
	Axes d'orientation	115
	Schéma d'analyse causale – droit à la santé et au bien-être/enfance	116
2.B	Droit à l'éducation, aux loisirs et aux activités culturelles	117
	Description	117
	Analyse : faible performance de l'éducation de base	117
	Diagnostic de situation	117
	Synthèse du diagnostic – éducation, loisirs et activités culturelles/enfance	120
	Examen de l'offre de service – disponibilité et accessibilité	120
	Synthèse de l'examen de l'offre – éducation, loisirs et activités culturelles/enfance	212
	Examen de la demande de service – accessibilité et utilisation	121
	Synthèse de l'examen de la demande potentielle éducation, loisirs et activités culturelles/enfance	122
	Coordination de l'offre et de la demande	122
	Axes d'orientation	122
	Schéma d'analyse causale – droit à l'éducation, aux loisirs et aux activités culturelles/enfance	123
2.C	Droits civils et libertés	124
	Description	124
	Analyse : faible préparation de l'enfant à la participation aux espaces d'échange et de formation	124
	Diagnostic de situation	124
	Synthèse du diagnostic – droits civils et libertés/enfance	126
	Examen de l'offre de service – disponibilité et qualité	127
	Synthèse de l'examen de l'offre – droits civils et libertés/enfance	127
	Examen de la demande potentielle de service – accessibilité et utilisation	127
	Synthèse de l'examen de la demande potentielle de service – droits civils et libertés/enfance	128
	Coordination de l'offre et de la demande	128
	Axes d'orientation	128
	Schéma d'analyse causale – droits civils et libertés/enfance	129
2.D	Droit des enfants et de leur famille	130
	Description	130
	Analyse : exclusion de l'enfant du processus de résolution de ses problèmes	130
	Diagnostic de situation	130
	Synthèse du diagnostic – droit des enfants et de leur famille	131
	Examen de l'offre et de la demande potentielle de service disponibilité et qualité/accessibilité et utilisation	132
	Coordination de l'offre et de la demande	132
	Axes d'orientation	132
	Schéma d'analyse causale – droit des enfants et de leur famille/enfance	133
2.E	Droit à des mesures spéciales de protection	134
	Description	134
	Analyse : prévalence du phénomène d'enfants ayant besoin de mesures spéciales de protection	134
	Diagnostic de situation	134
	Synthèse du diagnostic – droit à des mesures spéciales de protection	137
	Examen de l'offre et de la demande potentielle de service disponibilité et qualité/accessibilité et utilisation	137
	Coordination de l'offre et de la demande	138
	Axes d'orientation	138
	Schéma d'analyse causale – droit à des mesures spéciales de protection/enfance	139
2.F	Coordination en faveur de la réalisation progressive des droits de l'enfant	138
	Besoins de l'enfant	138
	Facteurs facilitant ou entravant l'exercice des droits	140
	Rôle et responsabilités des acteurs	140
	Axes d'orientation	140

Aspects spécifiques aux catégories de droits	140
Aspects transversaux communs aux catégories de droits	140
3. Adolescents (12-18 ans) : préparation à la vie active	142
3.A Droit à la santé et au bien-être	142
Description	142
Analyse : faiblesse de l'offre de services de santé de la reproduction	142
Diagnostic de situation	142
Synthèse du diagnostic – droit à la santé et au bien-être/adolescence	146
Examen de l'offre de service – disponibilité et qualité	146
Synthèse de l'examen de l'offre de service – droit à la santé et au bien-être/adolescence	147
Examen de la demande potentielle de service – accessibilité et utilisation	147
Synthèse de l'examen de la demande potentielle de service	147
droit à la santé et au bien-être/adolescence	147
Coordination de l'offre et de la demande	147
Axes d'orientation	147
Schéma d'analyse causale – droit à la santé et au bien-être/adolescence	149
3.B Droit à l'éducation, aux loisirs et aux activités culturelles	148
Description	148
Analyse : faible préparation, en particulier de l'adolescente, à la vie active	148
Diagnostic de situation	148
Synthèse du diagnostic – droit à l'éducation, aux loisirs et aux activités culturelles/adolescence	150
Coordination de l'offre et de la demande	152
Axes d'orientation	152
Schéma d'analyse causale – droit à l'éducation, aux loisirs et aux activités culturelles/adolescence	151
Coordination	152
4. Femme de 18 à 49 ans : réaliser son potentiel	153
4.A Droit à la santé et au bien-être	153
Description	153
Analyse : précarité de l'état de santé et de bien-être de la femme	154
Diagnostic de situation	154
Synthèse du diagnostic – droit à la santé et au bien-être/femmes de 18 à 49 ans	160
Coordination de l'offre et de la demande et axes d'orientation	160
Schéma d'analyse causale – droit à la santé et au bien-être/femmes de 18 à 49 ans	161
4.B Droit à l'éducation, aux loisirs et aux activités culturelles	162
Description	162
Analyse : faiblesse de l'accès et du maintien de la femme au sein du système éducatif	162
Diagnostic de situation	162
Synthèse du diagnostic droit à l'éducation, aux loisirs et aux activités culturelles/Femmes de 18 à 49 ans	162
Coordination de l'offre et de la demande et axes d'orientation	163
Schéma d'analyse causale – droit à l'éducation, aux loisirs et aux activités culturelles/femmes de 18 à 49 ans	165
4.C Droits civils et libertés	164
Description	164
Analyse : faible niveau de participation des femmes aux espaces d'échanges, de décision et de production	164
Diagnostic de situation	164
Synthèse du diagnostic – droits civils et libertés/femmes de 18 à 49 ans	167
Examen de l'offre de service – disponibilité et qualité	167
Examen de la demande potentielle de service – accessibilité et utilisation	167
Coordination de l'offre et de la demande	168
Axes d'orientation	168
Schéma d'analyse causale – droits civils et libertés/femmes de 18 à 49 ans	169
4.D Coordination en faveur de la réalisation progressive des droits de la femme	170
Besoins de la femme	170
Facteurs facilitant ou entravant l'exercice des droits	170
Rôle et responsabilités des acteurs	171
Axes d'orientation	172



Adolescence



Femmes
de 18 à 49 ans

CHAPITRE VII SYNTHESE GENERALE

1. Les entraves majeures 173

1.A Education 173

1.B Comportements 173

1.C Nutrition 173

1.D Infections et paludisme 173

1.E MGF 173

1.F Mesures spéciales de protection 173

2. Principaux enseignements 173

3. Principaux axes d'orientation 174

ANNEXES

Références bibliographiques de l'ADS 182

Notes 185



Tableaux

Tableau n° 1 : Répartition de la population par région et par sexe en 1998/p. 22

Tableau n° 2 : Répartition de la population par tranche d'âge et par sexe/p. 23

Tableau n° 3 : Incidence de la pauvreté par région en 1998/p. 27

Tableau n° 4 : Situation d'exécution des budgets des départements bénéficiaires de l'IPTE au 31/10/2001/p. 31

Tableau n° 5 : Incidence des dépenses publiques d'éducation (année 1998)/p. 40

Tableau n° 6 : Incidence des dépenses publiques en eau potable (année 1998)/p. 41

Tableau n° 7 : Incidence des dépenses publiques de santé (année 2000)/p. 41

Tableau n° 8 : Couverture vaccinale selon l'EDS-II et l'EDS-III/p. 67

Tableau n° 9 : Prévalence et traitement des infections respiratoires aiguës (IRA) et/ou fièvre - EDS-III/p. 69

Tableau n° 10 : Possession et utilisation de moustiquaires/p. 70

Tableau n° 11 : Prévalence et traitement de la diarrhée /p. 71

Tableau n° 12 : Perception des personnes sur les modes de transmission du VIH/SIDA de la mère à l'enfant/p. 73

Tableau n° 13 : Age du 1^{er} rapport sexuel et prévalence VIH et IST chez les groupes vulnérables ou à risques/p. 145

Tableau n° 14 : Taux de prévalence globale du VIH/SIDA par sexe selon la tranche d'âge, le milieu de résidence et par région selon EDS-III 2001/p. 153

Tableau n° 15 : Utilisation des préservatifs lors des derniers rapports sexuels/p. 154

Tableau n° 16 : Connaissances des méthodes contraceptives par caractéristiques socio-démographiques/p. 158

Tableau n° 17 : Principales raisons évoquées entravant l'utilisation des contraceptifs/p. 159

Tableau n° 18 : Synthèse de l'analyse de la situation des enfants et des femmes au Mali/pp 176-179

Schémas

Schéma n° 1 : Cadre conceptuel/p. 46

Schéma n° 2 : Analyse causale — droit à la santé et au bien-être/jeune enfance/p. 82

Schéma n° 3 : Analyse causale — droit à l'éducation, loisirs et activités culturelles/jeune enfance/p. 91

Schéma n° 4 : Analyse causale droits civils et libertés/jeune enfance/p. 96

Schéma n° 5 : Analyse causale — droit des enfants et de leur famille/jeune enfance/p. 107

Schéma n° 6 : Analyse causale — droit à la santé et au bien-être/enfance/p. 116

Schéma n° 7 : Analyse causale — droit à l'éducation, loisirs et activités culturelles/enfance/p. 123

Schéma n° 8 : Analyse causale — droits civils et libertés/enfance/p. 129

Schéma n° 9 : Analyse causale — droit des enfants et de leur famille/enfance/p. 133

Schéma n° 10 : Analyse causale — droit à des mesures spéciales de protection/enfance/p. 139

Schéma n° 11 : Analyse causale — droit à la santé et au bien-être/adolescence/p. 149

Schéma n° 12 : Analyse causale — droit à l'éducation, loisirs et activités culturelles/adolescence/p. 151

Schéma n° 13 : Analyse causale — droit à la santé et au bien-être/femmes de 18 à 49 ans/p. 161

Schéma n° 14 : Analyse causale — droit à l'éducation, loisirs et activités culturelles/femmes de 18 à 49 ans/p. 165

Schéma n° 15 : Analyse causale — droits civils et libertés/femmes de 18 à 49 ans/p. 169

Encadrés

Encadré n° 1 : Défis majeurs du pays face aux objectifs de développement du Millénaire/p. 26

Encadré n° 2 : Le système de santé de cercle au Mali/p. 33

Encadré n° 3 : Situation des droits humains au Mali/p. 45

Encadré n° 4 : Sous-information sur le Sida/p. 72

Encadré n° 5 : Trafic transfrontalier d'enfants entre le Mali et la Côte d'Ivoire/p. 135

Graphiques

Graphique n° 1 : Répartition de la population d'enfants par tranche d'âge (1998)/p. 23

Graphique n° 2 : Répartition de la population par région (1998)/p. 42

Graphique n° 3 : Incidence des dépenses publiques d'éducation, premier cycle de l'enseignement fondamental (1998)/p. 42

Graphique n° 4 : Incidence des dépenses publiques en eau potable/p. 42

Graphique n° 5 : Incidence des dépenses publiques de santé (2000)/p. 42

Graphique n° 6 : Evolution du taux net de scolarisation dans le premier cycle de l'enseignement fondamental entre 95/96, 97/98 et 98/99/p. 117



ADRS : Association pour le Développement de la Recherche en sciences sociales, Bamako

APAF/MUSO DAMBE : Association pour la protection des aides familiales

APD : Aide publique au développement

APE : Association des parents d'élèves

ASACO : Association de santé communautaire

CADBE : Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant

CAFO : Coordination des associations et ONG féminines

CAPF : Centre d'accueil et de placement familial

CCA-ONG : Cellule de coordination des ONG

CDE : Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant

CED : Centre d'éducation pour le développement

CEDEF : Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes

CLD/CRD : Comité local de développement/Comité régional de développement

CMO : Coût moyen de l'ordonnance

COCEP : Comité d'orientation, de coordination et d'évaluation du PRODESS

COCEPS : Comité d'orientation, de coordination des études et programmes socio-sanitaires

COMADE : Coalition malienne pour les droits des enfants

COR : Centre d'observation et de rééducation

CPN : Consultation prénatale

CPS : Cellule de planification et de statistiques

CROCEP : Comité régional d'orientation et de coordination et d'évaluation du PRODESS

CROCEPSS : Comité régional d'orientation et de coordination des études et programmes socio-sanitaires

CS : Centre de santé

CSA : Centre de santé d'arrondissement (non revitalisé)

CSAR : Centre de santé d'arrondissement revitalisé

CSC : Centre de santé de cercle

CSCOM : Centre de santé communautaire

CSRef : Centre de santé de référence

DBC : Distribution à base communautaire

DCI : Dénomination commune internationale

DESAM : Développement sanitaire du Mali

DNS : Direction nationale de la Santé

DNSI : Direction nationale de la statistique et de l'informatique

DNSP : Direction nationale de la santé publique

DRSP : Direction régionale de la santé publique

DTC : Diphtérie, Tétanos, Coqueluche

EDS I : Enquête démographique et de santé, 1987

EDS II : Enquête démographique et de santé, 1995/96

EDS III : Enquête démographique et de santé, 2001

EFEP : Ecoles de formation des éducateurs préscolaires

EMCES : Enquête malienne de conjoncture économique et sociale de 1994

EMEP : Enquête malienne d'évaluation de la pauvreté

EPIC : Etablissement public à caractère industriel et commercial

ESSC : Equipe socio-sanitaire de cercle

EVF/EMP : Education à la vie familiale et en matière de population

FBCF : Formation brute du capital fixe

FELASCOM : Fédération locale des associations de santé communautaire

FENASCOM : Fédération nationale des associations de santé communautaire

FERASCOM : Fédération régionale des associations de santé communautaire

GIE : Groupement d'intérêt économique

GTZ : Office allemand de coopération technique

IB : Initiative de Bamako

ICPM : Infirmier chef de poste médical

IDA : International Development Association

IDA : International Drug Association

IEC : Information Education Communication

IMT : Institut de Médecine Tropicale, Anvers

INRSP : Institut national de recherche en santé publique

IPPTE : Initiative des pays pauvres très endettés

IRA : Infections respiratoires aiguës

ISAS : Inspection de la santé et de l'action sociale

IST : Infection sexuellement transmissible

JNV : Journées nationales de vaccination

LNS : Laboratoire national de santé

MDSSPA : Ministère du Développement social, de la solidarité et des personnes âgées

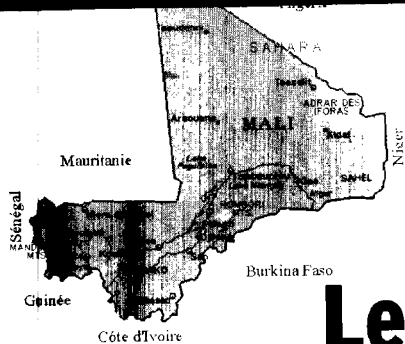
ME : Médicaments essentiels

SIGLES ET ACRONYMES

MGS : Mutilations Génitales Féminines
MS : Ministère de la Santé
ODHD/LCP : Observatoire du développement humain durable et de la lutte contre la pauvreté
ODR : Opération de développement rural
OEF : Observatoire de l'emploi et de la formation
OMS : Organisation mondiale de la santé
ONG : Organisation non gouvernementale
PAN : Plan d'action national pour la survie, le développement et la protection de l'enfant (1992-2000)
PC : Pédagogie convergente
PCIME : Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
PDDSS : Programme décennal de développement socio-sanitaire
PDSC : Plan de développement de santé de cercle
PEV : Programme élargi de vaccination
PF : Planning familial
PFA : Paralysie flasque aigüe
PIB : Produit intérieur brut
PMA : Paquet minimum d'activités
PNA/ERP : Programme national d'action pour l'emploi en vue de réduire la pauvreté
PNE : Politique nationale de l'emploi
PNB : Produit national brut
PO : Plan opérationnel
PPM : Pharmacie populaire du Mali
PRODEC : Programme décennal de l'éducation
PRODEJ : Programme décennal de développement de la justice
PRODESS : Programme de développement social et sanitaire
PSPHR : Projet de santé, population et hydraulique rurale
RAC : Réseau administratif de communication
RBC : Réadaptation à base communautaire
RGPH : Recensement général de la population et de l'habitat, 1998
RNB : Revenu national brut
SADS : Stratégie africaine de développement sanitaire
SDA/ME : Schéma directeur d'approvisionnement en médicaments essentiels
SECO ONG : Secrétariat de coordination des ONG
SIDA : Syndrome immuno-déficience acquise

SNLP : Stratégie nationale de lutte contre la pauvreté
SRO : Sachet de réhydratation orale
SRP : Soins de rééducation primaires
SSE : Services sociaux essentiels
SSP : Soins de santé primaires
TBS : Taux brut de scolarisation
TIDC : Traitement à l'ivermectine sous directive communautaire
TME : Transmission mère-enfant
TMI : Taux de mortalité infantile
TMIJ : Taux de mortalité infanto-juvénile
TMM : Taux de mortalité maternelle
TNS : Taux net de scolarisation
UMPP : Usine malienne de produits pharmaceutiques
UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'enfance
UNIPAC : Centrale d'achat de l'UNICEF
VIH : Virus immunodéficience humaine





Le Mali en bref...

La situation géographique

Le Mali est situé au cœur de l'Afrique de l'Ouest dans la bande soudano-sahélienne.

• **Pays voisins** : le Mali partage 7 200 km de frontières avec ses voisins : l'Algérie au Nord, le Burkina Faso et le Niger à l'Est, la Côte d'Ivoire et la Guinée au Sud, la Mauritanie et le Sénégal à l'Ouest

• **Superficie** : 1 241 238 km²
(densité moyenne : 7,9 hab/km²)

• **Relief** : peu accidenté, il est constitué, d'une part, de plateaux composés des prolongements des contreforts du Fouta Djallon communément appelés plateaux Manding, des plateaux de Koutiala et des falaises de Bandiagara, et, d'autre part, des vastes plaines désertiques et fluviales.

• **Climat** : chaud et sec avec une saison sèche et une saison des pluies qui dure cinq mois au Sud et moins d'un mois au Nord.

• **Végétation** : dense, du type forêts claires et savanes arborées dans la zone guinéenne ; savanes arborées et arbustives dans la zone soudanienne sud ; savanes arbustives et savanes vergers de néré et karité dans la zone soudanienne nord ; savanes arbustives composées essentiellement d'épineux dans la zone sahélienne avec des prairies d'*Echinochloa stagnina* (bourgou) dans le delta du Niger; quelques rares épineux dans la zone saharienne qui est désertique.

• **Principaux cours d'eau** : le Mali est arrosé dans sa partie méridionale par les fleuves Niger (sur 1700 km) et Sénégal (sur 800 km) et leurs affluents et confluents.

• **Zones lacustres** : lac Débo, lac Faguibine, lac Télé, lac Oro...

• **Principales ethnies** : les Bambara (ou Bamanan), Malinké (Maninka), Sarakolé (Soninké ou Maraka), Peulh, Dogon (Dogonon ou Habé), Sonrhäï (Songhoï, et Arma), Bobo (Boua), Minianka, Bozo, Sorko, Maure, Touareg, Arabe...

• **Découpage administratif** : la République du Mali est divisée en trois niveaux de collectivités :

– Niveau national : 8 régions administratives (Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou, Mopti, Gao, Tombouctou et Kidal) et le district de Bamako

– Niveau régional : 49 cercles

– Niveau local : 703 communes, dont 684 communes rurales et 19 communes urbaines parmi lesquelles 6 du district de Bamako qui ont rang de cercle

• **Principales villes** : Bamako (capitale), Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou, Mopti, Gao, Tombouctou et Kidal

• **Principales activités économiques** : agriculture, élevage, pêche, artisanat, commerce, mines, industrie, petites et moyennes entreprises.

• **Accès aux principaux ports** :

- Bamako-Abidjan par route : 1 115 km,
- Bamako-Dakar par rail : 1 250 km,
- Bamako-Conakry par route : 1 100 km,

• **Aéroports** :

- International : Bamako-Sénou,
- Intérieur : Kayes, Nioro, Sikasso, Mopti, Gao, Tombouctou, Kidal.

• **Entrepôts maritimes** : Entrepôts du Mali à Abidjan, Dakar, Nouakchott et Conakry.

La démographie

• **Population (estimation 2001)** : 10 472 782 habitants dont 50,5 % de femmes

• **Taux de croissance annuel (RGPH-98)** : 2,2 %

• **Taux d'urbanisation (RGPH-98)** : 26,8 %

• **Espérance de vie à la naissance** : 61,6 ans

• **Taux de natalité (RGPH 98)** : 49 ‰

• **Taux de mortalité maternelle (EDS-III)** : 577 pour 1000

• **Taux de mortalité infantile** : 111 ‰ (EDS-III-2001)

• **Taux de mortalité infanto-juvénile** : 226 ‰ (EDS-III-2001)

• **Enfants de moins d'un an** : 2,92 ‰ (RGPH 98)

• **Enfants de 1 an à 4 ans** : 14,04 ‰ (RGPH 98)

• **Enfants de moins de 5 ans** : 16,96 ‰ (RGPH 98)

• **Enfants de moins de 15 ans** : 46,06 ‰ (RGPH 98)

• **Enfants de moins de 19 ans** : 55,15 ‰ (RGPH 98)

• **Femmes en âge de procréer (15-49 ans)** : 22,55 ‰ (RGPH 98)

Les indicateurs de développement

➔ Economie

• **Croissance réelle du PIB en moyenne entre 90 et 99** : 3,6%

• **Revenu par tête d'habitant** : entre 260 et 300 dollars US par an en 1999

• **Dette publique extérieure (90/99)** : 112% du PIB

- **Service de la dette (en 2001) :** 12 à 13 % des exportations de biens et services
- **Seuil de pauvreté :** 97 843 F CFA en 1999 avec 64,2 % de Maliens vivant en dessous de ce seuil,
- **Indice de développement humain :** 0,34 (IDH en 1999)
- **Population vivant de l'agriculture :** 64 % (EMCES-1994) ; ce taux atteint 73,1 % en zone rurale,
- **Chômage des jeunes à Bamako :** 48,3% des chômeurs ont moins de 25 ans et 68,9 % ont moins de 30 ans.

➔ Education

- **Taux brut de scolarisation (en 99/2000) :** 57,8 % (46 % pour les filles)
- **Taux net de scolarisation primaire (98/99) :** 44 % (51 % pour les garçons et 36 % pour les filles)
- **Taux d'abandon à l'école primaire :** G : 0,4 % – F : 0,5 %
- **Taux d'alphabétisation des adultes :**
H : 23,8 % – F : 10,4 %

➔ Santé

- **Malnutrition des enfants de moins de 5 ans (EDS-III 2001) :**
 - Taille pour âge (moins 2 écart-type) : 39,4 %,
 - Poids pour taille (moins 2 écart-type) : 10,6 %,
 - Poids pour âge (moins 2 écart-type) : 33,8 %,
- **Vaccination des enfants de 12-23 mois (EDS-III 2001) :**
 - complètement vaccinés : 28 %,
 - BCG : 69 %
 - DTCP1 : 61 %
 - DTCP3 : 39 %
 - Rougeole : 49 %
- **Lieu d'aisance amélioré :**
 - National : 7,2 %
 - Rural : 4%
 - Urbain : 15,8 %
- **Accès à l'eau potable :**
 - National : 48 %
 - Milieu rural : 36 %

L'organisation de l'Etat

- Constitution de la III^e République en 1992
- Régime présidentiel : mandat de cinq ans renouvelable une seule fois ; avant-dernières élections en 1997, dernières en 2002.
- Etat laïc
- Les Institutions de la République :
 - Président de la République
 - Gouvernement
 - Assemblée nationale
 - Cour constitutionnelle
 - Cour suprême
 - Haute Cour de justice
 - Conseil économique, social et culturel
 - Médiateur de la République
 - Haut Conseil des collectivités (à mettre en place).

Structure du système de santé

- 533 centres de santé communautaire offrant le paquet minimum d'activités (PMA).
- 52 centres de santé de référence de cercle ou de commune.
- 6 hôpitaux régionaux.
- 3 hôpitaux nationaux.
- 1 centre national d'odontologie et de stomatologie.
- 1 institut spécialisé en ophtalmologie - IOTA.h
- 1 institut national de recherche en santé publique.
- Population à moins de 15 km du PMA : 59 % fin 1999 et 64 % en 2000.

Par S.E. Monsieur Modibo Sidibé

Ministre des Affaires Etrangères et des Maliens de l'Extérieur

«**L**es enfants constituent l'avenir d'un pays. Les femmes et les enfants présentent deux caractéristiques communes. D'abord ils sont les plus nombreux : au Mali par exemple, les moins de 18 ans représentent 55,2% de la population alors que la population féminine compte pour plus de la moitié de la population (50,5%). En outre, la situation de ces deux groupes apparaît socialement et économiquement plus fragile en matière de santé, d'éducation, d'emploi, de représentation et de participation dans la vie socio-économique. Ces deux caractéristiques, si elles ne sont pas bien perçues par les politiques de développement, réduisent considérablement la prise en compte des droits des enfants et des femmes dans les prises de décision.

Face à cette réalité, la communauté internationale a adopté en décembre 1979 la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDEF) qui fut ratifiée par le Mali le 10 septembre 1985 suivant l'ordonnance n°85-13/P-RM. La Convention relative aux droits de l'enfant (CDE) a été adoptée en 1989. A la suite du Sommet mondial pour les enfants en septembre 1990, qui était coprésidé par le Mali, les Etats parties ont conféré à cette Convention une valeur universelle et dynamique. Convaincu que cette dernière est la réponse aux problèmes multiples des enfants en général et de ceux des pays en voie de développement en particulier, le Mali l'a ratifiée par la loi n°90-72/AN-RM du 22 août 1990.

En signant ces deux conventions chaque pays s'engage, à l'instar de tous les Etats signataires, à entreprendre des actions concrètes et soutenues pour améliorer les conditions de vie des enfants et des femmes en vue d'assurer le respect de leurs droits.

En les ratifiant, le Mali a choisi d'accorder la priorité à la construction d'un véritable Etat de droit dont l'une des missions est d'assurer, d'une part, la survie, le développement, la protection et la participation de tous ses enfants, et d'autre part, d'œuvrer à la reconnaissance et à la promotion des droits de l'enfant et de la femme, parties intégrantes des droits humains.

Cet engagement s'est concrétisé par l'adoption et la mise en œuvre de plusieurs programmes nationaux de développement dont :

- le plan d'action national pour la survie, le développement, la protection et la participation de l'enfant 1990-2000,
- le plan d'action national pour la promotion des femmes au Mali.

En 1997, dans le cadre de la coopération entre le Mali et l'UNICEF, un premier rapport d'« Analyse de la situation des enfants et des femmes » a utilisé les droits comme cadre de référence pour la planification des interventions. Ce rapport a servi à la préparation de nouveaux programmes et projets de développement en faveur des enfants et des femmes. Il a en outre permis au gouvernement et à ses partenaires d'entreprendre des initiatives telles que l'élaboration de politiques appropriées, la relecture ou l'adoption de plusieurs codes relatifs aux droits de l'enfant, de la femme et de la famille, la création de la Cité des Enfants, du CREDOS (Centre de recherche et de documentation pour la survie de l'enfant), de la Médiature, l'élaboration de plans décennaux de développement dans les secteurs de la Santé, de l'Education et de la Justice, et enfin, l'adoption d'un Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté. Du côté de la société civile, on assiste à l'émergence de plusieurs ONG et associations œuvrant dans la mise en œuvre des droits de l'enfant et de la femme. Au niveau de certains partenaires, comme l'UNICEF,

«**Le Mali a choisi d'accorder la priorité à la construction d'un véritable Etat de droit**»

« Cette approche participative et consensuelle fait du présent rapport d'analyse de la situation, une référence nationale sur la situation des enfants et des femmes au Mali »

ce travail a permis de codifier la démarche de programmation fondée sur les droits et d'ébaucher une liste d'indicateurs.

A la suite des progrès réalisés en matière de droits des enfants et des femmes, une seconde analyse de la situation a été réalisée fin 2001. Toujours guidée par le souci d'utiliser le droit comme cadre de référence et par la volonté de mieux orienter les actions sur les groupes-cibles qu'elles visent, cette seconde analyse de situation a innové en adoptant « l'approche cycle de vie ». Les cibles retenues à travers cette approche cycle de vie sont :

- la petite enfance de 0 à 8 ans avec des subdivisions (0-11 mois, 1-4 ans, 5-8 ans),
- l'enfance de 6 à 13 ans,
- l'adolescence de 12 à 18 ans,
- les femmes en âge de procréer de 18 à 49 ans (y compris les femmes enceintes ou allaitantes).

L'interpénétration des cycles de vie s'explique par la difficulté liée à l'indivisibilité et la transversalité des droits et par les liens de causalité entre cycles de vie. Cette démarche analytique considère la cible comme sujet et bénéficiaire des droits, donc actrice à certains âges dans la mise en œuvre des conventions. Elle favorise la convergence et la complémentarité des interventions.

La synergie des programmes sectoriels ne pouvant se réaliser que dans un cadre consensuel, l'analyse de la situation a été menée par une équipe technique multidisciplinaire sous la coordination d'un comité de pilotage dirigé par la Direction de la Coopération internationale.

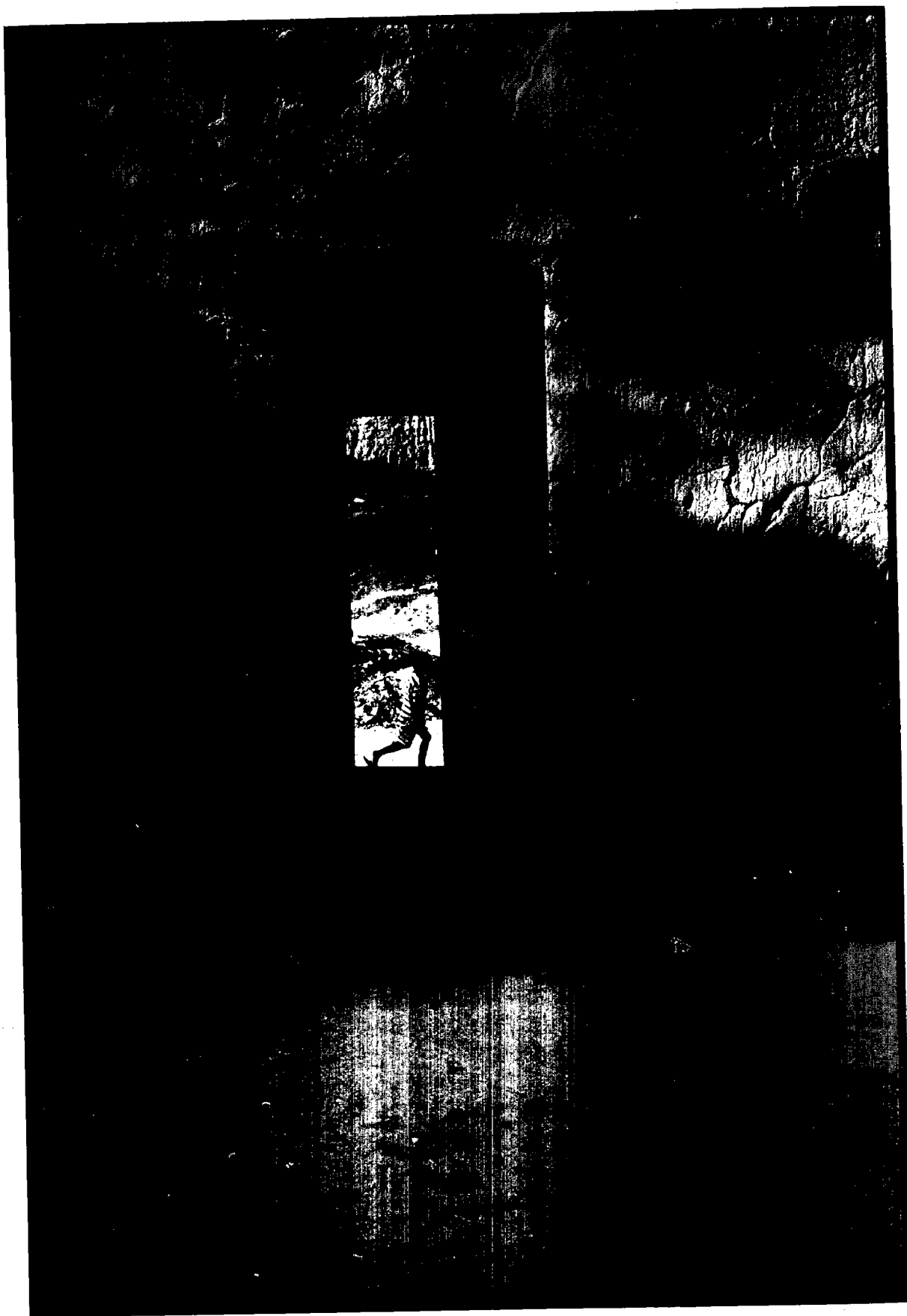
Tous les partenaires techniques et financiers (services techniques publics, ONG, associations, agences de coopération bilatérale, multilatérale et du système des Nations Unies...) impliqués dans les programmes sectoriels en faveur des enfants et des femmes, ont participé à l'élaboration et/ou à la validation de la présente analyse de situation. Cette approche participative et consensuelle fait du présent rapport d'analyse de la situation, une référence nationale sur la situation des enfants et des femmes au Mali.

Il me revient ici d'apprécier l'excellente qualité de ce document qui a été approuvé par plusieurs instances et expertises techniques. Le caractère novateur de l'expérience a été largement salué et bien d'autres intervenants pourraient s'en inspirer. Il est le fruit de la bonne collaboration et de la coopération entre le Mali et l'UNICEF.

Enfin le document ne prétend pas avoir traité de façon exhaustive la question relative à la réalisation des droits de l'enfant et de la femme au Mali mais se veut une base pour poursuivre la réflexion tout en définissant des axes prioritaires pour la préparation des plans et programmes d'actions destinées à mettre en œuvre les deux conventions.

S.E. Monsieur Modibo Sidibé,

**Ministre des Affaires Etrangères
et des Maliens de l'Extérieur**



Objectifs et enjeux de l'analyse de la situation

« Cette analyse [...] prend en compte le niveau et le degré de participation, d'implication et de responsabilité de chacun des acteurs responsables de l'enfant, sujet de droit, bénéficiaire et aussi acteur à certaines étapes du cycle de vie »

Il s'agit d'appréhender les conditions de vie des femmes et des enfants au Mali dans l'optique de la réalisation progressive de leurs droits, afin d'assurer une meilleure orientation des politiques et programmes en faveur de ces couches spécifiques de la population nationale.

Cette analyse, réalisée conjointement par le gouvernement du Mali et l'UNICEF, prend comme cadre de référence les principes contenus dans la Convention relative aux droits de l'enfant (CDE), la Charte africaine des droits et du bien-être (CADBE), la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDEF) et les autres instruments internationaux pertinents. Elle est élaborée par une équipe technique multidisciplinaire (ETM) regroupant plusieurs départements ministériels, dont le leadership est assuré par le ministère des Affaires étrangères et des Maliens de l'Extérieur à travers sa Direction de la coopération internationale.

Elle s'enrichit de l'expérience de l'analyse de la situation menée en 1997, tout en privilégiant l'approche **cycles de vie** qui permet de balayer les aspects non spécifiquement pris en compte par un département technique dans un cadre sectoriel.

Elle adopte une approche globale organisée autour d'un cycle spécifique de vie et gardera une référence permanente au genre dans chacune des tranches étudiées. Elle prend en compte le niveau et le degré de participation, d'implication et de responsabilité de chacun des acteurs responsables de l'enfant, sujet de droit, bénéficiaire et aussi acteur à certaines étapes du cycle de vie.

Elle hiérarchise les problèmes, évalue les solutions possibles à court, moyen ou long terme, tout en dégagant les voies de partenariats propices à la prise de responsabilité individuelle ou collective pour assurer aux enfants et aux femmes la jouissance de leurs droits fondamentaux.

L'utilisation de cette analyse est multiple.

D'abord à court terme, elle permet aux départements techniques de mieux se situer pour prendre effectivement en compte les droits des enfants et des femmes et, par rapport aux autres partenaires, elle contribue à la recherche de solutions pérennes aux problèmes de ces catégories cibles. Ensuite, elle sert de référence unique pour définir des axes stratégiques majeurs qui s'inscrivent dans le document de stratégie du nouveau programme de coopération entre le gouvernement du Mali et l'UNICEF. De ces axes dérivent les futurs domaines d'intervention (programmes) de cette coopération.

Cette analyse de la situation des enfants et des femmes constitue également un cadre d'évaluation de l'apport de l'UNICEF à la réalisation progressive des droits des cibles visées par ses interventions.

Le Mali, partie prenante des conventions internationales

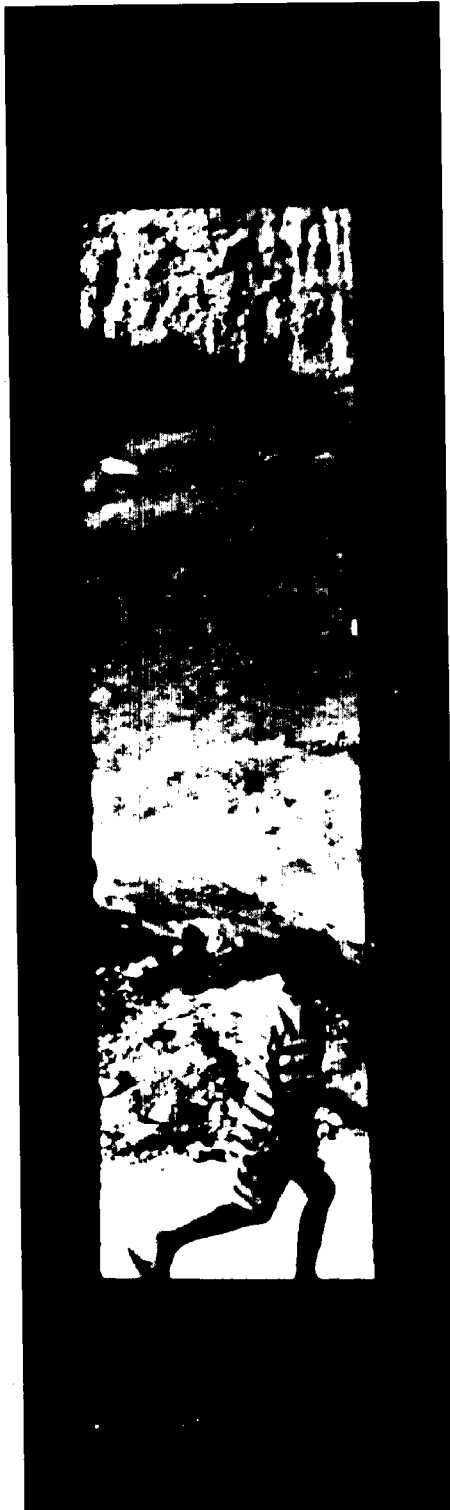
En 1989, la Communauté internationale a adopté la Convention relative aux droits de l'enfant (CDE) en lui conférant une valeur universelle et dynamique. Convaincu que la Convention est la réponse aux problèmes multiples des enfants en général et de ceux des pays en voie de développement en particulier, le gouvernement du Mali l'a inscrite au cœur de toutes les politiques qu'il a définies et menées depuis 1990 avec l'appui de ses principaux partenaires. Ayant assuré la co-présidence du Sommet mondial de l'enfance tenu du 29 au 30 septembre 1990, il a ratifié la Convention par la loi n°90-72 AN-RM du 22 août 1990.

La CDE complète les dispositions de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDEF) adoptée en décembre 1979, renforçant ainsi le dispositif juridique en faveur des enfants et des femmes.

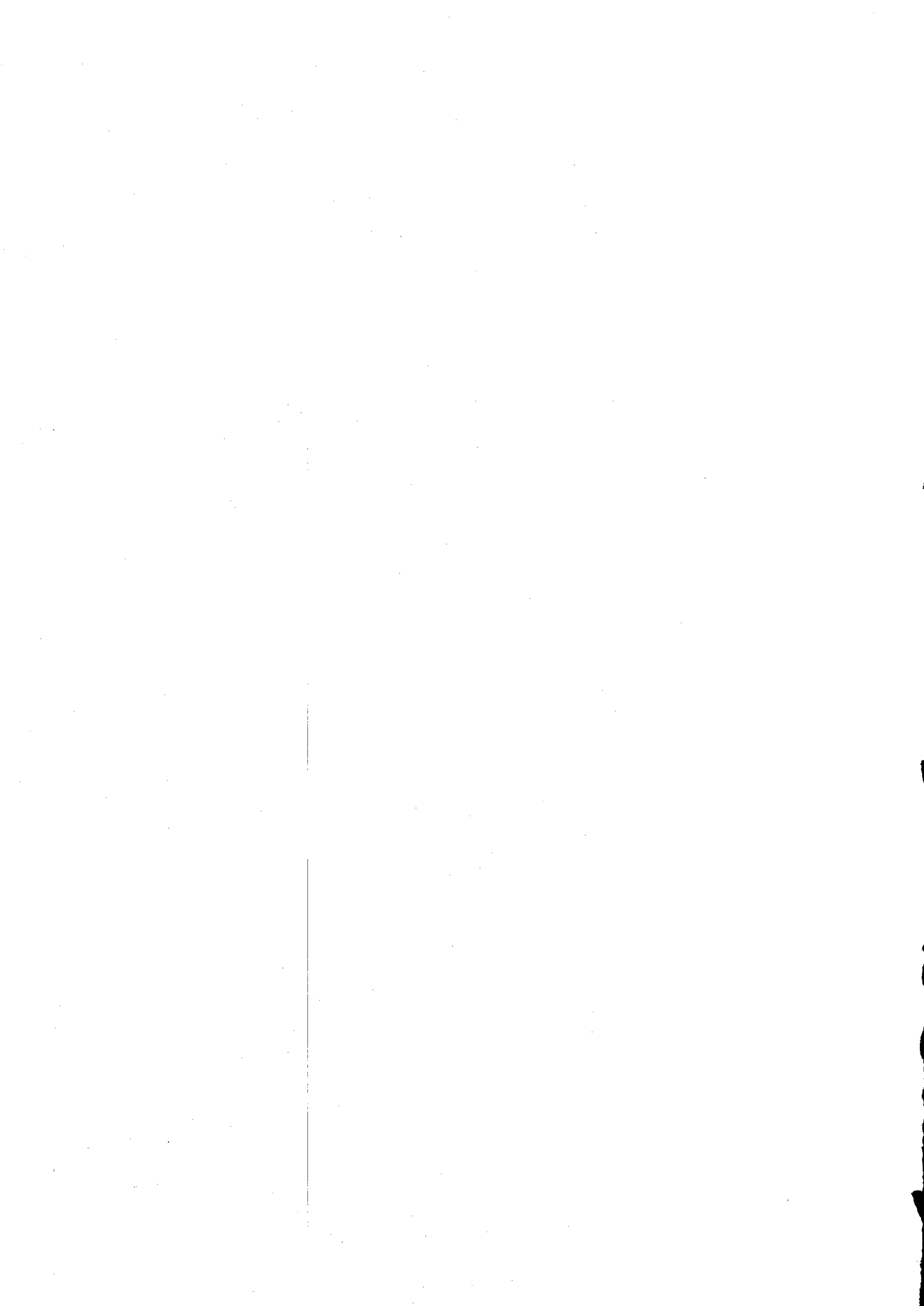
En 1992, un Plan d'action national pour la survie, le développement et la protection des enfants fondé sur celui du Sommet mondial de 1990, a été adopté et mis en application.

Conformément à l'article 44 de la CDE, le Plan d'action national (PAN) a fait l'objet d'une évaluation à mi-parcours en 1998 qui a été présentée courant 2000 au Comité des droits de l'enfant à Genève. A l'occasion de la tenue de la Session spéciale de l'Assemblée générale des Nations-Unies consacrée aux enfants, ce PAN a fait l'objet d'une évaluation finale en 2001 en vue de faire l'état de la situation des droits de l'enfant dans notre pays, dans le but d'apprécier l'application de la Convention et les progrès réalisés dans la jouissance de ces droits.

Le Plan d'action pour la promotion des femmes (1996-2000), revu à la lumière des conclusions de la quatrième Conférence mondiale sur les Femmes organisée par les Nations-Unies du 4 au 15 septembre 1995 à Beijing, en République populaire de Chine, a été approuvé par le gouvernement en janvier 1996. Ce Plan d'action qui constitue le cadre de référence pour la promotion des femmes au Mali a fait l'objet d'une évaluation à mi-parcours en octobre 1998. Le ministère de la Promotion de la femme, de l'enfant et de la famille s'attelle à la définition d'une politique en ce domaine.



« Cette analyse
hiérarchise
les problèmes,
évalue
les solutions
possibles à court,
moyen
ou long terme,
tout en dégagant
les voies
de partenariats
propices à la prise
de responsabilité
individuelle
ou collective
pour assurer
aux enfants
et aux femmes
la jouissance
de leurs droits
fondamentaux »



Première partie

Contexte de développement



Situation générale du Mali

« La population du Mali est essentiellement composée de jeunes : 56 % ont moins de 20 ans, 46 % moins de 15 ans, 17 % moins de 5 ans et 10,5 % sont âgés de 6 à 8 ans »

1. Généralités

1. A. Caractéristiques physiques

Pays continental d'une superficie de 1 241 238 km², le Mali est situé dans la bande soudano-sahélienne de l'Afrique de l'Ouest. Il partage 7 000 km de frontières avec :

- l'Algérie au Nord,
- le Niger et le Burkina-Faso à l'Est,
- la Côte d'Ivoire et la Guinée au Sud,
- le Sénégal et la Mauritanie à l'Ouest.

Cette situation rend ses échanges tributaires des pays côtiers. Les principaux axes de communication qui lient Bamako, la capitale, à la mer sont :

- Bamako-Abidjan par route : 1 115 km,
- Bamako-Dakar par rail : 1 250 km,
- Bamako-Conakry par route : 1 100 km.

Le territoire du Mali se répartit, du sud au nord, à raison de 25 % dans la zone soudano-guinéenne, 50 % dans la zone sahélienne et 25 % dans le désert saharien. Le climat est sec avec une saison sèche et une saison des pluies; cette dernière dure en moyenne 5 mois au Sud et moins d'un mois au Nord. Les précipitations se situent entre 1 300 et

1 500 mm au sud, tandis que la moyenne est de l'ordre de 200 mm au Nord. Les pluies sont mal réparties dans le temps et l'espace, ce qui influe sur l'activité économique du pays. Cette irrégularité des pluies entraîne des périodes de sécheresse causant souvent des poches de famine. Cette situation accélère la dégradation de l'environnement (sol, faune, pâturage, etc.) qui menace la bio-diversité.

Sur le plan hydrographique, le Mali est arrosé dans sa partie méridionale et centrale par les fleuves Niger (sur 1 700 km) et Sénégal (sur 800 km) et leurs affluents et confluents.

1.B. Démographie et pauvreté

Selon le Recensement général de la population et de l'habitat (RGPH) d'avril 1998, le Mali comptait 9 810 912 habitants, dont 50,5 % de femmes. La densité de population résidente est estimée à 7,9 hab/km². 99 % des Maliens sont sédentaires et 1 % nomades. La majorité de la population réside en milieu rural (73,2%), le taux d'urbanisation est de 26,8 %. La répartition spatiale est inégale ; les 3/4 de la superficie du pays abritent moins de 10 % de la population.

La région de Sikasso est la plus peuplée avec 18,2 % de la population totale et une densité de 25,4 habitants au km², suivie de Ségou (17,1 %) et de Koulikoro (16 %). Bamako, la capitale, regroupe un dixième de la population du pays. L'espérance de vie à la naissance est estimée à 61,6 ans. Avec un taux d'accroissement de 2,2 %, la population malienne est estimée à 10 472 782 habitants en 2001.

La population du Mali est essentiellement composée de jeunes : 56 % ont moins de 20 ans, 46 % moins de 15 ans, 17 % moins de 5 ans et 10,5 % sont âgés de 6 à 8 ans.

La proportion des principaux groupes-cibles dans la population totale est la suivante selon les derniers chiffres du RGPH-1998 :

- Enfants de moins d'un an : 2,9 %
- Enfants de 1 an à 4 ans : 14 %
- Enfants de moins de 5 ans : 17 %
- Enfants de moins de 15 ans : 46 %
- Enfants de moins de 19 ans : 55,2 %

Tableau n° 1
Répartition de la population par région et par sexe en 1998

RÉGION	POPULATION EN 1998			Taux d'accroissement
	Hommes	Femmes	Total	
Kayes	671 678	702 638	1 374 316	0,023
Koulikoro	778 332	792 175	1 570 507	0,025
Sikasso	880 108	902 049	1 782 157	0,028
Ségou	831 386	843 972	1 675 358	0,021
Mopti	730 771	747 734	1 478 505	0,013
Tombouctou	232 978	243 815	476 793	0,003
Gao	193 517	201 077	394 594	0,012
Kidal	22 285	20 101	42 386	0,022
Bamako	514 967	501 329	1 016 296	0,04
ENSEMBLE	4 856 022	4 954 890	9 810 912	0,022
%	49,5	50,5	100	

Source : RGPH, avril 1998 : principaux résultats - janvier 2001.

- Femmes en âge de procréer (15-49 ans) : 22,6 %

Parmi la population de 12 ans et plus, la proportion de célibataires est plus élevée chez les hommes (46,8 %) que chez les femmes (26,6 %) du fait du mariage précoce des filles. Dans la catégorie des hommes mariés, 71,8 % sont monogames et 28,2 % polygames. La fécondité des femmes maliennes est encore très élevée, malgré une tendance à la baisse observée au cours des dernières années. Compte tenu des niveaux actuels de fécondité, chaque femme aurait environ 6,7 enfants à la fin de sa vie féconde.

Le Mali est un pays moins avancé (PMA), où une proportion importante de la population n'a pas accès aux services sociaux et culturels essentiels et ne dispose pas d'équipement minimum. Le seuil de pauvreté est parmi les plus bas des pays en développement selon le rapport de l'Observatoire pour le développement humain durable/lutte contre la pauvreté (ODHD/LCP).

Les principaux indicateurs socio-économiques sont :

- croissance réelle du PIB : en moyenne 3,6 % par an entre 1990-1999 ;
- revenu par tête d'habitant : entre 260 et 300 dollars US en 1998 ;
- seuil de pauvreté : 97 843 F CFA en 1999 ; 64,2 % de Maliens vivent en dessous de ce seuil ;
- 64 % de la population vivent de l'agriculture ; ce taux atteint 73,1 % en zone rurale (selon l'Enquête malienne de conjoncture économique et sociale, EMCES) ;

- 48 % des chômeurs ont moins de 25 ans et 69 %, moins de 30 ans à Bamako.

1.C. Moyens de communication

La proportion des ménages possédant un poste de radio est passée de 56 % en 1996 à 69 % en 2001, tandis que, pour les postes de télévision, l'évolution a été de 8 à 14 % (EDS II et III). En 2001, à peine 2,4 % des ménages ont le téléphone (contre 0,7 % en 1995/96) et 70 % des lignes installées sont à Bamako. L'accès aux médias décroît avec l'âge et est particulièrement difficile pour les femmes, plus du tiers (36,4 %) d'entre elles n'ayant aucun accès aux canaux d'information. La radio est le moyen d'information privilégié : 59,8 % des

Graphique n° 1
Répartition de la population d'enfants par tranche d'âge

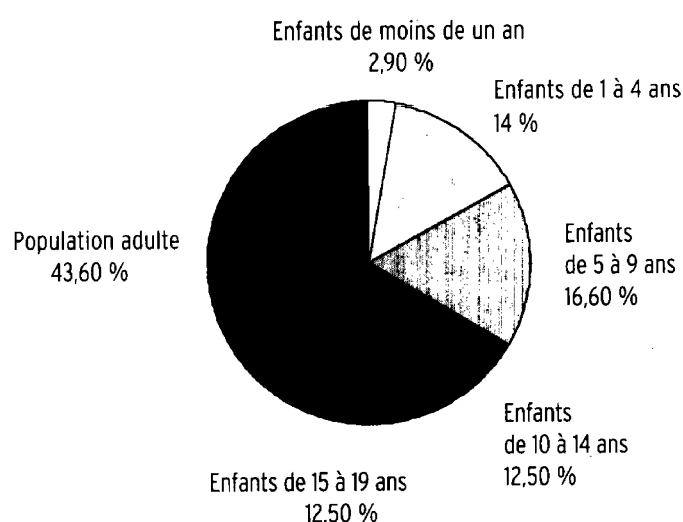


Tableau n° 2
Répartition de la population par tranche d'âge et par sexe

Tranche d'âge	Hommes	Femmes	Total	% du total	% cumulés
Moins d'un an	144 399	142 036	286 435	2,9	2,9
1- 4 ans	695 396	682 469	1 377 865	14,1	16,9
5 - 9 ans	830 211	797 057	1 627 268	16,6	33,5
10 -14 ans	637 495	589 603	1 227 098	12,5	46
15 - 19 ans	492 480	529 271	1 021 751	10,4	56,4
20 - 24 ans	364 333	409 584	773 917	7,9	64,3
25 - 29 ans	292 369	355 661	648 030	6,6	70,9
30 - 34 ans	264 339	307 795	572 134	5,8	76,7
35 - 39 ans	233 444	250 908	484 352	4,9	81,6
40 - 44 ans	194 819	206 963	401 782	4,1	85,7
45 - 49 ans	156 517	152 498	309 015	3,2	88,9
50 - 54 ans	136 501	144 168	280 669	2,9	91,8
55 - 59 ans	107 461	97 861	205 322	2,1	93,9
60 ans et plus	306 259	289 015	595 274	6,1	100
Total	4 856 023	4 954 889	9 810 912	100	

Source : RGPH, avril 1998 : principaux résultats - janvier 2001.

« 24 % des ménages ne possèdent aucun bien durable. 6 % disposent de l'électricité (dont moins de 1 % en milieu rural). 2,4 % ont le téléphone. 11 % des ménages citadins sont équipés d'un réfrigérateur contre moins de 1 % en zone rurale »

femmes et 81,3 % des hommes écoutent la radio au moins une fois par semaine (EDS II, 1995-96). Une culture de radio libre de proximité s'est développée avec la bande FM. Le nouveau paysage audiovisuel, riche de ces radios de proximité (109 radios libres), de la chaîne nationale et de ses démembrements régionaux, est le support indispensable des nouvelles politiques sectorielles pour le plaidoyer et la mobilisation sociale. Quant à la presse écrite, le Mali compte 39 journaux concentrés dans les centres urbains, y compris les publications en langues nationales.

Les médias sont nettement plus accessibles en milieu urbain, et plus particulièrement à Bamako, qu'en milieu rural. Les femmes instruites sont privilégiées à cet égard : 80 % de celles ayant reçu une instruction de niveau secondaire ou supérieur regardent la télévision, 93 % écoutent la radio et 68 % lisent les journaux, alors que les 42 % de femmes sans instruction n'ont accès à aucun de ces médias. La communication sociale est renforcée par d'autres canaux (jeux de marionnettes, kotèba, théâtre, etc.) qui se fondent sur un patrimoine artistique et culturel très diversifié. Des changements interviennent en ce domaine au bénéfice d'un pluralisme de l'information et d'un éveil des consciences.

1.D. Conditions de logement et accès aux biens durables

Types de sols du logement

Le type de sol du logement est un bon indicateur des conditions matérielles de vie des ménages. L'EDS-II met en évidence la précarité des conditions de logement. Plus de la moitié des ménages (59 %) vit dans des logements dont le sol est en terre/sable et un cinquième dispose d'un sol en bouse (20 %), deux types de sol qui favorisent la propagation des maladies infectieuses. Seuls 19 % des logements ont un sol en ciment. Sur ce plan, le milieu de résidence est déterminant. Ainsi si, à Bamako, 81 % des sols de logement sont recouverts de ciment (et, dans 8 % des cas, de matériaux plus élaborés, comme le carrelage, la moquette, le plancher, etc.), cette proportion est deux fois moindre dans les autres villes (42 %) et infime en milieu rural (5 %).

Au stade actuel de publication des résultats de l'EDS-III, les données disponibles au niveau national se limitent au sol recouvert par le ciment/carrelage/lino (17,7 %).

Nombre de personnes qui dorment dans la même pièce

Cet indicateur, qui permet d'apprécier le degré d'entassement des membres du ménage, est étroitement lié à la situation socio-économique de ce dernier. Il est important du point de vue sanitaire : moins les membres du ménage disposent d'espace pour vivre, plus s'accroît le risque de transmission des maladies infectieuses et parasitaires. Il ressort de l'enquête que dans 64 % des ménages une ou deux personnes occupent une seule pièce pour dormir, dans 28 % des ménages, les membres sont modérément entassés (3 à 4 personnes par pièce) et dans 7 % des ménages, les membres sont très entassés (5 personnes ou plus par pièce). La moyenne nationale s'établit à 2,5 personnes par pièce. La différence selon le milieu de résidence est faible avec un léger avantage pour le milieu rural, où en moyenne les membres des ménages sont légèrement moins entassés (2,5 contre 2,6 en milieu urbain). Les résultats détaillés de l'EDS-III permettront d'apprécier l'évolution entre 1995/96 et 2001.

Biens durables possédés par les ménages

L'EDS-II révèle que 24 % des ménages ont déclaré ne posséder aucun bien durable. En milieu urbain, 11 % des ménages disposent d'un réfrigérateur contre moins de 1 % en zone rurale, où aucun ménage ne disposait du téléphone en 1995/96. La possession de ces équipements est liée à l'accès à l'électricité qui est très faible en milieu rural (moins de 1 %). A peine 6 % des ménages maliens disposent de l'électricité. A Bamako, la proportion est de 34 % et dans les autres villes, de 13 %. Entre les deux enquêtes, le taux de possession de réfrigérateurs/congérateurs au niveau national s'est élevé de 5,2 % et de 10,9 % pour l'accès à l'électricité.

En 1995/96, la possession de bicyclettes et de motocyclettes est respectivement de 37 % et de 17 % au niveau national. Elle est assez répandue en milieu rural (respectivement 45 % et 13 %). Il en est de même pour la possession de charrettes, qui est de 40 % en milieu rural contre 14 % en milieu urbain. En revanche, la possession d'une voiture (3 %) est nettement plus fréquente en ville (9 %) qu'en zone rurale (moins de 1 %).

Les taux de possession de ces équipements se sont accrus au cours des dernières années pour atteindre en 2001 49,4 % pour les bicyclettes, 20,7 % pour les mobylettes/motos et 4,4 % pour les voitures/camions.

1.E. Contexte culturel

Le Mali est un carrefour de civilisations avec ses nombreux groupes ethniques et linguistiques constituant chacun une source de richesses culturelles. Les principaux groupes ethniques sont les Bambara (ou bamanan), les Malinké (maninka), les Sarakolé (soninké ou marka), les Peuhls (foula), les Sénoufo/Minianka, les Dogons (dogonon ou habé), les Sonraï (songhoï et arma), les Touareg, les Maures et les Arabes. Malgré cette diversité, la conscience malienne, issue de l'histoire millénaire du pays, est réelle et profonde au-delà des frontières et tous les Maliens vivent dans un mixage total conformément aux exigences de la coutume et de la tradition du terroir.

L'organisation de la société malienne est d'une grande harmonie entre groupes sociaux structurés ayant des rôles et des tâches bien répartis.

Les conflits sociaux, inévitables dans toutes les sociétés du monde, se résolvent selon les principes traditionnels. La « Sanankouya » (parenté à plaisanterie ou cousinage) existe entre les individus, les familles, les villages et les divers groupes ou sous-groupes ethniques. A travers les liens « sacrés » de ce cousinage cathartique, les conflits sociaux, voire même politiques, sont presque toujours maîtrisés.

Pays laïc de par sa Constitution, le Mali est caractérisé par la coexistence pacifique des religions monothéistes et des cultures traditionnelles. Les religions pratiquées sont l'islam, le christianisme et l'animisme.

1.F. Environnement politique et institutionnel : démocratie et bonne gouvernance

Depuis les événements de mars 1991, le Mali vit dans un système de pluralisme démocratique concrétisé par la mise en place des institutions de la III^e République à partir de 1992. Il se caractérise par l'existence de plusieurs partis politiques et associations. On compte aujourd'hui plus de soixante partis politiques.

« Le Mali est un carrefour de civilisations avec ses nombreux groupes ethniques et linguistiques constituant chacun une source de richesses culturelles »



«**Le CSLP est bâti autour de trois orientations majeures : un développement économique fort, un développement humain et social de meilleure qualité et un développement institutionnel pour une bonne gouvernance**»

La Loi fondamentale s'appuie sur la Déclaration universelle des droits de l'Homme. L'organisation de l'Etat se fonde sur la séparation des pouvoirs. Le retour à une vie démocratique a permis au gouvernement d'entreprendre des réformes d'envergure en vue d'améliorer les conditions de vie des enfants et des femmes.

Des orientations ont été données et des programmes élaborés pour assurer la promotion de la femme et de l'enfant, reformer le système éducatif, améliorer la santé et gérer la croissance démographique avec la participation des populations. Des réformes institutionnelles et structurelles sont mises en œuvre pour rationaliser la gestion budgétaire, stabiliser l'économie et la libéraliser.

Le gouvernement a, dans la même période, instauré une politique de décentralisation qui sert de cadre à la mise en œuvre de toutes ces politiques. La participation de la société civile au processus de développement du pays est toujours plus effective et l'aval des populations pour les décisions importantes mieux acquis grâce à l'instauration de concertations à différents niveaux.

Encadré n° 1

Défis majeurs du pays face aux objectifs de développement du Millénaire

Le pays s'est engagé dans un défi majeur : atteindre les objectifs de développement du Millénaire. Ces objectifs sont principalement :

- Eradiquer l'extrême pauvreté et la famine à l'horizon 2015. L'extrême pauvreté touche actuellement 1/5 de la population malienne.
- Réaliser l'enseignement primaire universel à l'horizon 2015, alors que le taux net de scolarisation dans l'enseignement primaire était de 44 % en 1998/99.
- Eliminer les disparités entre les sexes, notamment dans l'enseignement primaire, alors que le taux net était respectivement de 51 % pour les garçons et de 36 % pour les filles en 1988/99.
- Réduire de 2/3 la mortalité infantile entre 1990 et 2015 : selon l'EDS II, la mortalité infantile pour la période 1987/90 était de 45 pour 1 000, l'objectif serait alors de 48 pour 1 000 (le taux actuel est de 123 pour 1 000).

Source : Bilan commun de pays, Mali 2001.

2. Politique de développement économique et social : le cadre stratégique de lutte contre la pauvreté (CSLP)

La lutte contre la pauvreté constitue désormais une exigence de premier ordre pour répondre aux attentes des populations maliennes, elle est l'objectif majeur de tous les efforts de développement du pays. Cette volonté politique s'est traduite par l'adoption par le gouvernement, en juillet 1998, d'une Stratégie nationale de lutte contre la pauvreté (SNLP) couvrant la période 1998-2002, structurée en huit axes majeurs et assortie d'un programme d'actions prioritaires. Son objectif principal est d'assurer à tous les Maliens et, en particulier, aux plus démunis des conditions de vie décentes, notamment la satisfaction des besoins fondamentaux, tels que l'accès à une alimentation saine et suffisante, à l'eau potable, aux soins de santé, à l'éducation et à un logement.

Face à ces nouveaux défis et à la lumière des stratégies développées dans la SNLP, les autorités maliennes ont entrepris de consolider la politique volontariste de lutte contre la pauvreté en intégrant dans les objectifs de développement les dimensions non couvertes par celle-ci et en établissant des liens plus étroits entre la pauvreté et les politiques nationales. Ainsi, le Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté constitue une valeur ajoutée dans le processus engagé. Il est le document cadre consensuel de référence fixant les orientations du développement en vue d'assurer une plus grande lisibilité des politiques et stratégies de développement.

Le CSLP est bâti autour de trois orientations majeures : un développement économique fort, un développement humain et social de meilleure qualité et un développement institutionnel pour une bonne gouvernance.

Le Plan d'action du Mali pour la période 2002-2006 comprend un programme de développement institutionnel qui vise le renforcement de la déconcentration administrative et l'appui à la décentralisation. A moyen terme, les principaux objectifs du CSLP sur la période 2002-2006 sont : un taux de croissance moyen de 6,5 % ; une réduction de l'incidence de la pauvreté de 3,5 % par an.

2.A. Contexte socio-économique

Le profil de la pauvreté

Pour un seuil de pauvreté évalué à 97 843 F CFA par l'ODHD en 1999, l'incidence de la pauvreté était de 64,2 % de la population (et de 35 % pour l'extrême pauvreté).

Bien que légèrement en baisse, l'incidence de la pauvreté reste préoccupante puisque près des deux tiers de la population sont considérés comme pauvres. Si le milieu rural enregistre en général une incidence et une profondeur de la pauvreté nettement plus fortes qu'en milieu urbain (71 % contre 31 % respectivement en 1999), il ne faut pas perdre de vue que la dévaluation monétaire de 1994 a profondément affecté les villes. Même si l'IDH s'est accru au cours des dernières années, le Mali reste dans le groupe des pays à faible niveau de développement humain (IDH inférieur à 0,50). Selon cet indicateur, on distingue trois groupes de régions pour l'ensemble des années étudiées :

- le groupe formé par les régions de Kayes, Koulikoro, Sikasso, Segou et Gao : l'IDH ayant évolué autour de 0,30
- le groupe constitué des régions de Mopti et Tombouctou, avec un IDH autour de 0,40

- le district de Bamako dont l'IDH a évolué autour de 0,51.

Seul le district de Bamako est d'un niveau de développement moyen avec un IDH supérieur à 0,5.

Sur la base des résultats de l'Enquête malienne de conjoncture économique et sociale (EMCES), le tableau n°3 fournit l'incidence de la pauvreté par région en 1998.

Situation économique

Tributaire des aléas climatiques, des fluctuations des cours mondiaux des produits de base et des transferts reçus de l'extérieur, l'économie malienne a toutefois connu une croissance annuelle moyenne de 4,8 % en termes réels durant la période 1994-2000, alors que le taux de croissance démographique était de 2,2 %. En résulte un taux de croissance du PIB par tête de 2,6 %. Cette économie est dominée par les secteurs primaire et tertiaire qui entraînent pour environ 40 et 42 % respectivement dans la formation du PIB en 2000, tandis que le secondaire n'y contribuait qu'à hauteur de 18 %. Le secteur tertiaire est dominé par la petite économie informelle. Le secteur primaire est particulièrement fragile. C'est

« Bien que légèrement en baisse, l'incidence de la pauvreté reste préoccupante puisque près des deux tiers de la population sont considérés comme pauvres »

Tableau n° 3

Incidence de la pauvreté par région en 1998 (en %)

Régions/milieus	Très pauvres	Pauvres	Total
Mali	21	42,8	63,8
Urbain	16	28,5	30,1
Rural	27,9	48	75,9
Kayes	24,7	37,7	62,4
Koulikoro	18,5	41	59,5
Sikasso	13,9	51,9	65,8
Ségou	25,9	42,3	68,2
Mopti	38,1	38,1	76,2
Tombouctou	26,4	50,4	76,8
Gao	11,1	67,6	78,7
Kidal	3,6	89,2	92,8
District de Bamako	0,2	28,4	28,6

Source : Enquête Malienne de conjoncture économique et sociale (EMCES).

« Si le volume de l'aide stagne par rapport au RNB, on observe toutefois que la structure sectorielle de l'aide a évolué en faveur des secteurs sociaux au cours de la dernière décennie »

ainsi qu'en 2001, la production agricole céréalière a chuté de 17,5 %, et celle de coton de plus de 50 %. La croissance attendue est négative (-0,1 %).

La formation brute de capital fixe (FBCF) au cours de la période 1990-99 a représenté 20,7 % du PIB. Ce taux d'investissement est faible pour un PMA au regard du taux de 40,4 % jugé nécessaire pour atteindre une croissance annuelle de l'ordre de 7 %. Les conditions économiques d'une croissance durable sont donc loin d'être assurées.

Les flux de capitaux ont doublé en termes courants entre 1990 et 1998; ceci signifie une stagnation, voire une baisse, en termes réels, du fait de la dévaluation de 1994. Le flux net a été en moyenne de 5,3 % du PIB, soit 25 % de la FBCF. Les investissements sont constitués pour l'essentiel par des capitaux publics extérieurs. Après une phase de désinvestissement en 1992, l'investissement privé direct a fait une timide remontée pour s'établir à environ 24 % du total des flux en 1996. Cependant, si le niveau de l'investissement public est resté relativement stable (de l'ordre de 7 % du PIB pendant la période 1994-2000), en revanche celui des investissements privés s'est effondré, passant de 18,3 % en 1994 à 16,7 % en 1997 et à 10,8 % en 2000.

Le niveau de l'endettement du pays est très élevé. L'encours de la dette publique a été tout au long de la décennie supérieur à la production nationale. Entre 1990 et 1999, la dette publique extérieure a représenté en moyenne 112 % du PIB ; c'est seulement en 1999 qu'elle a été pour la première fois de la décennie inférieure au PIB. Le service de la dette a amorcé une baisse depuis 1995 et ne représente plus que 12 à 13 % des exportations de biens et services en 1999 contre 25 à 40 % antérieurement. Le volume de l'aide déboursée s'est maintenu autour de 450 millions de dollars \$, soit en moyenne 17,4 % du revenu national brut (RNB). Ce volume correspond à 50 \$ par tête d'habitant en moyenne, soit 17 % du revenu moyen par tête qui est de l'ordre de 280-290 \$.

Si le volume de l'aide stagne par rapport au RNB, on observe toutefois que la structure sectorielle de l'aide a évolué en faveur des secteurs sociaux au cours de la dernière décennie. En effet, la part consacrée aux services sociaux est passée de 13,6 % en 1993 à 22,0 % en 1999, tandis que celle consacrée à l'agriculture a décliné de 27 à 8,4 %.

Réforme de l'aide publique au développement (APD) et services sociaux essentiels (SSE)

Cette réforme s'opère à travers deux grandes initiatives mondiales, à savoir l'initiative « 20 %-20 % » (I-20/20) et l'initiative « pays pauvres très endettés » (IPPTE).

• **L'exercice de réforme de l'aide publique.** Le Mali est fortement dépendant de l'aide extérieure, à raison de 15 à 20 % du PIB (220 à 250 milliards de francs CFA). Cette dépendance s'explique en partie par le bas niveau de revenu par tête d'habitant, la faible consommation privée et la vulnérabilité du pays face à des chocs extérieurs assez fréquents. La question de l'efficacité de l'aide a toujours été analysée sous l'angle de son volume et des stratégies mises en œuvre pour utiliser ces flux, sans se préoccuper suffisamment des modalités et du processus de sa mise en œuvre. L'exercice de réforme de l'aide poursuit les objectifs suivants :

- clarification et simplification des mandats institutionnels des structures chargées du pilotage et de la coordination de l'aide,
- harmonisation des procédures et conditions de mise en œuvre des actions de coopération,
- mise en place de mécanismes de coordination et d'arbitrage intra-, intersectoriels et spatiaux de l'aide,
- renforcement des capacités nationales et locales,
- mise en place d'un système d'information permanent sur les activités de coopération,
- implication de la société civile à tous les niveaux de conception et de gestion de l'aide,
- intégration du système de coopération dans les circuits économiques et financiers nationaux.

Afin de recentrer l'aide sur la lutte contre la pauvreté, les évolutions favorisent, d'une part, le ciblage des actions de manière à toucher directement les populations les plus pauvres pour atteindre des résultats à court terme et, d'autre part, la recherche d'une incidence positive sur la croissance économique à moyen et long termes.

S'agissant de l'intégration de l'aide aux politiques publiques et de la responsabilisation de l'Etat dans la coordination, il ressort que les programmes d'investissement sectoriels

ont été initiés dans cette perspective. Seul le PRODESS a élaboré et mis en place son manuel de procédure de gestion qui, bien que consensuel, ne parvient pas à obtenir l'adhésion de multiples partenaires. Aussi, les nombreux projets exécutés hors du programme annuel d'investissement et hors du budget spécial d'investissement sont-ils des illustrations de la faible intégration de l'aide dans les instruments nationaux de gestion, notamment dans les finances publiques.

Cette faible intégration des actions de l'aide dans la gestion nationale, inhérente à la diversité des modalités de gestion de l'aide et des conditionnalités multiples, croisées et couplées, finit par affaiblir les capacités réelles des administrations nationales et locales chargées de la gestion du développement. La combinaison de ces facteurs contribue à limiter dans le temps la durabilité des effets de l'aide.

Les multiples critiques faites aux projets en tant que formes d'attribution de l'aide ont conduit à privilégier l'approche programmatique. Au Mali, cette approche s'est traduite concrètement dans trois domaines principaux : la santé avec le PRODESS, l'éducation

avec le PRODEC et la justice avec le PRODEJ, le PRODESS étant sans doute la principale de ces réalisations à l'heure actuelle. Chaque année, les différentes actions font l'objet d'un document commun Etat-partenaires au développement, appelé « programme opérationnel », qui précise les actions à entreprendre et les moyens à mettre en œuvre. Ce type de coordination est particulièrement utile au niveau local, il permet de structurer les échanges entre partenaires et de mieux cibler les zones défavorisées et prioritaires.

• **L'initiative 20 % -20 %.** Principale conclusion du Sommet mondial de Copenhague pour le développement social tenu en mars 1995, sommet auquel participait le président de la République du Mali, cette initiative vise la mobilisation de ressources additionnelles pour le financement des « services sociaux essentiels » afin de les rendre disponibles pour un plus grand nombre de bénéficiaires.

Sur cette base, chaque pays en voie de développement s'engage à consacrer au moins 20 % de ses ressources publiques au financement des SSE. De leur côté, les parte-



« Pour développer et financer les services sociaux essentiels, chaque pays en voie de développement s'engage à y consacrer au moins 20 % de ses ressources publiques et ses partenaires, au moins 20 % de leur aide »

naires (bilatéraux et multilatéraux) doivent consacrer au moins 20 % de leur aide publique au développement et au financement des services sociaux de base dans les pays bénéficiaires. D'où le terme « initiative 20 % - 20 % », qui repose sur la conviction que la disponibilité de ces services constitue l'un des moyens les plus efficaces de lutte contre la pauvreté, condition nécessaire pour amorcer un développement humain durable.

Une étude a été menée en 1998 pour déterminer le niveau d'engagement du Mali et de ses partenaires dans la mise en application des dispositions de cette initiative. Dans le cadre du recentrage du rôle de l'Etat et des réformes structurelles, le gouvernement a inscrit parmi ses priorités les secteurs de la santé et de l'éducation.

De 1993 à 1996, la part moyenne des dépenses sociales dans le PIB a été de 3,12 % contre 1,63 % pour les dépenses des services sociaux essentiels. Dans la même période, la part moyenne des dépenses des services sociaux essentiels dans les dépenses budgétaires a été de 11,91 %. A la suite des efforts du gouvernement en faveur des secteurs sociaux, la part qui leur sont alloués a connu une évolution significative ces dernières années. Ainsi, de 1997 à 1998, cette part est passée de 22,47 % à 25,60 %, pour les services sociaux en général, et de 12,20 % à 13,36 % pour les SSE.

La part de l'aide publique allouée aux SSE dans l'aide totale a été de 13,57 % en 1993 et de 20,40 % en 1998, soit une moyenne de 18,63 % entre 1993 et 1996 et de 21,98 % entre 1997 et 1998. Ces ratios montrent l'effort fourni par les partenaires financiers du Mali. L'accent devra être mis sur l'amélioration de ce taux et sa gestion intra- et intersectorielle.

L'appréciation de l'incidence des dépenses publiques sur l'utilisation des SSE permettra de mieux appréhender la destination des ressources et l'ampleur des disparités et inégalités dans leur accès. A titre d'illustration, examinons le secteur de l'éducation.

L'analyse porte sur l'incidence des dépenses publiques sur les services d'éducation, au niveau de l'enseignement des 1^{er} et 2^e cycles, par catégorie sociale, à savoir pour les enfants de familles très pauvres, de familles pauvres et de familles non touchées par la pauvreté. Dans chaque catégorie ont été pris en compte les effectifs d'enfants scolarisables et scolarisés

au titre de l'année scolaire 1995/96 et dont l'âge est de 7 à 12 ans.

Selon l'Enquête malienne de conjoncture économique et sociale (EMCES), les dépenses annuelles d'éducation des ménages par enfant de 5 à 25 ans (scolarisé ou non) sont de 6 398 F CFA au niveau national, montant qui varie selon l'état de pauvreté. Il est de 14 050 FCFA pour les non-pauvres, 3 838 FCFA pour les pauvres et 1 854 FCFA pour les très pauvres. C'est ainsi qu'en moyenne, le ménage non-pauvre dépense 3,5 fois plus pour l'éducation que le pauvre et 7,8 fois plus que le très pauvre.

De même, le montant des dépenses moyennes annuelles d'éducation des ménages par enfant de 5 à 25 ans fréquentant l'école, qui est de 19 556 FCFA au niveau national, est de 28 372 FCFA pour les non-pauvres, 11 617 FCFA pour les pauvres et 6 164 FCFA pour les très pauvres. Ces données confirment un accès inéquitable à l'éducation au détriment de l'enfant pauvre.

S'agissant du coût unitaire d'un enfant scolarisé, l'analyse de l'incidence met en relief les inégalités entre les différentes catégories. Dans le premier cycle, les enfants très pauvres bénéficient seulement de 18,10 % des dépenses publiques, contre 30,32 % pour les pauvres et 51,58 % pour les non-pauvres. Ces inégalités sont plus importantes dans le second cycle, où seulement 12,11 % des enfants de familles très pauvres bénéficient des dépenses d'éducation contre 51,55 % pour les non-pauvres. L'allocation des fonds publics n'est donc pas liée au statut socio-économique des ménages. La mise à jour de l'étude sur l'initiative 20 %-20 % est en cours bien que les recommandations de la première étude ne soient pas mises en application.

• **L'initiative pays pauvres très endettés (IPPTE).** Cette initiative permet au pays bénéficiaire de réinvestir le montant du service de la dette dans des actions de développement, notamment en faveur des services sociaux essentiels. Elle s'inspire de la stratégie de l'initiative 20 %-20 %. Le Mali, admis à cette initiative à partir de l'exercice budgétaire 2001, a accordé la priorité à la lutte contre la pauvreté. L'IPPTE vise à mettre en œuvre les mesures permettant d'assurer l'adéquation des moyens de l'Etat avec les missions de service public, entre autres celles d'éducation, de justice, de santé et d'hydraulique.

Tableau n°4

**Situation d'exécution des budgets
des départements bénéficiaires de l'IPTE au 31 octobre 2001**

Domaines d'intervention	Montant
	(en milliers)
Ministère de l'Education	
Appui éducation de base	151 698
Appui enseignement normal	1 448 274
Enseignement secondaire	19 302
Enseignement privé	406 000
Personnel Appui éducation de base	1 193 214
Personnel Appui enseignement secondaire	306 580
Dépenses de formation	767 000
Construction et équipement	1 778 900
<i>Total Ministère de l'Education</i>	6 070 968
Ministère de la Santé	
Programme paludisme	850 000
Programme SIDA	1 000 000
Ressources humaines	150 000
CENACOPP	15 000
Hôpital G.T.	205 000
Hôpital Point G	190 000
Centre odontostomatologie	100 000
Hôpital de Kati	152 000
<i>Total Ministère de la Santé</i>	2 662 000
Ministère du Développement social	
Subvention Programme solidarité SIDA	5 000
<i>Total Ministère du Développement social</i>	5 000
Ministère Promotion femme, enfant et famille	
Fonds genre et développement	20 000
Plan d'action lutte contre trafic des enfants	140 000
<i>Total Ministère Promotion femme, enfant, fam.</i>	160 000
Ministère des Mines, de l'Energie et de l'Eau	
Equipeement Labo Qualité de l'eau et barrage de Tôssaye	182 000
Eclairage public quartiers pauvres	1 500 000
Total ministère des Mines, Energie et Eau	1 682 000
Autres départements	4 981 032
<i>Total général PPTe</i>	15 401 000

Source : Direction Nationale du contrôle financier

« Réinvestir
le montant du
service
de la dette dans
des actions de
développement
en faveur des
services sociaux
essentiels est
le but premier
de l'IPTE »

Au titre de ce programme, le Mali a inscrit une dotation budgétaire pour l'année 2001 de 15, 401 milliards de francs CFA, répartie entre les secteurs de l'éducation (6 070 968 000 FCFA), de la santé (2 662 000 000 F CFA), du développement social (5 000 000 F CFA), de la promotion des femmes, de l'enfant et de la famille (160 000 000 F CFA), des mines de l'énergie et de l'eau (1 682 000 000 F CFA) et les autres départements pour 4 981 032 000 F CFA. Le détail des appuis aux programmes sociaux est donné dans le tableau n° 4 (cf. page précédente).

2.B. Les politiques nationales de développement

La hiérarchisation des politiques nationales de développement adoptée ici reflète la volonté affichée du gouvernement de doter progressivement chaque secteur du développement d'une politique en vue d'une meilleure organisation des interventions pour une meilleure efficacité.

Politiques de première génération

a) Politique nationale de santé et d'action sociale

• La politique sectorielle de santé et de population

La Constitution du Mali adoptée en 1992 garantit le droit à la protection sanitaire et sociale pour tout citoyen conformément aux principes de la CDE. Afin d'offrir un meilleur état de santé à la population, plus particulièrement aux enfants et aux femmes, le Mali a adopté le 15 décembre 1990 une Déclaration de politique sectorielle de santé et de population dont la mise en œuvre a commencé en 1992.

La politique sectorielle de santé menée depuis 1992 est fondée sur les soins de santé primaires (SSP), les soins de rééducation primaires (SRP), l'initiative de Bamako (IB) et la stratégie africaine de développement sanitaire (SADS).

Les principales stratégies de la politique sectorielle consistent, entre autres, à faire évoluer la pyramide sanitaire d'une conception administrative vers une conception dite fonctionnelle et populationnelle : création des centres de santé communautaires (CSCOM), revitalisation des centres de santé d'arrondis-

sement (CSA), des centres de santé de cercles (CSC) et des hôpitaux, développement des structures de référence, amélioration de la qualité des prestations ;

- assurer la disponibilité et l'accessibilité aux médicaments essentiels dans un cadre de rationalisation de leur distribution et de leur prescription ;

- développer la participation communautaire à la gestion du système et à la mobilisation des financements, y compris le recouvrement des coûts ;

- promouvoir un secteur privé dynamique et complémentaire du secteur public ;

- garantir la viabilité du système de santé et la qualité des prestations.

• La politique nationale d'action sociale et de solidarité

Le ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes âgées (MSSPA) a élaboré et adopté en 1993 la politique d'action sociale et de solidarité ainsi que celle en faveur des personnes âgées, dont l'objectif est de lutter contre toutes les formes d'exclusion et de marginalisation. L'une des stratégies retenues pour l'atteindre est le développement des mécanismes de solidarité et de partage de coûts pour une plus grande justice.

Ces deux politiques, reconduites dans leurs principes et orientations stratégiques, constituent le cadre de référence du nouveau Plan décennal de développement sanitaire et social 1998-2007.

• Le Plan décennal de développement sanitaire et social (PDDSS) 1998-2007

En juin 1998, le gouvernement a adopté le Plan décennal de développement sanitaire et social (PDDSS) 1998-2007 et le premier programme quinquennal de ce plan : le Programme quinquennal de développement sanitaire et social (PRODESS) 1998-2002. Le plan décennal et le programme quinquennal ont été élaborés et adoptés avec la participation de tous les partenaires concernés. Le PDDSS est la prolongation logique de la Déclaration de politique sectorielle de santé et de population et de la politique nationale d'action sociale et de solidarité menées par le gouvernement depuis 1992.

Encadré n° 2

Le système de santé de cercle au Mali

Le cercle (le pays en compte 49) est composé d'un réseau de formations sanitaires de premier échelon et d'un « centre de santé de référence ». Ce dernier (CSC) offre un plateau technique complémentaire aux formations de premier échelon. Il prend en charge les hospitalisations et particulièrement les urgences médicales. L'ensemble du cercle est géré par une « équipe socio-sanitaire de cercle » (ESSC). Elle élabore et réalise les Plans de développement socio-sanitaire de cercle (PDSC), elle supervise les formations de premier échelon, assure la formation continue du personnel.

Les formations composant le premier échelon sont les centres de santé communautaires (CSCOM) qui sont des formations sanitaires privées, à but non lucratif. Toutes ont passé avec les services de santé de l'Etat une convention par laquelle elles s'engagent notamment à fournir un paquet minimum d'activités (PMA). Elles sont gérées par une association de santé communautaire (ASACO) émanant des collectivités locales. On trouve aussi des centres de santé d'arrondissement (CSA) ou dispensaires d'Etat. Lorsqu'un CSA a commencé à fonctionner selon les mêmes conditions qu'un CSCOM, on parle de « centre de santé d'arrondissement revitalisé » (CSAR).

Le cercle a été défini comme le niveau pertinent pour la mise en œuvre de la politique sectorielle. On a notamment cherché à réduire la mortalité et la morbidité materno-infantiles en augmentant la couverture vaccinale et l'accessibilité aux services et aux médicaments essentiels, en particulier aux PMA. C'est la raison pour laquelle un nombre important de CSCOM ont été ouverts et des CSA revitalisés ces dernières années.

Le financement du système de santé s'organise à partir des structures du cercle. Il s'effectue à travers un mélange de subventions et de paiements directs par la population. Les subventions peuvent concerner les coûts récurrents ou les investissements, les frais de personnel et de fonctionnement. Elles peuvent provenir de l'Etat ou directement à travers des bailleurs institutionnels, des collectivités, des bailleurs extérieurs, etc. Elles sont soit en nature, soit monétarisées. Les paiements directs par la population peuvent être effectués à l'acte ou par prépaiement sous forme de cotisations ouvrant ou non des droits. Les centres de santé ont une autonomie financière. Un certain nombre d'entre eux commencent à présenter des excédents sur leurs recettes d'exploitation.

Une enquête sur les coûts et le financement du système de santé de cercle au Mali (Projet Santé, Population et Hydraulique rurale, 1997*) a montré que les charges par centre sont en moyenne plus élevées dans les CSAR et dans les CSCOM urbains que dans les CSCOM ruraux. Les quatre grands groupes de charge concernent le personnel, les médicaments, le fonctionnement et les amortissements. L'amortissement du bâtiment représente une charge très importante pour l'ensemble des centres. Les charges de personnel sont inférieures dans les CSCOM par rapport aux CSAR. Le personnel y est en effet moins nombreux et moins bien payé. Dans les CSCOM ruraux, on dépense nettement plus en médicaments par habitant et par an que dans les autres types de formation sanitaire.

* Coût et financement du système de santé, ADRSS et IMT, 1997.

• **Le Programme de développement sanitaire et social (PRODESS) 1998-2002**

Il couvre le premier quinquennat du Plan décennal de développement sanitaire et social. Au regard de l'objectif général du PDDSS, le PRODESS 1998-2002 vise de nombreux objectifs spécifiques :

- la réduction de la mortalité, notamment maternelle et infanto-juvénile,
- la réduction de la morbidité,
- l'amélioration de l'accès aux soins de santé et l'utilisation des services de santé en centre fixe et au niveau communautaire,
- l'information/l'éducation/la communication et la participation communautaire,
- la lutte contre l'exclusion sociale,
- la promotion communautaire.

Pour atteindre ces objectifs, les interventions programmées pour la période quinquennale sont regroupées en cinq volets :

- l'extension de la couverture et l'amélioration de la qualité des services de santé,
- la lutte contre les exclusions,
- la promotion des mécanismes alternatifs de financement,
- le développement des ressources humaines,
- le développement institutionnel.

b) Politique nationale de population

Compte tenu du taux de fécondité élevé, du déséquilibre dans la répartition spatiale de la population, des effets de la non-maîtrise de l'évolution démographique sur les efforts de développement, le Mali a adopté en mai 1991 une politique nationale de population, composante essentielle de la politique de développement. La politique nationale de population, en tant que politique transversale, a pour objectif l'amélioration du niveau et de la qualité de la vie des populations, à travers l'éducation, la santé, l'emploi, l'alimentation, la nutrition et le logement.

Elle s'articule autour des quatre principes suivants :

- le respect et la protection de la famille,
- la possibilité donnée aux couples et aux individus de décider librement et en toute responsabilité de la taille de leur famille et de l'espacement des naissances de leurs enfants,
- le respect des droits fondamentaux des enfants (survie, développement et protection),
- la nécessité d'œuvrer pour l'intégration de la femme dans le processus de développement.

Pour la mise en œuvre de cette politique, un plan d'action sur vingt-cinq ans, courant de 1996 à 2020, a été élaboré et adopté.

c) Schéma directeur d'approvisionnement en eau potable

Ces dix dernières années, le cadre institutionnel pour le développement du secteur de l'eau a été essentiellement marqué par l'adoption par le gouvernement en février 1991 du schéma directeur de mise en valeur des ressources en eau pour la période 1992-2001. Ce schéma a été maintenu et actualisé par l'adoption en 2000 de la stratégie nationale de développement de l'alimentation en eau potable et de l'assainissement en milieu rural et semi-urbain, qui tient compte non seulement des disparités entre milieux urbain et rural mais également du nouveau contexte de la décentralisation.

L'adoption récente du code de l'eau vient renforcer ce dispositif en définissant le rôle des différents partenaires et en responsabilisant davantage le secteur privé, les collectivités décentralisées et la société civile.

d) Développement rural

Le schéma directeur du développement rural, actualisé en l'an 2000, organise les actions de développement rural en 13 programmes qui sont :

- la restauration et le maintien de la fertilité des sols,
- le développement des infrastructures rurales et des équipements agricoles,
- l'intensification et la diversification des productions agricoles,
- la valorisation des filières agricoles et l'amélioration de leur compétitivité,
- la normalisation et le contrôle de qualité des produits agricoles,
- le développement institutionnel du secteur agricole,
- l'information et la communication pour le développement du secteur rural,
- la promotion du crédit et le financement du secteur rural,
- le renforcement des capacités de planification et de suivi-évaluation,
- le renforcement du rôle des femmes, des jeunes et des mécanismes de solidarité en milieu rural,

- le renforcement des capacités d'intervention et du partenariat entre les acteurs du secteur rural,
- la gestion rationnelle des ressources naturelles en vue d'un développement rural durable,
- le renforcement de la sécurité alimentaire.

Politiques de deuxième génération

a) Politique de décentralisation

Le Mali comprend 8 régions administratives, auxquelles s'ajoute le District de Bamako, capitale du pays, qui a également rang de région. Chaque région est subdivisée en cercles : le pays compte 49 cercles et les 6 communes urbaines de Bamako dont les compétences équivalent à celles d'un cercle. La décentralisation au Mali est fondée sur le principe de la libre administration par les communautés, principe qui est inscrit dans la Constitution du pays. Sur la base de ce principe et avec le consentement des populations, le territoire a été réparti en 703 communes en 2001 dont 19 communes urbaines (y compris celles de Bamako) et 684 communes rurales.

La détermination du gouvernement, qui a créé en 1992 la Mission de décentralisation, a abouti aux élections communales de 1999, rendant ainsi effective la politique de décentralisation. En dépit de l'engagement du pouvoir et des résultats déjà obtenus, les objectifs de la décentralisation ne seront atteints qu'au terme d'un processus de longue durée qui demande davantage de transparence et de responsabilisation des populations. C'est à ces conditions que pourra s'opérer le transfert progressif et effectif de certaines compétences de l'Etat aux collectivités territoriales. Ces changements vont s'appuyer sur les expériences en cours à travers les politiques sectorielles, notamment en matière de santé, d'éducation et de développement rural, qui ont déjà permis une responsabilisation accrue des communautés dans la prise en charge de leurs propres problèmes, certaines ayant déjà mis en route une dynamique inter-villageoise de développement. C'est ainsi que :

- dans le domaine de la santé, il existe un important secteur de santé communautaire avec des CSCOM gérés par les associations inter-villageoises de santé communautaire ;

- dans le domaine de l'éducation, l'intervention des associations de parents d'élèves est devenue une réalité dans la construction d'écoles et de classes et, de plus en plus, dans la gestion de l'école ;

- dans le secteur de l'eau, il existe des associations d'usagers et des comités de gestion des points d'eau, qui ont valeur d'exemple en matière de prise de responsabilité des communautés.

La mise en œuvre de la décentralisation ne rend pas caduques les politiques sectorielles, d'autant que celle de la santé est déjà très avancée dans la responsabilisation et l'autonomie des communautés. En tout état de cause, un partenariat entre collectivités territoriales et organisations communautaires doit s'établir sur la base de critères d'efficacité et de transparence, en évitant que les premières ne se transforment en structures bureaucratiques s'interposant entre l'Etat et les populations. Conformément à la politique gouvernementale, les services de l'Etat continueront à se désengager du secteur productif et de certaines prestations de services et à se concentrer sur la coordination et la planification des interventions, la définition de normes, l'application de la législation, la collecte de données, le suivi des projets, la sensibilisation, l'animation.

En ramenant le pouvoir dans un espace proche de la famille, la décentralisation crée des conditions favorisant l'implication des femmes et leur participation à l'exercice du pouvoir. L'importance de leur rôle socio-économique les prédispose à s'investir dans ces nouveaux espaces créés par la décentralisation pour la gestion des affaires locales, en particulier pour tout ce qui touche au cadre de vie immédiat des populations.

Notons que les dispositions législatives et réglementaires fixant les conditions requises pour être électeurs ou éligibles ne sont pas discriminatoires envers les femmes.

b) Programme décennal de développement de l'éducation (PRODEC)

Le Mali s'est engagé dans la mise en œuvre de la stratégie de l'Education pour tous (EPT) adoptée par les Nations Unies et la « Décennie de l'éducation en Afrique ». Dans cette perspective, il a entrepris la refondation de son système éducatif.

« La décentralisation au Mali est fondée sur le principe de la libre administration par les communautés, principe qui est inscrit dans la Constitution du pays »

« Face à de multiples défis socio-économiques, le gouvernement a signé conjointement avec ses partenaires sociaux (organisations syndicales d'employeurs et de travailleurs, associations de retraités) un pacte de solidarité pour la croissance et le développement en août 2001 »

Un Programme décennal de développement de l'éducation (PRODEC) 1998-2008 a été adopté par le gouvernement en 1998. Il s'articule autour des 10 axes prioritaires suivants :

- une éducation de base de qualité pour tous ;
- un enseignement professionnel adapté aux besoins de l'économie ;
- un enseignement secondaire général et technique rénové et performant ;
- un enseignement supérieur de qualité répondant à des besoins prioritaires et aux coûts maîtrisés ;
- une utilisation des langues maternelles dans l'enseignement formel concomitamment avec le français ;
- une politique du livre et du matériel didactique opérationnelle ;
- une politique soutenue de formation des enseignants ;
- un partenariat véritable autour de l'école ;
- une politique de communication centrée sur le dialogue et la concertation avec tous les partenaires ;
- une politique de financement du développement du système éducatif prenant en compte le cadrage financier macro-économique, le rééquilibrage des ressources affectées aux différents ordres d'enseignement, la gestion rationnelle des différents budgets et la mobilisation des multiples sources de financement, en particulier celles provenant des collectivités décentralisées, des communautés et du privé.

c) Programme décennal de développement de la justice (PRODEJ)

Ce programme s'articule autour des problématiques de la démocratie, de la paix et de la sécurité, des droits humains et du développement. Les actions envisagées sont regroupées en 10 projets :

- Création d'un centre national de documentation juridique et judiciaire ;
- Réorganisation d'un institut national de formation judiciaire ;
- Plan de développement des ressources humaines ;
- Mise en place des services et des structures de contrôle chargés de lutter contre la corruption ;
- Programme de construction, de réhabilitation, de dotation en équipements et moyens logistiques et fonctionnels des cours et tribunaux ;

- Programme de construction, de réhabilitation, de dotation en équipements et moyens logistiques et fonctionnels des services centraux du Ministère ;

- Programme de vulgarisation des codes et textes usuels et de renforcement des capacités des professionnels de la communication dans le traitement de l'information juridique et judiciaire ;

- Programme de construction, de réhabilitation, de dotation en équipements et moyens logistiques et fonctionnels pour l'administration pénitentiaire.

Politiques de troisième génération

a) Pacte de solidarité pour la croissance et le développement

Face à de multiples défis socio-économiques, le gouvernement a signé conjointement avec ses partenaires sociaux (organisations syndicales d'employeurs et de travailleurs, associations de retraités) un pacte de solidarité pour la croissance et le développement en août 2001. Ce pacte s'appuie sur deux axes :

- le développement des entreprises en vue de la réalisation des objectifs fixés par le gouvernement : l'accès au financement, la répartition équitable de la pression fiscale, le renforcement de la compétitivité des entreprises, l'intégration économique, l'implication du secteur privé dans la résolution des problèmes des entreprises, l'amélioration des relations entre l'administration et le secteur privé et la création d'emplois ;

- l'amélioration des conditions de vie et de travail des salariés des secteurs public et privé : modernisation de l'administration, protection sociale des travailleurs, sécurisation des travailleurs et révision des conventions collectives.

b) Politique nationale de l'emploi et Programme national d'action pour l'emploi en vue de réduire la pauvreté

Le Mali a élaboré une politique active et concertée de l'emploi, dont la stratégie est fondée sur le développement humain durable et la lutte contre la pauvreté. La politique nationale de l'emploi a pour objectifs principaux de :

- conforter et sécuriser les emplois privés existants et améliorer les performances dans l'emploi public ;

- réduire le chômage et le sous-emploi en créant des emplois et en intensifiant les activités ;

- accroître la demande de main-d'œuvre en zone urbaine et en zone rurale grâce au développement du secteur privé ;

- améliorer l'offre de main-d'œuvre grâce à une meilleure formation et une qualification adaptées aux besoins de l'économie ;

- généraliser la promotion de l'emploi au niveau local en tenant compte des spécificités régionales et en privilégiant le recours à la haute intensité de main-d'œuvre ;

- favoriser l'amélioration des conditions de travail dans les différents domaines d'emploi : emploi moderne, emploi informel, emploi rural, emploi temporaire, et rechercher à terme l'unification du marché du travail.

Pour atteindre ces objectifs, cinq domaines d'intervention prioritaires ont été retenus dans le cadre de la PNE : l'emploi local, la promotion des travaux à haute intensité de main-d'œuvre, la formation professionnelle et technique, le développement des entreprises et l'emploi informel. L'examen du profil de l'emploi a mis en évidence l'importance du secteur informel dans la création d'emploi. Le secteur formel ne pouvant absorber qu'une infime partie des demandeurs d'emploi, ce sont les micro-entreprises du secteur informel qui continueront à accueillir la majorité des nouveaux arrivants sur le marché du travail.

Le Conseil des ministres du 30 août 2000 a adopté un Programme national d'action pour l'emploi en vue de réduire la pauvreté (PNA/ERP). Ce programme comprend sept volets : emploi coopératif, développement des entreprises (micro, petites et moyennes), la promotion de la femme (dimension sexospécifique de l'emploi), les travaux à haute intensité de main-d'œuvre (HIMO), l'emploi informel urbain, les informations sur le marché du travail (IMT) et l'amélioration de la formation professionnelle. Le PNA/ERP fait partie du CSLP.

c) Politique de promotion de la femme, de l'enfant et de la famille

Le Commissariat à la promotion des femmes a proposé des stratégies nationales d'intervention pour la promotion des femmes qui ont été approuvées par la commission paritaire en décembre 1993 et qui doivent être mises en œuvre selon les orientations suivantes :

- valoriser l'image de la femme dans notre société et l'amener à s'impliquer davantage dans le processus démocratique en cours ;

- identifier les voies et moyens de la reconnaissance et du respect des droits de la femme ;

- favoriser l'accès des femmes aux facteurs de production et aux ressources économiques ;

- faire en sorte que les femmes puissent concilier leur différents rôles avec les activités de production et que leur productivité et leur revenu s'améliorent ;

- faciliter l'accès du couple mère-enfant aux services socio-sanitaires ;

- appuyer la nouvelle politique de refondation du système éducatif malien.

Ces orientations ont permis d'élaborer le Plan d'action pour la promotion des femmes 1996-2000, qui comporte six domaines prioritaires (santé, éducation, promotion économique, droits des femmes, environnement, participation à la vie publique) et a pour objectifs de :

- promouvoir l'éducation des petites filles et des femmes ;

- favoriser l'amélioration de la santé des femmes ;

- prendre des mesures concrètes pour protéger les droits et les intérêts des femmes ;

- accroître la participation des femmes à la vie publique ;

- assurer une pleine participation des femmes au développement économique et à la protection de l'environnement ;

- soutenir les institutions de promotion des femmes.

Actuellement, le Département de la promotion de la femme, de l'enfant et de la famille œuvre à l'élaboration d'un plan stratégique pour la promotion de ces trois groupes cibles.

2.C. Suivi du Sommet mondial pour les enfants

Evaluation du Plan d'Action National (PAN)

La mise en œuvre du PAN a permis d'atteindre des résultats encourageants. En matière de survie, la couverture sanitaire s'est améliorée et les taux² de mortalité maternelle (577 pour 100 000 naissances)³, de mortalité infantile (123 pour 1 000 en 1996)⁴ et infanto-juvénile (238 pour 1 000 en 1996)⁴ ont baissé. Ces améliorations restent cependant en-deçà des objectifs prévus par la carte

« En matière de survie, la couverture sanitaire s'est améliorée et les taux de mortalité maternelle (577 pour 100 000 naissances), de mortalité infantile (123 pour 1 000 en 1996) et infanto-juvénile (238 pour 1 000 en 1996) ont baissé mais restent cependant élevés comparativement au reste de l'Afrique »

« **la qualité de l'enseignement, malgré l'introduction de la pédagogie convergente [...] et d'autres innovations pédagogiques, a connu une baisse notoire du fait de l'insuffisance et de l'inadaptation des curriculums, des matériels didactiques et des manuels scolaires, mais aussi du fait des multiples crises qu'a connues l'école malienne pendant la décennie 1991-2000** »

sanitaire et par le PAN pour les taux TMM (500/100 000), TMI (72/1 000), TMIJ (120/1 000). Dans les domaines de la nutrition et de l'hygiène/assainissement, la tendance est à la détérioration de la situation, ce qui met en question la pérennité des résultats obtenus.

Concernant l'éducation, le taux brut de scolarisation (57,8 % en 1998/99)⁵ et le taux de scolarisation des filles (45,9 % en 1998/99)⁵ s'approchent des objectifs recherchés (respectivement 60 % et 50 %). Ces résultats ont été acquis grâce aux nombreuses constructions d'infrastructures scolaires et au recrutement massif d'enseignants, ainsi qu'à la pratique de la double vacation et de la double division. Toutefois, la qualité de l'enseignement, malgré l'introduction de la pédagogie convergente (enseignement concomitant des langues nationales et du français) et d'autres innovations pédagogiques, a connu une baisse notoire du fait de l'insuffisance et de l'inadaptation des curriculums, des matériels didactiques et des manuels scolaires, mais aussi du fait des multiples crises qu'a connues l'école malienne pendant la décennie 1991-2000.

Dans le volet protection, l'absence d'une politique nationale claire et l'insuffisance des financements n'ont pas permis de mettre en œuvre les actions prévues. Il en résulte une dégradation de la situation des enfants et l'émergence de nouveaux problèmes à prendre en compte dans l'avenir, tels que le travail précoce et l'exploitation des enfants, le trafic des enfants, le phénomène des enfants de et/ou dans la rue.

Orientations majeures de la Session extraordinaire consacrée aux enfants

En 1990, le Mali a coprésidé le Sommet mondial pour les enfants. Un plan d'action décennal a été élaboré en vue de répondre aux engagements pris à l'égard des enfants en lien avec la Convention relative aux droits de l'enfant (CDE). Notre pays, à la lumière de ce plan d'action mondial et à l'instar des autres pays, a élaboré son plan d'action national (PAN) 1992-2000. La Conférence internationale sur l'assistance aux enfants africains, qui s'est tenue à Dakar en novembre 1992, a défini les stratégies de financement des plans d'action nationaux. Dans le cadre de l'évaluation de cet engagement décennal, la communauté internationale a décidé d'organiser une

session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations-Unies en faveur des enfants. Cette session a pour mission d'évaluer les engagements pris par les chefs d'Etat et de gouvernement lors du Sommet mondial de septembre 1990.

Lors de la Session, les chefs d'Etat et de gouvernement doivent examiner les obstacles qui entravent la protection des enfants, ainsi que les questions nouvelles que pose un monde en rapide évolution, et sont appelés à adopter des stratégies susceptibles de résoudre les problèmes auxquels sont confrontés les enfants et de mobiliser les ressources humaines et financières nécessaires. On attend de la Session extraordinaire qu'elle mette au point un programme mondial présentant un ensemble d'objectifs ainsi qu'un plan d'action pour atteindre trois résultats primordiaux :

- le meilleur départ possible dans la vie pour tous les enfants ;
- une éducation de base de bonne qualité pour tous les enfants ;
- la possibilité pour tous les enfants et, particulièrement pour les adolescents, de participer pleinement à la vie de leur société.

Pour impulser une dynamique internationale en faveur des enfants en synergie avec la Session extraordinaire, les organisateurs ont promu le Mouvement mondial en faveur des enfants. Celui-ci, qui vise à démultiplier les efforts en faveur des enfants, accueille tous les individus et toutes les organisations qui partagent cette vision selon laquelle tous les enfants ont le droit de grandir en bonne santé, en paix et dans la dignité. Il s'attelle à convaincre les décideurs qu'investir dans l'enfant est la clé du progrès économique et social.

Des initiatives spécifiques sont lancées pour faire valoir cet engagement, notamment la campagne mondiale « Oui pour les enfants » et le « Cri de ralliement » dont l'objectif est d'encourager le plus grand nombre possible de personnes, en particulier les enfants et les jeunes, à se mobiliser.



Incidence des dépenses publiques des secteurs sociaux

Les dépenses publiques d'éducation, de santé et d'eau potable reposent largement sur le budget d'Etat. L'analyse de l'incidence de ces dépenses sur l'accès à ces services sociaux essentiels permet d'apprécier les discriminations entre les différentes catégories de la population (ampleur et disparité). Il s'agit notamment d'examiner à quel point les dépenses publiques atteignent toutes les couches de la population, en particulier les plus démunies. L'analyse de l'incidence des dépenses publiques par région administrative a été retenue pour deux raisons : le manque de données statistiques récentes pour le calcul de l'incidence des dépenses publiques selon le degré de pauvreté, d'une part, et le fait que le taux d'accès aux services sociaux essentiels est inversement corrélé au degré de pauvreté, d'autre part.

1. Education

L'incidence des dépenses publiques d'éducation (tableau n° 5) montre qu'un peu plus d'un quart des besoins en éducation, pour le premier cycle (26,1 %), localisés dans le district de Bamako et dans la région de Koulikoro, bénéficie de plus de deux cinquièmes (41,2 %) des dépenses publiques.

D'un autre côté, la même part des dépenses est consacrée aux régions de Sikasso, Ségou et Mopti, qui totalisent 51,1 % des besoins du pays. Les cas du district de Bamako et de la région de Mopti sont révélateurs de l'ampleur des inégalités. En effet, le premier, qui compte seulement 9,1 % des besoins, bénéficie de plus d'un cinquième des dépenses publiques (21,4 %), tandis que la région de Mopti, qui concentre 14,4 % des besoins, ne bénéficie que de 8 % des dépenses publiques d'éducation.

2. Approvisionnement en eau potable

Est considérée comme ayant accès à l'eau potable la population dont la principale source d'approvisionnement est le robinet, le forage ou la fontaine publique, qui constituent les seules infrastructures d'eau potable réalisées entre autres sur le budget d'Etat.

Dans ce secteur également, la distribution des dépenses publiques est loin d'être proportionnelle aux besoins par région (tableau n° 6). En effet, plus de la moitié (57,5 %) des besoins ne bénéficient que d'un tiers (33,4 %) des fonds, tandis que les régions de Kayes, Sikasso et le district de Bamako, qui représentent moins de la moitié des besoins (42,5 %),

Tableau n°5

Incidence des dépenses publiques d'éducation (1998) Premier cycle de l'enseignement fondamental

Régions	Besoin total	(%)	Besoin satisfait	TNS	Coût unitaire	Coût total	Incidence (%)
Kayes	241 088	14,1	58 343	24,2	20 000	1 166 865 920	11,7
Koulikoro	290 859	17,1	98 310	33,8	20 000	1 966 206 840	19,8
Sikasso	330 369	19,4	91 512	27,7	20 000	1 830 244 260	18,4
Ségou	295 084	17,3	73 181	24,8	20 000	1 463 616 640	14,7
Mopti	246 304	14,4	39 655	16,1	20 000	793 098 880	8
Tombouctou	72 193	4,2	12 634	17,5	20 000	252 675 500	2,5
Gao	66 758	3,9	15 488	23,2	20 000	309 757 120	3,1
Kidal	8 172	0,5	1 299	15,9	20 000	25 986 960	0,3
Bamako	154 363	9,1	106 202	68,8	20 000	2 124 034 880	21,4
TOTAL	1 705 190	100	496 624	29,1	20 000	9 932 487 000	100

Sources : DNSI, RCPH 98, Rapport Suivi Initiative 20 % 20 %.

reçoivent les deux tiers (66,6 %) des dépenses publiques. Le district de Bamako est ici encore privilégié avec 10,4 % des besoins pour plus d'un quart des dépenses (26,4 %).

B. Santé

Dans le secteur de la santé, on observe davantage d'équité entre les régions : dans l'ensemble, la structure des besoins et celle des dépenses publiques sont très proches (tableau n° 7). Toutefois, avec 10,2 % des besoins pour 6,8 % des dépenses publiques, la région de Koulikoro est désavantagée.

En conclusion, l'analyse de l'incidence des dépenses publiques met en relief d'importantes inégalités entre les régions, en particulier pour les secteurs de l'éducation et de l'eau potable. Le district de Bamako apparaît comme le grand bénéficiaire de la sollicitude de l'Etat dans tous les secteurs examinés, tandis que la région de Mopti reste la plus défavorisée.

« Les dépenses publiques en matière d'éducation et d'approvisionnement en eau potable demeurent inégalement réparties entre les régions : premier bénéficiaire, le district de Bamako, région la plus défavorisée : Mopti »

Tableau n° 6 Incidence des dépenses publiques en eau potable (1998) Robinet, forage, fontaine publique							
Régions	Besoin total	%	Besoin satisfait	Taux couv.	Coût unitaire	Coût Total	Incidence (%)
Kayes	1 374 316	14	434 284	31,6	1 875	814 282 230	18,4
Koulikoro	1 570 507	16	229 294	14,6	1 875	429 926 291	9,7
Sikasso	1 782 157	18,2	515 043	28,9	1 875	965 706 324	21,8
Ségou	1 675 358	17,1	207 744	12,4	1 875	389 520 735	8,8
Mopti	1 478 505	15,1	199 598	13,5	1 875	374 246 578	8,5
Tombouctou	476 793	4,9	100 127	21	1 875	187 737 244	4,2
Gao	394 594	4	49 719	12,6	1 875	93 222 833	2,1
Kidal	42 386	0,4	3 221	7,6	1 875	6 040 005	0,1
Bamako	1 016 296	10,4	622 989	61,3	1 875	1 168 105 215	26,4
TOTAL	9 810 912	100	2 362 020	24,1	1 875	4 428 787 455	100

Sources : DNSI, RGPH 98, Rapport Suivi initiative 20 % - 20 %.

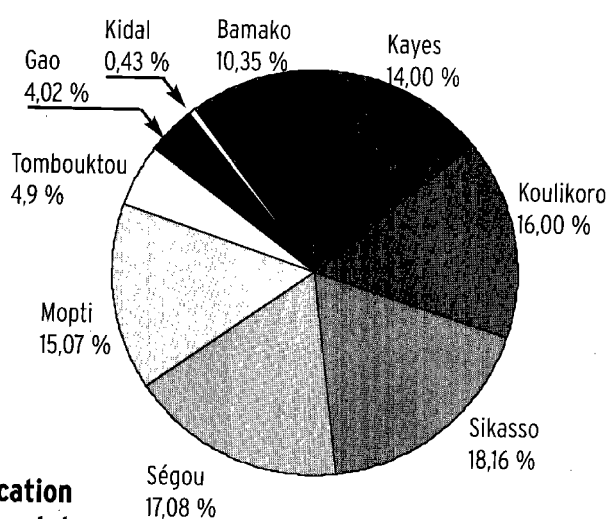
Tableau n° 7 Incidence des dépenses publiques de santé (2000)							
Régions	Besoin total	%	Besoin satisfait	Taux morb.	Coût unitaire	Coût Total	Incidence (%)
Kayes	189 653	13,7	15 172	8	2 057	31 209 295	11,2
Koulikoro	142 151	10,2	9 240	6,5	2 057	19 006 268	6,8
Sikasso	203 011	14,6	18 677	9,2	2 057	38 418 527	13,8
Ségou	227 573	16,4	22 075	9,7	2 057	45 407 400	16,3
Mopti	241 319	17,4	23 408	9,7	2 057	48 150 223	17,3
Tombouctou	86 857	6,3	10 510	12,1	2 057	21 618 511	7,8
Gao	118 369	8,5	13 376	11,3	2 057	27 513 846	9,9
Kidal	8 046	0,6	1 086	13,5	2 057	2 234 310	0,8
Bamako	171 205	12,3	21 743	12,7	2 057	11	16,1
TOTAL	1 388 184	100	135 286	9,3	2 057	278 283 762	100

Sources : DNSI, RGPH 98, Rapport Suivi initiative 20 % - 20 %.

**Graphiques comparatifs : répartition régionale de la population
et incidence des dépenses publiques des secteurs sociaux par région**

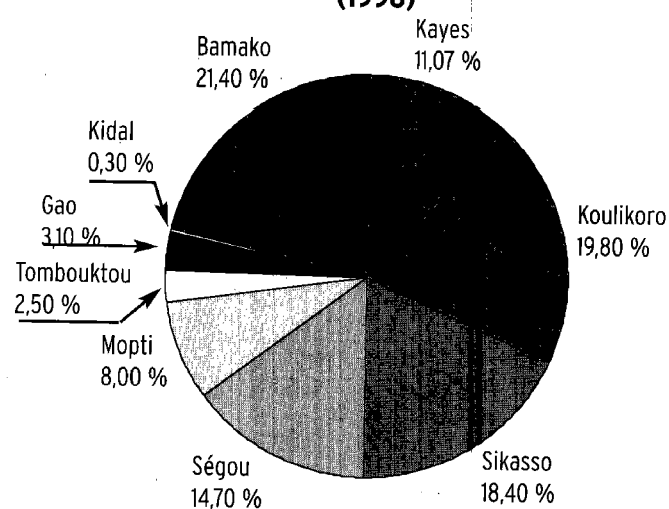
Graphique n° 2

**Répartition
de la population
par région (1998)**



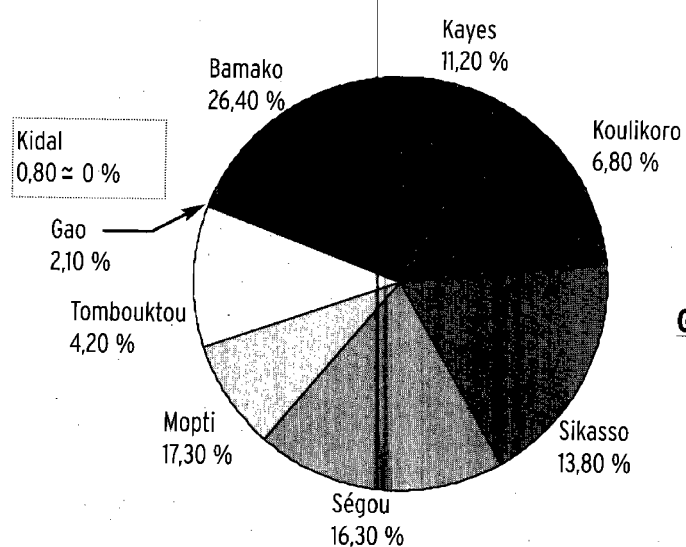
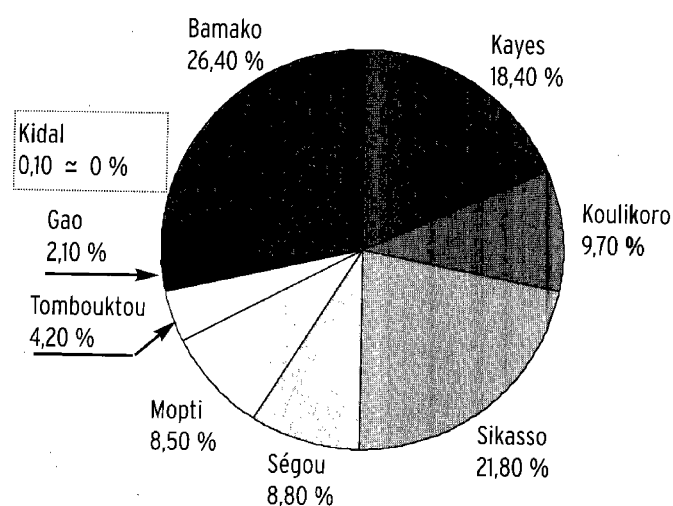
Graphique n° 3

**Incidence des dépenses publiques d'éducation
premier cycle de l'enseignement fondamental
(1998)**



Graphique n° 4

**Incidence des dépenses publiques en eau potable
(1998)**



Graphique n° 5

**Incidence des dépenses publiques de santé
(2000)**

Deuxième partie

La situation des enfants et des femmes au Mali



Cadre conceptuel de l'analyse de la situation

« Les enfants et les femmes sont des sujets de droit et non des objets de charité »

Le présent cadre conceptuel s'inspire du Manuel des procédures et politiques de l'UNICEF, des Lignes directrices sur une approche de la programmation fondée sur les droits de l'Homme, des résultats attendus de la Revue de la décennie du Sommet mondial pour les enfants (sept. 2001), du Manuel d'application de la CDE, de la CEDEF, de l'Analyse de situation des enfants et des femmes du Mali de 1997, des échanges de groupes. (voir plus loin le schéma cadre conceptuel).

Il comprend trois parties qui sont (à partir du bas et de la gauche vers la droite) : une base d'appréciation des étapes de l'analyse de la situation, l'exercice des droits humains (point de départ de l'appréciation de la situation) et les étapes de l'Analyse.

La phase descriptive part du principe que l'avènement et l'utilisation des droits humains comme cadre de programmation visent à recentrer les interventions sur des bases saines et à garantir de façon durable l'amélioration des conditions de vie des enfants et des femmes. Comme telle, cette considération établit la responsabilité juridique et morale de l'Etat et de ses institutions vis-à-vis de la satisfaction des besoins de base des citoyens, notamment le droit de l'enfant et de la femme de jouir du meilleur état de santé possible, leur droit à l'éducation ou celui d'être protégés contre toute forme de brutalité ou de négligence. De même, elle établit la responsabilité des parents, familles et communautés dans le développement des capacités de l'enfant. Ce changement d'attitude induit un processus qui permet aux enfants et aux femmes de participer aux procédures et décisions les intéressant et affectant leur vie d'une manière qui correspond à l'évolution de leurs capacités.

Il en découle que l'origine et les aspirations des droits individuels des enfants et des femmes reposent sur les besoins et que les enfants et les femmes sont des sujets de droit et non des objets de charité. L'approche en termes de charité et de bénévolat a empêché

que les besoins spécifiques de ces deux catégories sociales soient réellement pris en compte, provoquant ainsi des formes particulières de discrimination à l'origine de mauvaises conditions de vie. Suivant la nouvelle approche, il est admis que l'État a la responsabilité normative d'agir systématiquement pour mettre un terme aux violations ou au non-respect des droits de l'Homme, et que la responsabilisation des titulaires de droits est, en soi, un résultat important de divers processus. L'amélioration des conditions de vie des enfants et des femmes repose sur la compréhension des relations établies à ce niveau, d'où sa position centrale dans notre cadre conceptuel.

La qualité du travail de la phase descriptive détermine de manière significative les résultats des phases d'analyse et d'orientation. Ces derniers niveaux cherchent à élucider les entraves à la satisfaction des besoins et à proposer des orientations stratégiques en droite ligne avec les principes directeurs et les résolutions de la Session spéciale des Nations-Unies qui s'est tenue à l'occasion de la Revue de la décennie du Sommet mondial pour les enfants.

Le cadre conceptuel peut être mis en place selon plusieurs alternatives :

- selon les catégories de droits,
- selon le cycle de vie,
- selon une vision sectorielle.

Pour réaliser l'inventaire des besoins spécifiques des enfants et des femmes, l'approche par cycle de vie a été choisie afin d'identifier les besoins inhérents à l'évolution physiologique de l'enfant et de la femme. Cette approche a été étayée par les catégories de droits issus de la classification du Comité des droits de l'enfant, fondée sur les besoins. La CDE et la CEDEF, se complétant et se renforçant mutuellement, ont constitué le cadre principal de la stratégie adoptée afin de promouvoir et de protéger les droits fondamentaux des enfants et des femmes. La relation unique entre la mère et l'enfant, la mère étant la première personne à prodiguer des soins à

l'enfant, rend indissociable la satisfaction des droits des enfants de celle des droits des femmes.

Le choix opéré est principalement motivé par l'unicité de la cible, l'intérêt de la prise en charge précoce par cible, la convergence et la complémentarité des interventions sur celle-ci, l'interdépendance et l'indivisibilité des droits, l'amélioration de la coordination des interventions sectorielles.

Ce choix, qui n'impose pas forcément un programme intégré d'interventions ni les programmes sectoriels, a le mérite d'identifier pour chaque cible la masse de problèmes spécifiques et leur ordre de priorité.

« Pour réaliser l'inventaire des besoins spécifiques des enfants et des femmes, l'approche par cycle de vie a été choisie afin d'identifier les besoins inhérents à l'évolution physiologique de l'enfant et de la femme »

Encadré n°3 :

Situation des droits humains au Mali

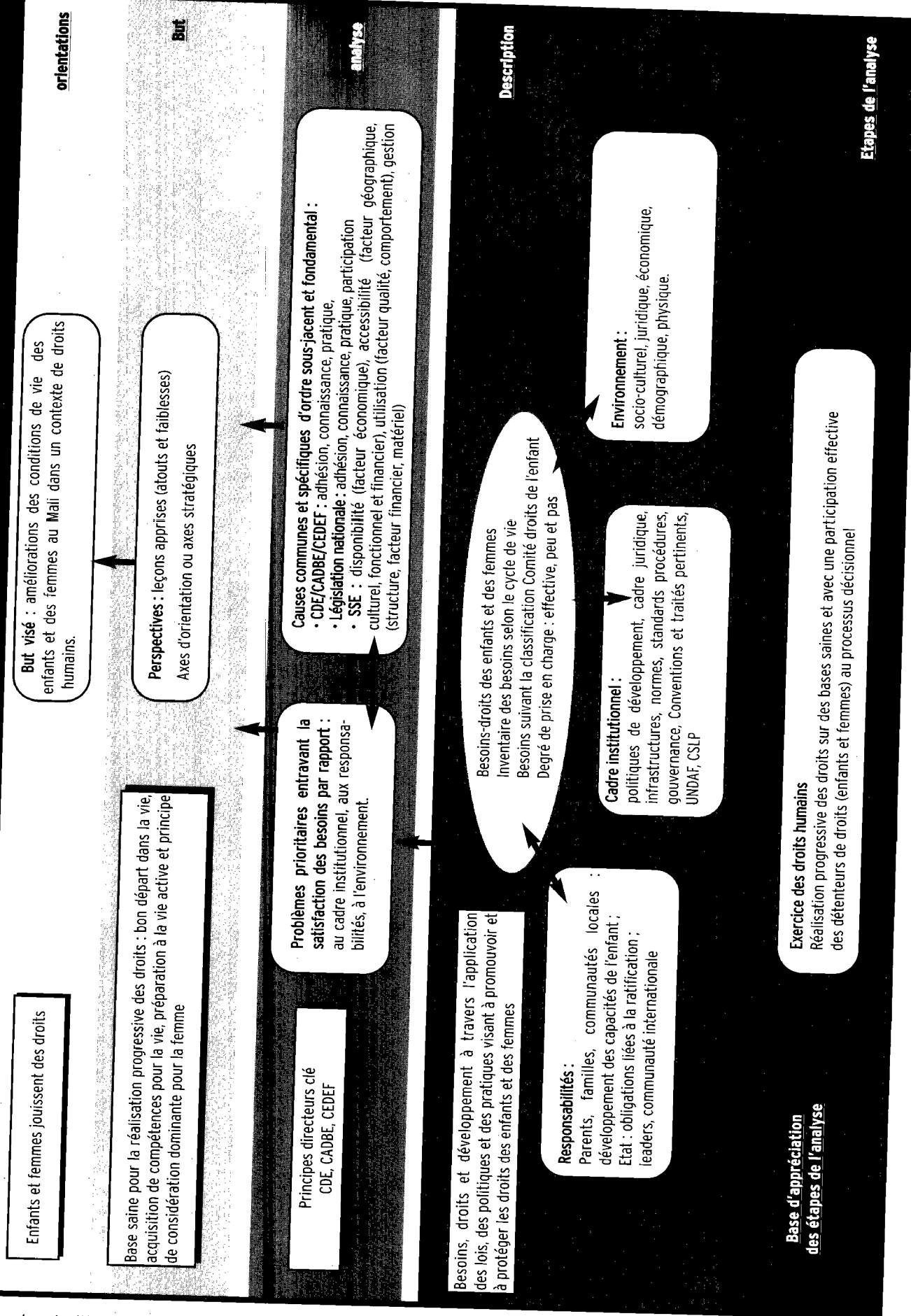
Selon la mission conjointe PNUD/HCDH (mars 2000), la situation du Mali est caractérisée par deux phénomènes : l'existence d'un arsenal normatif et institutionnel favorable aux droits de l'Homme et la persistance de nombreux obstacles à la jouissance effective de ces droits, aussi bien civils et politiques qu'économiques, sociaux et culturels, et au fonctionnement effectif des différentes institutions nationales œuvrant en ce domaine. Parmi les obstacles structurels à la jouissance et au respect effectifs des droits humains, la pauvreté joue un rôle déterminant, de même que le poids des traditions, particulièrement en ce qui concerne le statut de la femme et de l'enfant. Parmi les aspects normatifs, institutionnels et opérationnels, les obstacles relèvent principalement : 1) du non-respect des procédures conventionnelles internationales; 2) de la faiblesse des institutions nationales œuvrant dans le domaine des droits humains ; 3) de l'absence de coordination des activités et programmes en ce domaine.

Concernant la situation des femmes et des enfants, des progrès ont été enregistrés, mais des efforts importants sont encore nécessaires. Dans cette perspective, la création d'un ministère de la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille, et une plus grande implication des femmes dans la gestion des affaires publiques constituent des signaux forts (femmes ministres 31,8 %, élues à l'Assemblée nationale 12 %, Cour constitutionnelle 22,2 %, magistrates 11,1 %, ambassadeurs 9,1 %, Conseil communal 3,3 %). Des progrès sont également en cours en faveur des enfants. Toutefois, une attention accrue devra être portée à leur protection, plusieurs centaines d'entre eux travaillant dans des pays de la sous-région dans des conditions extrêmement pénibles.

Source : Bilan commun de pays, Mali, 2001.

Schéma n° 1 :

Schéma du cadre conceptuel



CHAPITRE 4

Définition des concepts concourant à l'inventaire des besoins spécifiques des enfants et des femmes

L'origine des droits individuels et les aspirations des enfants et des femmes à ces droits reposent sur les besoins. De nombreux droits individuels interdépendants et apparentés ont une origine liée aux besoins, notamment le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible, le droit à l'éducation ou le droit d'être protégé contre toutes les formes d'exploitation et de maltraitance. La CDE, CADBE et la CEDEF reconnaissent que les enfants et les femmes ont des besoins particuliers méconnus ou négligés par la société. Il s'agit là d'un état de fait qui est à la fois la cause et le résultat des formes particulières de discrimination imposées à ces groupes.

1. Besoins : définitions, catégories et types

Au terme de la recherche documentaire, plusieurs définitions des besoins ont été répertoriées :

- « Sentiment d'un manque, état d'insatisfaction portant un individu ou une collectivité à accomplir certains actes indispensables à la vie personnelle ou sociale, à désirer ce qui lui fait défaut. »
- « Ce qui est nécessaire, indispensable pour satisfaire ce désir personnel, pour répondre à cette nécessité sociale. »
- « Terme recouvrant la notion de pulsion (manifestation naturelle qui pousse l'individu à accomplir un acte) et celle du déficit biologique (qui suscite la manifestation extérieure de la pulsion). »
- « Ecart existant entre un état donné et un état idéal ou du moins acceptable. Cet état idéal suppose résolue la satisfaction des différents besoins, lesquels sont étroitement liés aux causes des problèmes. »

Parmi ces définitions, nous avons retenu la dernière qui nous a paru la plus opérationnelle.

On distingue deux catégories de besoins : les besoins réels sont identifiés par une analyse normative, ils ne relèvent pas nécessairement du domaine de la conscience des populations concernées. Les besoins ressentis, en

revanche, sont ceux reconnus par ceux qui les vivent en relation avec les représentations, les croyances et les valeurs qui leur sont propres sans référence à celles des étrangers.

On peut distinguer trois types de besoins ressentis :

- les besoins exprimés : les intéressés sont conscients des besoins (bien que ceux-ci puissent ne pas être considérés comme pertinents par les professionnels) et demandent assistance ;
- les besoins assumés : les intéressés ont fait preuve de leur capacité de mobilisation pour s'attaquer aux problèmes avec leurs propres moyens ;
- les besoins à évaluer et à découvrir : les intéressés ressentent un problème mais ignorent ses causes et ses solutions.

2. Cycle de vie

Le cycle de vie répartit les cibles comme suit :

- Jeune enfance, 0 à 8 ans : bon départ dans la vie (il s'agit de la petite enfance et de son prolongement) ;
- Enfance, 6-13 ans : acquisition d'une éducation de base de bonne qualité ;
- Adolescence, 13-18 ans : préparation à la vie active ;
- Femmes de 18 à 49 ans.

L'interpénétration des cycles de vie s'explique par la difficulté liée à l'indivisibilité et à la transversalité des droits et par les liens de causalité entre cycles de vie.

L'analyse en termes de cycle de vie repose sur une vision holistique de l'enfant considéré comme sujet de droit à part entière. Elle plaide pour une approche intégrée des actions en sa faveur, actions qui bénéficieront des interventions complémentaires de la famille, de la communauté et des organismes offrant des services publics. Ces interventions, loin d'être des actions de charité ou de simple bienveillance, constituent un devoir vis-à-vis de l'enfant pour le respect de son intérêt supérieur jusqu'au terme de ses 18 ans.

« *L'interpénétration des cycles de vie s'explique par la difficulté liée à l'indivisibilité et à la transversalité des droits et par les liens de causalité entre cycles de vie* »

« **L'intérêt supérieur de l'enfant (article 3) doit être « une considération primordiale » dans toutes les décisions qui concernent les enfants** »

2.A Approche de la classification du Comité des droits de l'enfant

Le Comité des droits de l'enfant a regroupé comme suit les sujets traités par les articles de la CDE afin de faciliter l'évaluation de la situation des enfants. Nous avons convenu de traiter la situation des femmes à partir de 18 ans à travers la CEDEF suivant la même classification. Les regroupements effectués par le Comité des droits de l'enfant sont bien distincts et peuvent facilement être nommés tout en couvrant la totalité des droits sans redondance ni omission. Fort de ce constat, nous avons convenu de les appeler « catégories de droits ».

Les droits, caractérisés par leur interdépendance, leur indivisibilité et leur transversalité, soumettent le traitement de chaque article à deux considérations majeures qui sont les articles étroitement liés au sujet traité et les principes généraux. Cette vision holistique recommande le recours à une approche intégrée et progressive dans les interventions, de manière à assurer l'exercice intégral des droits par les enfants et les femmes.

Principes généraux

Le principe de non-discrimination (article 2).

Signifie que tout enfant a le même droit à développer son potentiel. L'établissement de catégories analytiques, telles que le sexe, l'incapacité (handicap, juridique, etc.), les groupes d'âge, les zones géographiques ou toute autre caractéristique, permet de définir le type de discrimination dont sont victimes les enfants et les femmes et d'en déterminer les causes.

L'intérêt supérieur de l'enfant (article 3). Doit être « une considération primordiale » dans toutes les décisions qui concernent les enfants. La CEDEF comporte un principe similaire à un niveau encore plus élevé : le principe de « considération dominante ». Le « principe de l'intérêt supérieur de l'enfant » constitue une base pour l'évaluation des lois et des politiques, des programmes et des pratiques des Etats parties à la Convention sous l'angle de la protection accordée à l'enfant. A cet égard, le principe de « l'intérêt supérieur » justifie la nécessité de protéger les services de base destinés aux enfants et aux femmes en tout temps, y compris en temps de

guerre ou pendant les périodes d'ajustement structurel et autres réformes économiques. Il s'agira, dans le cadre de notre analyse de situation, de vérifier si la CDE et la CEDEF ont servi de repères et de guides pour définir l'orientation du changement. Déterminer ce qui constitue « l'intérêt supérieur de l'enfant » dans un contexte socioculturel donné constitue un défi majeur. Lorsqu'une société traditionnelle est confrontée à de nouveaux concepts, il en résulte un bouleversement du système de valeurs qui n'est pas forcément à l'avantage des enfants.

Le droit à la vie, à la survie et au développement (article 6).

Les enfants ont un droit inhérent à la vie, à la survie et au développement. A cet égard, il est essentiel de tenir compte de la question de l'accessibilité, qui vise à garantir le droit aux services de base, à l'égalité des chances de tous les individus de s'épanouir aussi pleinement que possible. Ce principe repose, entre autres, sur une justice distributive qui suppose l'adoption de mesures positives garantissant que les politiques couvrent véritablement tous les secteurs de la société.

L'opinion de l'enfant (article 12). L'opinion et la voix de l'enfant doivent être entendues et respectés. Ce principe est étroitement lié à l'intérêt supérieur de l'enfant.

Articles étroitement liés à l'examen des catégories issues de la classification du Comité des droits de l'enfant

Droit à la santé et au bien-être (6, 18, 23, 24 et 27).

La santé, état de complet bien-être physique, mental et social – et non pas simplement absence de maladies ou d'infirmités –, est un droit fondamental de l'être humain. L'accession au niveau de santé le plus élevé possible est un objectif social important qui suppose la participation de nombreux secteurs socio-économiques autres que celui de la santé. Le droit inhérent à la vie, à la santé et au bien-être est reconnu à travers les articles 6, 18, 23, 24 et 27. Cependant, le caractère d'interdépendance et d'indivisibilité des droits exige le recours aux articles étroitement liés dans le traitement de chacun de ces cinq articles.

• **Article 6 :** « Droit à la vie, à la survie et au développement ».

Il est identifié comme un principe général pertinent pour l'application d'ensemble de la Convention. Les articles étroitement liés à son examen sont : l'article 37a, qui interdit la peine capitale, et les articles 18, 24, 27, 28, 29 et 31, qui sont particulièrement liés au droit de l'enfant au développement.

• **Article 18** : « Responsabilité commune des parents et aide de l'Etat ».

Sont directement concernés : l'article 3.2 : soutien de l'Etat pour les enfants ; l'article 5 : responsabilités parentales et développement des capacités de l'enfant ; l'article 10 : réunification familiale ; l'article 16 : protection contre les immixtions arbitraires dans la vie privée de l'enfant, sa famille et son domicile, et enfin l'article 27 : obligation des parents et de l'Etat d'assurer un niveau de vie adéquat à l'enfant.

• **Article 23** : « Droits des enfants handicapés ».

Afin de donner aux enfants handicapés des chances égales d'exercer leurs droits, ce sont tous les articles de la Convention qui sont à prendre en considération.

• **Article 24** : « Droit à la santé et aux services de santé ».

Les articles étroitement liés à son examen sont l'article 5 : orientation des parents et évolution des capacités de l'enfant ; l'article 17 : accès à une information appropriée et rôle des médias ; l'article 18 : responsabilité des parents et assistance de l'Etat ; l'article 19 : protection contre toute forme de violence ; l'article 23 : droits des enfants handicapés ; l'article 25 : droit à une révision périodique du traitement ; l'article 27 : droit à un niveau de vie suffisant ; l'article 28 : droit à l'éducation ; l'article 29 : objectifs de l'éducation ; les articles 32-36 : protection contre diverses formes d'exploitation, et l'article 39 : réadaptation et réinsertion des enfants victimes de violences.

• **Article 27** : « Droit à un niveau de vie suffisant ».

Sont liés l'article 3.2 : l'Etat doit assurer à l'enfant la protection et les soins nécessaires en tenant compte des droits des parents ; l'article 5 : responsabilités parentales et développement des capacités de l'enfant ; l'article 18 : les parents ont une responsabilité commune, l'Etat leur accorde une aide ; l'article 24 : droit à la santé et aux services de santé, et l'article 26 : droit à la sécurité sociale.

Droit à l'éducation, aux loisirs et aux activités culturelles (articles 28, 29, 30 et 31).

L'éducation ne se limite pas à l'enseignement donné à l'école. Elle désigne le processus global de la société par lequel les personnes et les groupes sociaux apprennent à assurer consciemment, à l'intérieur de la communauté nationale et internationale et au bénéfice de celle-ci, le développement intégral de leur personnalité, de leurs capacités, de leurs attitudes, de leurs aptitudes et de leur savoir.

Le droit inhérent à l'éducation, aux loisirs et aux activités culturelles est reconnu à travers les articles 28, 29, 30, 31. Cependant, en raison de l'interdépendance et de l'indivisibilité des droits, il importe de se référer aux articles connexes dans le traitement de chacun de ces quatre articles.

• **Article 28** : « Droit à l'éducation ».

Les articles particulièrement pertinents sont l'article 13 : liberté d'expression ; l'article 14 : liberté de pensée, de conscience et de religion ; l'article 15 : liberté d'association ; l'article 16 : protection de la vie privée ; l'article 17 : accès à l'information et rôle des médias ; l'article 19 : protection contre toute forme de violence ; l'article 23 : enfants handicapés ; l'article 24 : santé, y compris l'éducation sanitaire ; l'article 29 : objectifs de l'éducation ; l'article 30 : enfants de minorités ou de populations autochtones ; l'article 31 : repos, loisirs, jeu, activités récréatives et culturelles, et l'article 32 : travail des enfants.

• **Article 29** : « Objectifs de l'éducation ».

Sont liés l'article 13 : liberté d'expression ; l'article 14 : liberté de pensée, de conscience et de religion ; l'article 15 : liberté d'association ; l'article 16 : protection de la vie privée ; l'article 17 : accès à l'information et rôle des médias ; l'article 24 : santé, y compris l'éducation sanitaire ; l'article 28 : droit à l'éducation ; l'article 30 : enfants de minorités ou de populations autochtones ; l'article 31 : repos, loisirs, jeu, activités récréatives et culturelles ; l'article 33 : protection contre la consommation de la drogue, et l'article 38 : les enfants et les conflits armés.

• **Article 30** : « Enfants de minorités ou de populations autochtones ».

Les articles concernés sont l'article 5 : respect des responsabilités de la famille élargie ou de la communauté à l'égard de l'enfant ; l'article 8 : droit à la protection de l'identité ; l'article 16 : protection contre les immixtions

« La santé, état de complet bien-être physique, mental et social – et non pas simplement absence de maladies ou d'infirmités –, est un droit fondamental de l'être humain »

« *L'éducation [...] désigne le processus global de la société par lequel les personnes et les groupes sociaux apprennent à assurer consciemment, à l'intérieur de la communauté nationale et internationale et au bénéfice de celle-ci, le développement intégral de leur personnalité, de leurs capacités, de leurs attitudes, de leurs aptitudes et de leur savoir* »

arbitraires dans sa famille et son domicile ; l'article 20 : maintenir la continuité sur les plans ethnique, religieux, culturel et linguistique pour l'enfant placé hors de son milieu familial ; l'article 21 : l'adoption internationale ne doit être envisagée que si l'enfant ne peut être élevé dans son pays ; l'article 22 : protection spéciale pour les enfants réfugiés ; l'article 24 : protection contre les pratiques traditionnelles préjudiciables à la santé ; l'article 28 : l'éducation doit être dispensée sur la base de l'égalité des chances ; l'article 29 : l'éducation doit viser au développement du respect de toutes les cultures et de l'amitié entre les peuples, et l'article 40 : droit à un interprète dans le système de justice pour mineurs.

• **Article 31** : « Droit aux loisirs, aux activités récréatives et culturelles ».

Sont étroitement liés à son examen l'article 13 : liberté d'expression ; l'article 14 : liberté de pensée, de conscience et de religion ; l'article 15 : liberté d'association ; l'article 16 : protection de la vie privée ; l'article 17 : accès à l'information et rôle des médias ; l'article 28 : objectifs de l'éducation ; l'article 30 : respect de la culture des minorités ou des peuples autochtones ; l'article 32 : travail des enfants, et l'article 36 : protection contre l'exploitation.

Droits civils et libertés (articles 7, 8, 13, 14, 15, 16, 17 et 37). Le concept de droits civils et libertés renvoie à un processus par lequel l'Etat, les parents ou, le cas échéant, les membres de la famille élargie ou de la communauté, comme prévu par la coutume locale, les tuteurs ou autres personnes légalement responsables de l'enfant, doivent assurer à celui-ci un nom et une nationalité, la préservation de son identité, la protection de sa vie privée, l'accès à une information appropriée et la protection contre les maltraitances. En outre, ils doivent donner à l'enfant, en phase avec le développement de ses capacités, l'orientation et les conseils appropriés à l'exercice de la liberté d'expression, de pensée, de conscience, de religion, d'association et de réunion pacifique.

Les droits civils et libertés sont reconnus à travers les articles 7, 8, 13, 14, 15, 16, 17 et 37. Cependant, du fait de l'interdépendance et de l'indivisibilité des droits, il convient de prendre en compte les articles étroitement liés dans le traitement de chacun des ces huit articles.

• **Article 7** : « Enregistrement de la naissance et droits connexes ».

Doivent être pris en compte l'article 5 : conseils des parents et évolution des capacités de l'enfant ; l'article 8 : protection de l'identité de l'enfant ; l'article 9 : non-séparation d'avec les parents sauf si c'est nécessaire dans l'intérêt supérieur de l'enfant ; l'article 10 : réunification familiale internationale ; l'article 11 : protection contre les déplacements et les non-retours illicites d'enfants à l'étranger ; l'article 16 : protection contre les immixtions arbitraires dans la vie privée, la famille et le domicile de l'enfant ; l'article 18 : les parents ont une responsabilité commune ; l'article 20 : enfants privés de leur milieu familial ; l'article 21 : adoption ; l'article 22 : enfants réfugiés ; l'article 30 : enfants de minorités ou de populations autochtones, et l'article 35 : prévention de la vente, la traite et l'enlèvement d'enfants.

• **Article 8** : « Préservation de l'identité ».

Les articles connexes sont l'article 7 : enregistrement à la naissance, droit à un nom et à une nationalité et droit de connaître ses parents et d'être élevé par eux ; l'article 9 : non-séparation d'avec les parents sauf si c'est nécessaire dans l'intérêt supérieur de l'enfant ; l'article 10 : réunification familiale internationale ; l'article 11 : protection contre les déplacements et les non-retours illicites d'enfants à l'étranger ; l'article 16 : protection contre les immixtions arbitraires dans la vie privée, la famille et le domicile de l'enfant, l'article 18 : les parents ont une responsabilité commune ; l'article 20 : enfants privés de leur milieu familial ; l'article 21 : adoption, l'article 22 : enfants réfugiés ; l'article 30 : enfants de minorités ou de populations autochtones, et l'article 35 : prévention de la vente, de la traite et de l'enlèvement d'enfants.

• **Article 13** : « Droit à la liberté d'expression ».

Les articles étroitement liés à son examen sont l'article 15 : liberté d'association ; l'article 17 : accès à l'information appropriée, rôle des médias ; l'article 29 : objectifs de l'éducation ; l'article 30 : droits culturels, religieux et linguistiques des enfants de minorités et de communautés autochtones, et l'article 31 : droit de l'enfant au jeu, aux loisirs et à participer à la vie culturelle et artistique.

• **Article 14** : « Droit à la liberté de pensée, de conscience et de religion ».

Les articles étroitement liés à son examen sont l'article 8 : préservation de l'identité ; l'article 13 : liberté d'expression ; l'article 15 : liberté d'association ; l'article 17 : accès à une information appropriée ; l'article 20 : protection de remplacement continuité de la religion et de la culture ; les articles 28 et 29 : droits à l'éducation et objectifs de l'éducation ; l'article 30 : enfants de minorités ou de populations autochtones, et l'article 37 : restriction de liberté et liberté religieuse.

• **Article 15** : « Droit à la liberté d'association et de réunion pacifique ».

Sont concernés l'article 13 : liberté d'expression ; l'article 14 : liberté de pensée, de conscience et de religion ; l'article 29 : objectifs de l'éducation ; l'article 31 : droit de l'enfant au jeu, aux loisirs et à participer à la vie culturelle et artistique ; l'article 32 : droit de l'enfant d'adhérer à un syndicat, et l'article 37 : restriction de liberté et liberté d'association.

• **Article 16** : « Droit au respect de la vie privée ».

Les articles à prendre particulièrement en compte sont l'article 8 : protection de l'identité ; l'article 9 : respect de la vie privée dans les affaires concernant le droit de la famille ; l'article 17 : rôle des médias ; l'article 19 : respect de la vie privée des victimes de violences ; l'article 20 : respect de la vie privée des enfants bénéficiant d'une protection de remplacement, et l'article 40 : interdiction d'identifier les enfants concernés par le système de justice pour mineurs.

• **Article 17** : « Accès à l'information ».

Les articles clés sont : l'article 5 : orientation parentale ; l'article 9 : couverture des affaires relatives aux droits de la famille – respect de la vie privée de l'enfant ; l'article 13 : droit à la liberté d'expression ; l'article 16 : droit de l'enfant à la protection de sa vie privée ; l'article 18 : la responsabilité de l'enfant revient au premier chef à ses parents ; l'article 19 : couverture des cas de violence et de mauvais traitements – respect de la vie privée des victimes ; l'article 24 : promotion de la santé et de l'éducation sanitaire ; l'article 29 : objectifs de l'éducation ; l'article 30 : droits des enfants des minorités et des communautés autochtones de jouir de leur culture, de leur religion et de leur langue propre ; l'article 31 : droit de l'enfant au jeu, aux loisirs et à participer à vie culturelle et artistique ; l'article 34 : rôle des médias pour lutter contre

l'exploitation sexuelle, y compris la pornographie infantile ; l'article 36 : autres formes d'exploitation par les médias ; l'article 40 : couverture des cas relatifs à la justice pour mineurs – respect de la vie privée de l'enfant ; l'article 42 : faire largement connaître la Convention aux enfants et aux adultes.

• **Article 37** : « Torture, traitements dégradants et privation de liberté ».

Les articles déterminants sont l'article 19 : protection contre toutes les formes de violences ; l'article 20 : protection de remplacement ; l'article 22 : enfants réfugiés ; l'article 24 : restriction de liberté dans le service de santé ; l'article 25 : révision périodique du placement/traitement ; l'article 34 : protection contre l'exploitation sexuelle ; l'article 38 : enfants dans les conflits armés ; l'article 39 : réadaptation des enfants victimes de la torture, et l'article 40 : justice pour mineurs.

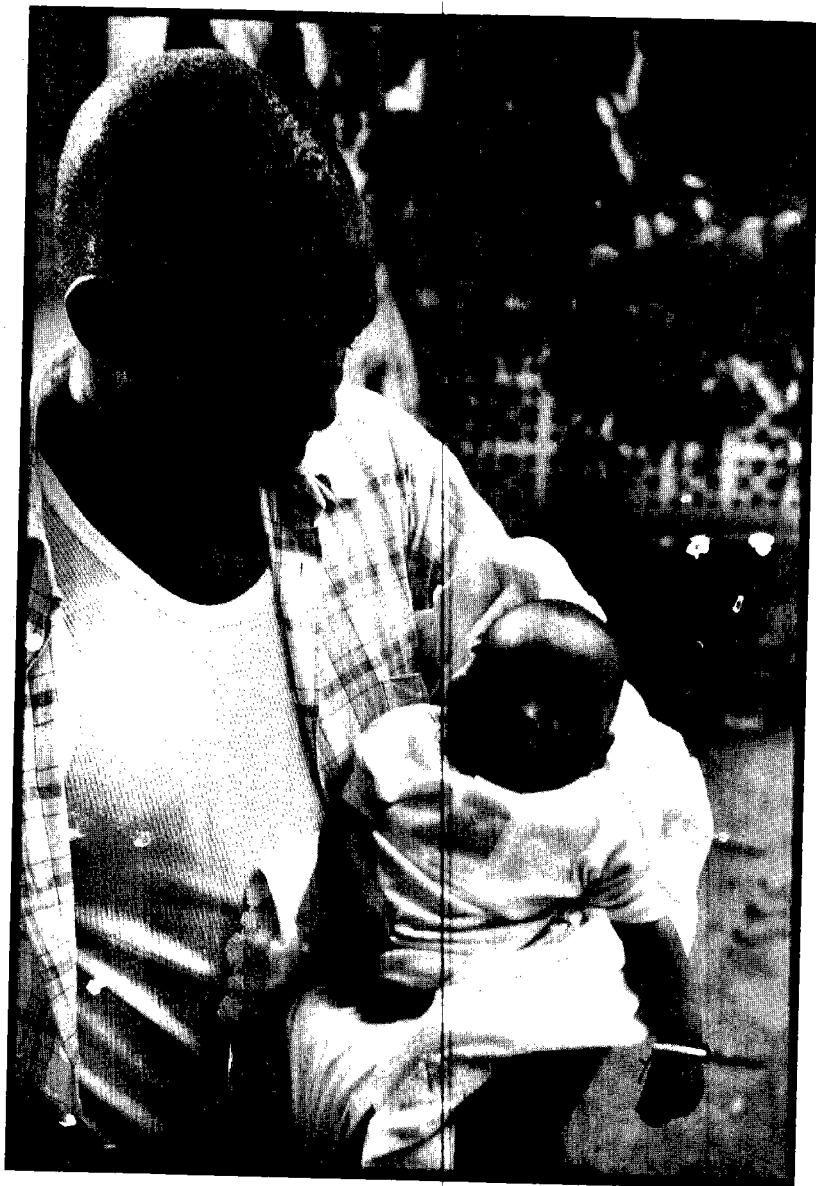
Droit des enfants et de leur famille (articles 5, 9, 10, 11, 18, 19, 20, 21 et 25). La famille, unité fondamentale de la société et milieu naturel pour la croissance et le bien-être de tous ses membres, en particulier les enfants, doit recevoir la protection et l'assistance dont elle a besoin pour pouvoir jouer pleinement son rôle dans la communauté.

On entend par enfant tout être humain âgé de moins de 18 ans, sauf si la majorité est atteinte plus tôt en vertu de la législation qui lui est applicable (ce qui signifie que l'enfant est un sujet de droit). Au Mali, cette majorité civile est fixée à 18 ans révolus.

Le droit des enfants et de leur famille est l'ensemble des mécanismes sociaux⁷ et des dispositifs juridiques⁸ permettant aux parents et, le cas échéant, à la famille élargie, aux tuteurs ou aux autres personnes légalement responsables de l'enfant, en tenant compte du devoir d'assistance de l'Etat, d'assurer à l'enfant l'épanouissement harmonieux de sa personnalité dans un climat de bonheur, d'amour et de compréhension, et de l'élever dans l'esprit des idéaux de paix, de dignité, de tolérance, de liberté, d'égalité et de solidarité. Il s'agit, au sein d'un milieu familial, y compris de protection de remplacement, de préparer pleinement l'enfant à avoir une vie individuelle dans la société, et, le cas échéant, d'assurer sa réadaptation physique, psychologique et sa réinsertion sociale. Les droits des enfants et de leur famille sont reconnus à travers les articles 5, 9, 10, 11, 18, 19, 20, 21 et 25.

« Le droit des enfants et de leur famille est l'ensemble des mécanismes sociaux et des dispositifs juridiques permettant aux parents et, le cas échéant, à la famille élargie, aux tuteurs ou aux autres personnes légalement responsables de l'enfant, en tenant compte du devoir d'assistance de l'Etat, d'assurer à l'enfant l'épanouissement harmonieux de sa personnalité dans un climat de bonheur, d'amour et de compréhension, et de l'élever dans l'esprit des idéaux de paix, de dignité, de tolérance, de liberté, d'égalité et de solidarité »

« On entend par enfant tout être humain âgé de moins de 18 ans, sauf si la majorité est atteinte plus tôt en vertu de la législation qui lui est applicable (ce qui signifie que l'enfant est un sujet de droit) »



Cependant, compte tenu de l'interdépendance et de l'indivisibilité des droits, il est impératif de recourir aux articles étroitement liés dans le traitement de chacun de ces neuf articles.

• **Article 5** : « Conseils des parents et développement des capacités de l'enfant ».

Les articles étroitement liés à son examen sont l'article 1er : la définition de l'enfant dans la législation et la pratique doit tenir compte du « développement de ses capacités », et l'article 18 : les responsabilités des parents et l'aide de l'Etat aux parents pour élever leurs enfants.

• **Article 9** : « Séparation d'avec les parents ».

Les articles connexes sont l'article 7 : enregistrement à la naissance, droit à un nom et à une nationalité, et droit de connaître ses parents et d'être élevé par eux ; l'article 8 :

droit à la protection de l'identité, y compris des relations familiales ; l'article 10 : réunification familiale internationale ; l'article 11 : protection contre les déplacements et les non-retours illicites d'enfants à l'étranger ; l'article 16 : protection contre les immixtions arbitraires dans la vie privée, la famille et le domicile de l'enfant ; l'article 18 : les parents ont une responsabilité commune ; l'article 20 : enfants privés de leur milieu familial ; l'article 21 : adoption ; l'article 22 : enfants réfugiés ; l'article 24 : services de santé ; l'article 25 : révision périodique du placement de l'enfant par l'Etat ; l'article 35 : prévention de la vente, de la traite et de l'enlèvement d'enfants ; l'article 37 : privation de liberté, et l'article 40 : administration de la justice des mineurs.

• **Article 10** : « Réunification familiale ».

Sont à considérer en particulier l'article 5 : droits et responsabilités des parents et développement des capacités de l'enfant ; l'article 7 : enregistrement à la naissance, droit à un nom et à une nationalité, et droit de connaître ses parents et d'être élevé par eux ; l'article 8 : droit à la protection de l'identité, y compris des relations familiales ; l'article 9 : non-séparation d'avec les parents, sauf si c'est nécessaire dans l'intérêt supérieur de l'enfant ; l'article 11 : protection contre les déplacements et les non-retours illicites d'enfants à l'étranger ; l'article 16 : protection contre les immixtions arbitraires dans la vie privée, la famille et le domicile de l'enfant ; l'article 18 : les parents ont une responsabilité commune ; l'article 22 : enfants réfugiés, et l'article 35 : prévention de la vente, de la traite et de l'enlèvement d'enfants.

• **Article 11** : « Déplacement et non-retour illicites ».

Les articles liés sont l'article 7 : enregistrement à la naissance, droit à un nom et à une nationalité, et droit de connaître ses parents et d'être élevé par eux ; l'article 8 : droit à la préservation de l'identité, y compris des relations familiales ; l'article 9 : non-séparation d'avec les parents sauf si c'est nécessaire dans l'intérêt supérieur de l'enfant ; l'article 10 : droit à la réunification familiale internationale ; l'article 16 : protection contre les immixtions arbitraires dans la vie privée, la famille et le domicile de l'enfant ; l'article 18 : les parents ont une responsabilité commune, et l'article 35 : prévention de la vente, de la traite et de l'enlèvement d'enfants.

• **Article 18 :** « Responsabilité commune des parents et aide de l'Etat ».

Sont à considérer l'article 3.2 : soutien de l'Etat aux enfants ; l'article 5 : responsabilités parentales et développement des capacités de l'enfant ; l'article 9 : non-séparation d'avec les parents sauf si c'est nécessaire dans l'intérêt supérieur de l'enfant ; l'article 10 : réunification familiale internationale ; l'article 16 : protection contre les immixtions arbitraires dans la vie privée, la famille et le domicile de l'enfant, et l'article 27 : obligation des parents et de l'Etat d'assurer un niveau de vie adéquat à l'enfant.

• **Article 19 :** « Droit à la protection contre toute forme de violence ».

Les articles étroitement liés à son examen sont l'article 9 : séparation d'avec les parents en cas de mauvais traitements ou d'abandon ; l'article 18 : responsabilités des parents ; l'article 20 : protection de remplacement ; l'article 24.3 : protection de l'enfant contre les pratiques traditionnelles nuisibles ; l'article 25 : révision périodique du placement ou du traitement ; l'article 28.2 : discipline scolaire sans violence ; l'article 34 : protection contre l'exploitation sexuelle ; l'article 37 : protection contre la torture et les peines et traitements inhumains ou dégradants ; l'article 38 : enfants dans les conflits armés, et l'article 39 : mesures de réadaptation pour les victimes de violences.

• **Article 20 :** « Enfants privés de leur milieu familial ».

Doivent être pris en compte l'article 3.2 et 3.3 : obligation de l'Etat d'assurer à l'enfant une protection et des soins ainsi que de garantir des normes semblables dans tous les placements et les services pour enfants ; l'article 7 : droit de connaître ses parents et d'être élevé par eux ; l'article 8 : préservation de l'identité de l'enfant ; l'article 9 : non-séparation d'avec les parents sauf si c'est nécessaire dans l'intérêt supérieur de l'enfant ; l'article 16 : protection contre les immixtions arbitraires dans la vie privée, la famille et le domicile de l'enfant ; l'article 18 : les parents ont au premier chef et en commun la responsabilité de l'enfant avec une aide appropriée de l'Etat ; l'article 21 : adoption ; l'article 22 : enfants réfugiés ; l'article 25 : révision périodique du placement, et l'article 30 : enfants de minorités ou de populations autochtones.

• **Article 21 :** « Adoption »

Les articles pertinents sont l'article 5 : orientation des parents et évolution des capa-

cités de l'enfant ; l'article 7 : droit de connaître ses parents et d'être élevé par eux ; l'article 8 : préservation de l'identité de l'enfant ; l'article 9 : non-séparation d'avec les parents sauf si c'est nécessaire dans l'intérêt supérieur de l'enfant ; l'article 10 : réunification familiale ; l'article 11 : protection contre les déplacements et les non-retours illicites ; l'article 16 : protection contre les immixtions arbitraires dans la vie privée, la famille et le domicile de l'enfant ; l'article 18 : les parents ont une responsabilité commune ; l'article 20 : enfants privés de leur milieu familial ; l'article 25 : révision périodique du placement, et l'article 35 : prévention de l'enlèvement, de la vente et de la traite d'enfants.

• **Article 25 :** « Droit à un réexamen périodique du traitement ».

Les articles connexes sont l'article 20 : enfants privés de leur milieu familial ; l'article 21 : adoption ; l'article 22 : enfants réfugiés ; l'article 23 : enfants handicapés ; l'article 24 : services de santé ; l'article 28 : services éducatifs ; l'article 37 : privation de liberté ; l'article 39 : mesures de réadaptation, et l'article 40 : administration de la justice des mineurs.

Droit à des mesures spéciales de protection (articles 22, 30, 32, 33, 34, 35, 37, 39 et 40)

La catégorie de droits relative aux mesures spéciales de protection vient en correction des dysfonctionnements constatés dans l'application des autres catégories de droits, à savoir : « Santé et bien-être », « Education, loisirs et activités culturelles », « Droits civils et libertés », « Enfants et familles ».

Elle porte sur l'obligation pour l'Etat, les parents, et, le cas échéant, la famille élargie, les tuteurs ou autres personnes légalement responsables de l'enfant, de mettre en place les dispositifs juridiques et sociaux visant la prévention des dysfonctionnements constatés dans l'application des autres droits et la réparation des préjudices subséquents (réadaptation physique, psychologique et réinsertion sociale) au bénéfice des enfants⁹ ayant besoin de mesures spéciales de protection.

Le droit à des mesures spéciales de protection est reconnu à travers les articles 22, 30, 32, 33, 34, 35, 37, 39 et 40. Ici également, le caractère d'interdépendance et d'indivisibilité des droits exige le recours aux articles étroitement liés dans le traitement de chacun des neuf articles mentionnés.

**« L'investissement
dans
le jeune enfant
est le meilleur
moyen
de briser
la chaîne
de transmission
de la pauvreté »**

« La catégorie de droits relative aux mesures spéciales de protection vient en correction des dysfonctionnements constatés dans l'application des autres catégories de droits »

• Article 22 : « Enfants réfugiés ».

Les articles étroitement liés à son examen sont l'article 7 : droit de l'enfant à une nationalité et droit de connaître ses parents et d'être élevé par eux ; l'article 8 : préservation de l'identité de l'enfant ; l'article 9 : non-séparation d'avec les parents sauf si c'est nécessaire dans l'intérêt supérieur de l'enfant ; l'article 10 : réunification familiale internationale ; l'article 16 : protection contre les immixtions arbitraires dans la vie privée, la famille et le domicile de l'enfant ; l'article 20 : enfants privés de leur milieu familial ; l'article 30 : enfants de minorités ou de populations autochtones ; l'article 37 : privation de liberté, mesure de dernier ressort ; l'article 38 : enfants dans les conflits armés, et l'article 39 : mesures de réadaptation.

• Article 30 : « Enfants de minorités ou de populations autochtones ».

Les articles liés sont l'article 5 : respect des responsabilités de la famille élargie ou de la communauté à l'égard de l'enfant ; l'article 8 : droit à la protection de l'identité ; l'article 16 : protection contre les immixtions arbitraires dans la vie privée, la famille et le domicile de l'enfant ; l'article 20 : maintenir la continuité sur les plans ethnique, religieux, culturel et linguistique pour l'enfant placé hors de son milieu familial ; l'article 21 : l'adoption internationale ne doit être envisagée que si l'enfant ne peut être élevé dans son propre pays ; l'article 22 : protection spéciale pour les enfants réfugiés ; l'article 24 : protection contre les pratiques traditionnelles préjudiciables à la santé ; l'article 28 : l'éducation doit être dispensée sur la base de l'égalité des chances ; l'article 29 : l'éducation doit viser au développement du respect de toutes les cultures et de l'amitié entre les peuples, et l'article 40 : droit à un interprète dans le système de justice pour mineurs.

• Article 32 : « Travail des enfants ».

Les articles concernés sont l'article 15 : liberté d'association (syndicats) ; l'article 27 : niveau de vie adéquat ; l'article 28 : droit à l'éducation ; l'article 31 : droit aux loisirs, aux jeux et aux activités récréatives et culturelles ; l'article 33 : production illicite et trafic de drogues ; l'article 34 : exploitation sexuelle ; l'article 35 : enlèvement, vente et traite d'enfants ; l'article 36 : autres formes d'exploitation, et l'article 39 : réadaptation des enfants victimes.

• Article 33 : « Enfants et drogues ».

Sont à prendre en considération l'article 17 : médias, diffusion de l'information ; l'article 19 : protection contre toute forme de mauvais traitements perpétrés par les parents ou toute personne à qui l'enfant est confié ; l'article 24 : santé et services de santé ; l'article 29 : éducation pour préparer les enfants aux responsabilités de la vie dans une société libre ; l'article 32 : protection contre l'exploitation économique et le travail comportant des risques ; l'article 37 : protection des enfants privés de liberté, et l'article 39 : réadaptation.

• Article 34 : « Exploitation sexuelle des enfants ».

Les articles connexes à prendre en compte sont l'article 18 : responsabilités parentales ; l'article 19 : protection contre toutes formes de mauvais traitements ; l'article 20 : protection de remplacement ; l'article 22 : enfants réfugiés ; l'article 23 : enfants handicapés ; l'article 24 : santé et services de santé ; l'article 27 : niveau de vie suffisant ; l'article 28 : droit à l'éducation ; l'article 32 : travail des enfants ; l'article 33 : abus de drogues ; l'article 35 : enlèvement, vente et traite d'enfants ; l'article 38 : conflits armés, et l'article 39 : réadaptation des enfants victimes.

• Article 35 : « Enlèvement, vente et traite d'enfants ».

Les articles liés sont l'article 8 : préservation de l'identité de l'enfant ; l'article 11 : protection contre les déplacements et non-retours illicites ; l'article 16 : protection contre les immixtions arbitraires dans la vie privée, la famille et le domicile de l'enfant ; l'article 20 : enfants sans famille ; l'article 21 : adoption ; l'article 32 : travail des enfants ; l'article 33 : toxicomanie et trafic de drogues ; l'article 34 : exploitation sexuelle ; l'article 36 : autres formes d'exploitation, et l'article 39 : réadaptation des enfants victimes.

• Article 37 : « Torture, traitements dégradants et privation de liberté ».

Sont liés l'article 19 : protection contre toutes les formes de violence ; l'article 20 : protection de remplacement ; l'article 22 : enfants réfugiés ; l'article 24 : restriction de liberté dans les services de santé ; l'article 25 : révision périodique du placement/traitement ; l'article 34 : protection contre l'exploitation sexuelle ; l'article 38 : conflits armés ; l'article 39 : réadaptation pour les

victimes de la torture, etc., et l'article 40 : justice pour mineurs.

- Article 39 : « Réadaptation des enfants victimes ».

Les articles concernés sont l'article 19 : protection contre toute forme de violence ; l'article 22 : enfants réfugiés ; l'article 32 : travail des enfants ; l'article 33 : toxicomanie ; l'article 34 : exploitation sexuelle ; l'article 35 : enlèvement, vente et traite d'enfants ; l'article 36 : autres formes d'exploitation ; l'article 37 : torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants ; l'article 38 : conflits armés, et l'article 40 : justice pour mineurs.

- Article 40 : « Administration de la justice des mineurs ».

Sont à prendre en compte l'article 16 : droit à la vie privée ; l'article 19 : protection contre toute forme de violence ; l'article 20 : protection de remplacement ; l'article 25 : révision périodique du placement/traitement ; l'article 37 : interdiction de la peine capitale et de l'emprisonnement à vie, limites à la privation de liberté, etc., l'article 38 : conflits armés, et l'article 39 : réadaptation pour les victimes.



Inventaire des besoins spécifiques des enfants et des femmes

selon le cycle de vie et les catégories de droits

« Les activités d'éveil de type préscolaire, qui préparent à l'apprentissage scolaire, coûtent moins cher que les efforts tendant à abaisser les taux élevés d'abandon et de redoublement des premières années du primaire et favorisent le développement des potentialités de l'enfant pour l'amener à devenir un adulte préparé pour la vie »

1. Jeune enfant (0 à 8 ans) : bon départ dans la vie

Quatre des cinq catégories de droits (droits à la santé et bien-être ; éducation, loisirs et activités culturelles ; droits civils et libertés ; droits des enfants et de leur famille) issus de la classification du Comité des droits de l'enfant importent particulièrement pour cette tranche d'âge. A ce stade, les besoins de protection spéciale se confondent avec le droit des enfants et de leur famille. On note également une forte concentration des besoins.

Les premières années représentent une période cruciale quant au droit de l'enfant de se développer « au maximum de ses potentialités ». Ce développement, qui est d'ordre physique et physiologique, et comprend l'éveil de l'intelligence, la formation de la personnalité et du comportement social, apporte des garanties pour un « bon départ dans la vie », ce qui corrobore l'hypothèse de la haute rentabilité de l'investissement dans la petite enfance. A titre d'illustration : la prévention en matière de santé réduit le coût des dépenses de santé intervenant dans la vie d'un enfant. La lutte contre la malnutrition réduit le retard de développement d'un enfant et représente une économie tant sur le plan individuel que social. Les activités d'éveil de type préscolaire, qui préparent à l'apprentissage scolaire, coûtent moins cher que les efforts tendant à abaisser les taux élevés d'abandon et de redoublement des premières années du primaire et favorisent le développement des potentialités de l'enfant pour l'amener à devenir un adulte préparé pour la vie. Plusieurs investigations confirment aujourd'hui que l'investissement dans le jeune enfant est le meilleur moyen de briser la chaîne de transmission de la pauvreté.

1.A. Droit à la santé et au bien-être

a) Nutrition adéquate (y compris l'accès à l'eau potable)

- Don du colostrum au nouveau-né,
- Allaitement exclusif au sein (0-6 mois),
- Surveillance de la croissance (0-5 ans),
- Alimentation complémentaire (7-24 mois),
- Alimentation diversifiée et suffisante de 7 mois à 5 ans,
- Supplémentation en micronutriments : Vit A et Iode.

b) Hygiène et assainissement de base

- Pratique effective de l'hygiène alimentaire, corporelle, bucco-dentaire, vestimentaire et du milieu dans les établissements préscolaires et scolaires,
- Accès aux installations sanitaires de base (latrines, système de gestion de déchets),
- Protection contre les vecteurs de maladies, notamment le paludisme.

c) Soins de santé appropriés

Il s'agit des soins préventifs, curatifs et promotionnels, y compris la planification familiale et la lutte contre les pratiques néfastes.

- Vaccinations : PEV, méningite, fièvre jaune,
- Prévention de la transmission mère-enfant du VIH/SIDA,
- Prévention contre le paludisme,
- Soins au nouveau-né,
- Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME),
- Prévention des pratiques néfastes à la santé de l'enfant (excision) et prise en charge des complications,
- Suivi médical préscolaire et des élèves,
- Déparasitage systématique.

d) Soins spéciaux et rééducation des handicapés

- Prévention des handicaps physiques et mentaux : paralysie flasque aiguë (PFA), troubles liés aux carences en micronutriments, séquelles des injections, malformations congénitales, cécité,
- Prise en charge des cas de handicap : soins, rééducation, guidance parentale, éducation spéciale, etc.,
- Réinsertion sociale des handicapés : réadaptation à base communautaire (RBC), formation pratique.

e) Solidarité sociale

Les domaines concernés sont la sécurité sociale, la lutte contre l'exclusion, les assurances, les mutuelles, le secours et l'assistance.

- Couverture du risque maladie par le financement alternatif (assurance maladie, mutuelle, secours, assistance et autres mécanismes de solidarité.).
- Accès permanent à une alimentation suffisante et équilibrée, en particulier pour les enfants de familles démunies,

- Développement du potentiel participatif, en particulier des enfants de familles démunies.

f) Environnement stimulant

Sont considérés essentiellement l'environnement familial, éducatif et institutionnel.

- Cadre de protection et d'éveil du nourrisson (0-11 mois),
- Découverte d'un environnement sûr, du jeu et de la vie sociale,
- Préparation à la vie scolaire (3-6 ans).

1.B. Droits à l'éducation, aux loisirs et aux activités culturelles

a) Eveil et stimulation des potentialités de l'enfant

Ces droits renvoient à la prise en charge et à l'encadrement de la jeune enfance.

- **Protection et stimulation du nourrisson (0-11 mois).** Protection contre les dangers physiques : abri sûr ; stimulation motrice et sensorielle ; éveil adapté à l'âge.



- **Eveil pour la découverte d'un environnement sûr, du jeu et de la vie sociale (0-3 ans).** S'ajoute à ce qui précède le développement des aptitudes sur les plans moteur, linguistique et logique ; l'indépendance ; la maîtrise de soi ; les jeux pour réaliser tout ce qui précède ; les interactions enfant-mère, enfant-père, enfant-fratrie, enfant-ascendant ; enfant-famille élargie.

- **Préparation à la vie scolaire (3-6 ans).** Tout ce qui précède plus : développement de la motricité fine par la manipulation de l'environnement ; développement de la maîtrise du langage par la conversation, la lecture, la chanson ; apprentissage à co-opérer en aidant et en partageant (culture de la paix, civisme) ; exploration des activités préparatoires à l'écriture et à la lecture.

- **Epanouissement de la personnalité et développement des dons et aptitudes mentales et physiques, dans toute la mesure de leurs potentialités (6-8 ans).** Ceci requiert de compléter les actions précédentes par : l'apprentissage du travail en équipe (esprit de compréhension, de tolérance et d'égalité) ; le développement du sens de la compétence personnelle et de l'amour-propre ; l'apprentissage du questionnement et de l'observation ; l'acquisition des aptitudes essentielles à la vie de tous les jours (respect par l'enfant de sa famille, de son identité culturelle, de sa langue, de sa religion, des valeurs nationales de son pays et du milieu naturel).

b) Loisirs, jeux, activités sportives, culturelles et artistiques

- Découverte de l'univers culturel et artistique du milieu de vie (contes, légendes, récits historiques, instruments de musique, etc.), de l'histoire de la communauté, des grandes figures historiques, des notabilités ;
- Pratique de jeux individuels et de société (et apprentissage des règles de ces jeux), des jeux de rôle, de chants, de comptines, de théâtre, sport, coloriage/peinture, etc.

1.C. Droits civils et libertés

- Un nom (enregistrement des naissances 0-11 mois), une nationalité et la protection de son identité ;

- Liberté d'expression, de pensée, de conscience, conformément à l'article 5 de la CDE et à l'article 7 de la CEDEF ;
- Protection contre la torture et tous autres traitements cruels, inhumains ou dégradants.

1.D. Droit des enfants et de leur famille

- Vivre avec ses parents et entretenir des contacts réguliers avec ses deux parents biologiques s'ils sont séparés, quel que soit leur lieu de résidence, et être protégé contre les gardes abusives et les enlèvements ;
- Protection de remplacement si l'enfant est privé de son milieu familial (placement, adoption) et en cas d'enlèvement ;
- Protection contre des parents ou toutes personnes à qui l'enfant est confié et qui le maltraitent ou le négligent ;
- Protection contre les abandons d'enfants et les adoptions illicites (0-5 ans) ;
- Examen périodique de toute forme de placement à des fins de soins, de protection ou de traitement ;
- Engagement de l'Etat à aider la famille afin d'assurer le développement des capacités de l'enfant dans l'esprit de l'article 5 de la CDE et l'article 14 de la CEDEF.

1.E. Droit à une protection spéciale

Se référer aux soins spéciaux et à la rééducation des handicapés présentés plus haut.

2. Enfance (6-13 ans) : acquisition des compétences de vie

L'enfant étant un tout et la plupart des besoins n'étant satisfaits que d'une façon progressive, on a adopté la formule « tout ce qui précède plus » aux différentes étapes du cycle de vie. Cette approche présente l'avantage d'isoler les besoins spécifiques inhérents à l'évolution physiologique et aux catégories de droits. A ce niveau, le droit à la « protection spéciale » fait son apparition et s'ajoute aux droits « à la santé et au bien-être » et « à l'éducation, aux loisirs et aux activités culturelles ».

2.A. Droit à la santé et au bien-être

Tout ce qui précède sur ce point pour le jeune enfant plus :

- Environnement stimulant (familial, éducatif, institutionnel, etc.),
- Epanouissement de la personnalité et développement des dons et aptitudes mentales et physiques, dans toute la mesure des potentialités ;
- Cadre de développement du potentiel participatif,
- Nutrition adéquate, y compris l'accès à l'eau potable,
- Alimentation diversifiée et suffisante à consolider,
- Education nutritionnelle/hygiène alimentaire,
- Hygiène et assainissement de base, pratique effective de l'hygiène en milieu scolaire,
- Soins de santé appropriés (préventif, curatif, promotionnel), y compris la planification familiale et la lutte contre les pratiques néfastes.
 - vaccinations : méningite,
 - maladies de l'enfance,
 - prévention contre les mutilations génitales féminines et prise en charge des complications,
 - suivi médical dans le milieu de vie,
 - déparasitage dans le milieu de vie.

2.B. Droit à l'éducation, aux loisirs et aux activités culturelles

Tout ce qui précède sur ce droit pour le jeune enfant plus :

a) Acquisition des apprentissages fondamentaux

Ceci recouvre aussi bien l'éducation de base formelle et non formelle que les institutions d'éducation spéciale.

- Accéder à un établissement d'enseignement fondamental (y compris medersa et institutions d'éducation spéciale), à un centre d'éducation pour le développement (CED), à un centre d'alphabétisation et à un centre d'apprentissage, notamment féminin ; achever le premier cycle de l'enseignement fondamental et/ou le cycle des autres systèmes éducatifs ;
- Apprentissages de qualité :
 - enseignement fondamental : éveil et stimulation des potentialités de l'enfant, plus : la possibilité d'apprendre à compter,

à lire et à écrire, à se livrer aux activités de résolution de problèmes ;

- CED : expression orale et écrite en français et en langue nationale ; initiation au calcul ; formation pré-professionnelle ;
- centre d'alphabétisation et ou d'apprentissage féminin : expression orale en langue nationale ; apprentissage de techniques simples ;
- réadaptation à base communautaire (RBC).

b) Loisirs, jeux, activités sportives, culturelles et artistiques

- Musique, danse, cinéma, colonie de vacances, excursion, visite de musées et de sites historiques, lecture, poésie, etc.

2.C. Droits civils et libertés

Tout ce qui précède sur ces droits pour le jeune enfant plus :

- Liberté d'association, de réunion pacifique et de recevoir des informations de sources diverses conformément à l'article 5 de la CDE et de l'article 7 de la CEDEF ;
- Connaissance des textes nationaux et internationaux.

2.D. Droit des enfants et de leur famille

Se référer à ce qui est dit pour le jeune enfant en ce domaine.

2.E. Droit à une protection spéciale

Tout ce qui précède sur ce droit pour le jeune enfant plus :

- Protection contre les arrestations illégales, la privation injustifiée de liberté et lorsqu'il est en conflit avec la loi,
- Protection dans les situations d'urgence (conflits armés, catastrophe naturelle, troubles sociaux), en cas de populations déplacées, refoulées ou réfugiées, et lorsque l'enfant est séparé de sa famille ou de son domicile,
- Protection contre les situations d'exploitation, telles que le travail des enfants, l'abus (consommation, vente, etc.) des drogues et des stupéfiants, l'exploitation et la violence sexuelles, la vente, le trafic, la traite et l'enlèvement.

3. Adolescence (12-18 ans) : préparation à la vie active

3.A. Droit à la santé et au bien-être

Tout ce qui précède sur ce droit pour la jeune enfance et l'enfance plus :

- Soins de santé appropriés (préventif, curatif, promotionnel), y compris la planification familiale et la lutte contre les pratiques néfastes,
- Supplémentation en micronutriments : fer,
- Education à la vie familiale (EVF) et en matière de population (EMP),
- Information et offre des services de santé de la reproduction, y compris la prévention et la prise en charge IST-VIH/SIDA et les soins gynéco-obstétricaux (grossesse précoce),
- Vaccination (VAT).

3.B. Droit à l'éducation, aux loisirs et aux activités culturelles

Tout ce qui précède sur ce droit pour la jeune enfance et l'enfance plus :

a) Acquisition des compétences de vie

- Education à la vie familiale et en matière de population (EVF/EMP),
- Soins de maternage,
- Education pour la santé,
- Education environnementale,
- Education à la culture de la paix et aux droits humains,
- Réadaptation à base communautaire (RBC).

b) Préparation à la vie active (Enseignement secondaire et supérieur)

- Accéder à un établissement secondaire (général, technique et professionnel) et universitaire et achever les cycles respectifs ;
- Apprentissage de qualité préparant à la vie professionnelle selon le niveau d'instruction et la filière suivie ;
- Réinsertion sociale et économique des handicapés (formation technique et/ou professionnelle, promotion à l'emploi).

3.C. Droits civils et libertés

Se référer à ce qui est précisé en ce domaine pour la jeune enfance et l'enfance.

3.D. Droit des enfants et de leurs familles

Se référer aux indications fournies en la matière pour la jeune enfance et l'enfance.

3.E. Droit à une protection spéciale

Se référer à ce qui est indiqué sur ce point pour la jeune enfance et l'enfance.

4. Femme de 18 à 49 ans : réalisation de son potentiel

Chez les femmes âgées de 18 à 49 ans, seuls les droits « à la santé et au bien-être » et « à une protection spéciale » sont pris en compte. Ces deux catégories de droits traduisent les besoins de santé et de nutrition inhérents à certains stades physiologiques de la femme, comme les grossesses tardives, et les besoins découlant de son statut social.

4.A. Droit à la santé et au bien-être

Tout ce qui précède sur les adolescents plus :

a) Soins de santé appropriés

Il s'agit des soins préventifs, curatifs, promotionnels, y compris la planification familiale et la lutte contre les pratiques néfastes.

- Information et offre des services de santé de la reproduction, y compris la prévention et la prise en charge IST-VIH/SIDA et les soins gynéco-obstétricaux (grossesse tardive, soins liés aux troubles de la ménopause).

b) Solidarité sociale

Les domaines concernés sont la Sécurité sociale, la lutte contre l'exclusion, les assurances, les mutuelles, le secours et l'assistance.

- Couverture du risque maternité,
- Allègement des travaux domestiques,
- Activités génératrices de revenus.

4.B. Droit à l'éducation, aux loisirs et aux activités culturelles

Se référer aux précisions données sur ce droit pour l'enfance et l'adolescence.

4.C. Droits civils et libertés

- Protection des femmes au travail, y compris la fourniture des prestations sociales et des services d'appui nécessaires,
- Reconnaissance des mêmes droits aux hommes et aux femmes en matière de droit de la famille (mariage, tutelle, parenté, succession, libéralités, curatelle),
- Protection contre toute forme de discrimination.

4.D. Droit des enfants et de leur famille

Non spécifique à la femme et pris en compte dans les cycles de vie précédents.

5 Conclusion sur l'inventaire des besoins spécifiques

L'inventaire des besoins met en relief le lien intime entre les besoins et le stade physiologique. Il confirme également la nécessité d'une prise en charge précoce des besoins et celle d'un accompagnement à des fins de consolidation des acquis, de préservation et de préparation de l'enfant et de la femme pour les étapes suivantes.



Problèmes prioritaires et analyse causale

« *L'analyse des problèmes a conduit à établir des relations de cause à effet entre les facteurs négatifs d'une situation donnée.* »

La recherche de consensus sur la notion de problème nous incite à chercher à le définir. Un problème n'est pas l'absence d'une solution, mais un état négatif (non désirable) réellement existant. Il n'est pas un objectif, mais, bien formulé, il devient un objectif à demi énoncé, d'où la nécessité de bien cerner les caractéristiques, causes et effets du problème concerné.

Cette démarche a permis d'aboutir à l'identification et à la formulation des problèmes, ainsi qu'à leur classification au regard de critères comme l'ampleur, la vulnérabilité (appréciée en termes de plus ou moins grande facilité à résoudre le problème), le risque d'extension et le besoin de prise en charge.

L'approche de planification par objectif ici adoptée nous a conduits à la notion de « problème central ». On entend par-là l'élément clé de la hiérarchie des problèmes (mais pas le plus important). L'importance d'un problème ne dépend pas de sa position dans la hiérarchie des problèmes. Cette dernière s'élabore à partir du problème central. Dès lors, pour établir le diagramme des problèmes, il convient de commencer par identifier et formuler le problème central.

L'analyse des problèmes a conduit à établir des relations de cause à effet entre les facteurs négatifs d'une situation donnée. La cause est ce qui détermine et produit un phénomène. Elle est immédiate quand elle explique le problème, touche la cible et influence directement son état. Dans ce cas, sa solution exige des mesures à court terme. La cause sous-jacente procède de causes fondamentales. Sa solution exige des mesures à moyen terme. Elle découle du milieu de vie de la cible (famille, communauté, village...), de facteurs techniques, organisationnels et comportementaux qui influencent directement l'état de la cible. La cause fondamentale est celle au-delà de laquelle il n'y en a pas d'autre et dont la solution exige des mesures à long terme. Elle peut être d'ordre structurel, institutionnel et culturel, liée au potentiel de la société, aux processus sociaux, économiques, politiques et culturels.

L'analyse a été menée à travers le cycle de vie et selon cinq catégories de droits. A l'intérieur de chacune de ces catégories, les problèmes identifiés ont fait l'objet d'une évaluation

au moyen d'une grille fondée sur des scores attribués aux critères. L'importance du poids de l'évaluation détermine pour chaque type de problème son niveau de priorité. Au terme de cette étape, quatre niveaux d'analyse font leur apparition en vue d'identifier au moins un problème central par catégorie de droits.

Ces niveaux d'analyse sont :

- l'environnement favorable à l'accès et à la jouissance des droits,
- l'apparition des facteurs entravant l'accès et la jouissance des droits,
- la diligence du rétablissement de l'accès aux droits et leur jouissance (réalisation des dispositifs prévus dans l'environnement),
- la préparation à l'acquisition des compétences nécessaires pour la vie et pour la participation.

Le problème central ainsi identifié pourrait être :

- soit une confirmation des « problèmes classiques » nécessitant des actions de consolidation. Ce besoin de consolidation se justifie par le poids des facteurs comportementaux imputables aux niveaux institutionnel, communautaire, familial et individuel ;
- soit l'émergence de « problèmes de type nouveau » liés à des besoins jusque-là peu ou pas pris en charge et sur lesquels les aspects comportementaux influent également.

Une fois la catégorie de droit définie et le problème central déterminé, l'analyse descriptive fournit les éléments statistiques traduisant les différents aspects des problèmes liés à la non-satisfaction des besoins reconnus dans la catégorie de droits. Les éléments explicatifs pertinents sont ensuite recherchés dans le cadre global de prise en charge des problèmes à travers les points suivants :

OFFRE (DISPONIBILITÉ)

Comment est-elle organisée ou produite ?
Pourquoi n'est-elle pas attrayante ?

DEMANDE POTENTIELLE (UTILISATION)

Pourquoi ne s'exprime-t-elle pas suffisamment ?
Comment s'exprime-t-elle ?

COORDINATION EN VUE DE LA RÉALISATION PROGRESSIVE DES DROITS DU JEUNE ENFANT

Pourquoi le plaidoyer ne parvient-il pas à

ce que l'offre ou la demande puissent s'exprimer et à faire coïncider l'une et l'autre ?

Pourquoi la communication pour le changement des comportements ne parvient-elle pas à ce que la demande potentielle puisse s'exprimer ?

FACTEURS EXPLICATIFS

Mécanismes de financement,
Politique sectorielle,
Politique de financement du développement,
Principes généraux CDE, CADBE, CEDEF.

Cette approche méthodologique permet de mettre en évidence un nombre important de facteurs entravant l'exercice par le jeune enfant de ses droits ou leur rétablissement sur la base de l'égalité des chances tout en accordant une attention particulière au coût réel lié au bénéfice de ces droits en recourant, le cas échéant, à un système de partage de coût entre les acteurs (Etat, famille, communauté, privé et communauté internationale). Ces facteurs relèvent de l'organisation de l'offre (disponibilité et qualité), de la demande potentielle (accessibilité et utilisation) et de la coordination de l'offre et de la demande poten-

tielle (couverture, plaidoyer et communication pour le changement de comportement).

L'expression de la demande de services émane d'une population peu alphabétisée et d'autres acteurs (services, partenaires du développement, Etat, etc.) maîtrisant peu les implications de leur faible engagement à satisfaire les besoins essentiels de l'enfant et de la femme.

Bien qu'étant bénéficiaire de services que lui reconnaît le droit, le jeune enfant ne dispose pas de la capacité d'accéder de lui-même à l'exercice de ce droit. Cette incapacité liée à son statut de mineur fait de la réalisation de ce droit une obligation, pour les parents, les autres membres de la famille, le tuteur, la communauté, l'Etat et la coopération internationale, de favoriser la jouissance de ce droit.

Bien que constituant une confirmation des « problèmes classiques » nécessitant des actions de consolidation, ce problème peut également relever de la catégorie des « problèmes de type nouveau » liés à des besoins jusque-là peu ou pas pris en charge et sur lesquels jouent les aspects comportementaux.

1.

Jeune enfance : bon départ dans la vie

Cette tranche d'âge représente 30,2 % de la population totale selon le recensement de 1998. Selon la même source, on compte 6 669 handicapés, soit un taux de handicap de 2,4 %.

Cette phase de la vie de l'enfant est la plus délicate, comme l'attestent les résultats de recherches dans plusieurs domaines. Selon les psychologues, les deux premières années sont déterminantes pour le développement psychosomatique. Ces résultats scientifiques confirment la nécessité de la prise en charge précoce des besoins spécifiques à cette tranche ; ce qui exige de l'entourage de l'enfant la maîtrise de connaissances et pratiques de base lui permettant d'avoir une attention soutenue sur l'enfant afin de lui garantir un développement adéquat. Ces obligations vont de son enregistrement à la naissance, à la garantie de ses droits connexes, à sa couverture sociale et sanitaire, ainsi qu'à sa préparation à la vie scolaire. La préoccupation du genre et de l'équité s'impose dès ce stade.

1.A. Droit à la santé et au bien-être 1.A. a) Description

La santé, état de complet bien-être physique, mental et social et non pas simplement absence de maladies ou d'infirmités, est un droit fondamental de l'être humain. L'accession au niveau de santé le plus élevé possible est un objectif social important qui suppose la participation de nombreux secteurs socio-économiques autres que celui de la santé.

La naissance correspond à un changement d'état où le nouveau-né quitte un milieu au sein duquel il bénéficiait d'une protection naturelle pour un environnement où il devra apprendre à vivre. Celui-ci est caractérisé au Mali par plusieurs phénomènes néfastes à la santé et au bien-être de l'enfant, au nombre desquels on peut citer : l'insalubrité du milieu, la faible couverture sanitaire et vaccinale, l'insuffisance de la couverture des besoins en eau potable, les faibles capacités à assurer les soins de maternage. Dans ces conditions, la prévalence d'un environnement hostile à la santé et au bien-être de l'enfant devient le problème central.

1.A.b) Analyse : prévalence d'un environnement hostile à la santé et au bien-être de l'enfant

DIAGNOSTIC DE SITUATION

• Situation nutritionnelle et carences en micronutriments (EDS-II 1995/96 et EDS-III 2001).

L'allaitement est une pratique courante au Mali. En témoignent les résultats préliminaires de l'EDS-III sur l'allaitement chez les enfants de 0-5 mois :

- non allaités : 0,7 %
- allaitement exclusif : 12,4 %
- allaités plus eau : 73,7 %
- allaités plus liquides : 7,6 %
- allaités plus solides/bouillies : 5,6 %
- recevant biberon : 3,9 %

Enfants de 6-9 mois allaités et recevant compléments nutritionnels : 60,3 %

Cependant plus d'un tiers des enfants ne sont mis au sein que 24 heures après la naissance. La faible évolution de la pratique de l'allaitement exclusif (EDS-II : 12 % et EDS-III : 12,4 %) s'explique en partie par le changement dans l'âge de la cible (5 mois pour l'EDS-III au lieu de 4). Elle pourrait aussi s'expliquer par l'inadéquation des activités d'information, d'éducation et de communication (IEC). La protection naturelle de l'enfant contre les infections est assurée par l'allaitement exclusif et notamment par la consommation du colostrum qui confère à l'enfant son patrimoine immunitaire. Malgré ces vertus du lait maternel, les croyances conduisant à priver l'enfant d'un mode de consommation approprié de cet aliment sont encore assez fortes.

La situation nutritionnelle des enfants maliens demeure préoccupante, comme le montre bien l'EDS-II 1995/96 : 23,3 % des enfants de moins de 3 ans et 33 % des enfants de 12 à 23 mois souffrent de malnutrition aiguë ou poids pour taille (émaciation). De même, 25 % des garçons et 26 % des filles de rang 6 ou plus sont émaciés. Environ 30 % des enfants de moins de 3 ans souffrent de malnutrition chronique ou taille pour âge (retard de croissance). La prévalence de cette forme de malnutrition augmente rapidement avec l'âge. À 14-35 mois, près d'un enfant sur deux est atteint de malnutrition (47 %). La prévalence de la malnutrition chronique est

légèrement plus élevée parmi les garçons (31 %) que parmi les filles (29 %). Cette forme de malnutrition touche également un tiers des enfants de rang 6 ou plus et près des deux cinquièmes des enfants nés moins de deux ans après leur aîné (38 %).

Depuis 1987, les niveaux de malnutrition chez les enfants de moins de 3 ans ont augmenté de façon inquiétante au Mali. Les proportions d'enfants accusant un retard de croissance et atteints d'insuffisance pondérale ont presque doublé entre 1987 et 1995-96. Quant à la prévalence de l'émaciation, elle a été multipliée par 2,3 entre 1987 et 1995-96, soit une hausse de 130 %. L'augmentation de la prévalence de l'insuffisance pondérale modérée et du retard de croissance modéré est relativement plus importante que celle des cas sévères, tandis qu'on observe le contraire chez les enfants émaciés.

Du point de vue des caractéristiques socio-démographiques de la mère (EDS II), la prévalence de la malnutrition chronique présente d'importants écarts. En effet, le milieu de résidence est déterminant : deux fois plus d'enfants accusent un retard de croissance en milieu rural qu'à Bamako (33 % contre 17 %). En ce qui concerne la forme sévère de la malnutrition chronique, il y a trois fois plus d'enfants atteints en milieu rural (17 %) que dans la capitale (5 %). Les attitudes à l'égard des filles influencent leur état nutritionnel. L'absence de connaissances et l'ignorance sont parmi les principales causes de malnutrition, surtout lorsque les femmes et leurs familles sont incapables de discerner les signes d'un danger, de prendre conscience de la nécessité d'une action rapide et de savoir où s'adresser pour chercher de l'aide. Le niveau d'instruction de la mère est également une variable en fonction de laquelle l'état nutritionnel des enfants présente des écarts considérables : les enfants dont la mère n'a pas d'instruction sont proportionnellement deux fois plus nombreux à accuser un retard de croissance que ceux dont la mère bénéficie d'une instruction secondaire ou supérieure (32 % contre 15 %).

En l'an 2000, les taux de malnutrition¹¹ demeurent très élevés chez les enfants âgés de 0 à 5 ans. En effet, les proportions d'enfants atteints de malnutrition sont estimées, pour le retard de croissance, l'émaciation et l'insuffisance pondérale, à 49 %, 19 % et 39,7 % respectivement.

« 23 % des enfants de moins de 3 ans souffrent de malnutrition aiguë et environ 30 % de malnutrition chronique... »

Cette tendance a été confirmée par l'EDS III, qui a porté sur les enfants de moins de 5 ans. S'agissant de l'émaciation (malnutrition aiguë : poids pour taille), elle touche 10,6 % des enfants. Le retard de croissance (malnutrition chronique : taille pour âge) touche 39,4 % des enfants. L'insuffisance pondérale (poids pour âge : combinaison de la malnutrition aiguë et de la malnutrition chronique) atteint 33,8 % des enfants. Concernant le retard de croissance, la situation est plus préoccupante en milieu rural (43,7 %) qu'en milieu urbain (25,3 %). Là encore la différence est grande entre Bamako (18,7 %) et le reste du pays où elle varie de 31,5 % et 47,5 %. Le pourcentage d'enfants accusant un retard de croissance varie également selon le niveau d'instruction de la mère : 41,3 % pour ceux dont les mères n'ont aucune instruction, 30,1 % pour le primaire, 25,5 % pour le secondaire, et seulement 10,7 % si la mère a atteint le niveau supérieur (ceci est valable pour l'émaciation et l'insuffisance pondérale).

Micronutriments

La faible consommation de sel iodé peut entraîner un retard dans le développement mental de l'enfant et favoriser l'apparition du goitre chez les adultes, comme l'établit l'EDS II. La consommation de sel iodé est encore loin d'être entrée dans les mœurs des ménages : à peine 1,2 % au niveau national contre 6,7 % à Bamako. D'après les statistiques de routine du département en charge de la santé, cette consommation serait de 12 % en 2000. Notons qu'une grande quantité de sel est commercialisée avec le label « sel iodé » sans l'être effectivement en raison de l'inefficacité des mesures de contrôle et du non-respect de la législation en vigueur interdisant l'importation de sel non iodé. Cependant, l'EDS III révèle une amélioration de la disponibilité en sel iodé dans les ménages. En effet, 37,1 % des ménages disposent de sel iodé avec un dosage adéquat (+ 15 ppm), 27,4 % en disposent à dosage inadéquat (inférieur à 15 ppm) et 35,5 % n'en disposent pas.

La consommation de sel iodé des enfants de 6 à 59 mois est estimée à 24,3 %, selon l'EDS III. Il n'y a pas de différence significative selon l'âge, le sexe, le rang de naissance, le niveau d'instruction et l'âge de la mère. En revanche, le lieu de résidence en crée une : le milieu urbain (30,2 %) utilise davantage le sel

iodé que le milieu rural (22,6 %). La consommation des régions varie entre 21 et 30 %, sauf pour les régions de Tombouctou (4,2 %) et Gao (7 %), qui enregistrent des taux extrêmement faibles.

Malgré une disponibilité quasi permanente de la vitamine A, l'absence d'une véritable stratégie opérationnelle de distribution en limite l'accès (EDS II). Jusqu'ici, les seules activités organisées ont consisté à l'associer aux Journées nationales de vaccination (JNV). Son intégration dans les activités des services de proximité tarde à se concrétiser.

La proportion des enfants de 6 à 59 mois concernant la vitamine A est estimée à 32,1 % ; elle est la suivante par tranche d'âge :

— enfant de moins de 6 mois ayant consommé des compléments de vitamine A : 24,4 %,

« Concernant le retard de croissance, la situation est plus préoccupante en milieu rural (43,7 %) qu'en milieu urbain (25,3 %) »



« La faible couverture des besoins en eau potable et en dispositifs d'assainissement explique la forte prévalence des maladies d'origine hydrique dont principalement le paludisme et les maladies diarrhéiques. »

- enfant de 6-11 mois ayant consommé des compléments de vitamine A : 42,3 %
- enfant de 12-23 mois ayant consommé des compléments de vitamine A : 36,7 %
- enfant de 24-35 mois ayant consommé des compléments de vitamine A : 33,9 %
- enfant de 36-47 mois ayant consommé des compléments de vitamine A : 34,4 %
- enfant de 48-59 mois ayant consommé des compléments de vitamine A : 30,8 %

Il n'y a pas de différence significative selon le sexe de l'enfant (garçons : 32,1 % et filles : 32 %). En revanche, selon le lieu de résidence, la consommation de compléments de vitamine A est nettement plus importante en ville (46,5 %) qu'en milieu rural (27,8 %). Sur le plan régional, trois principaux groupes se dégagent : les régions de Mopti, Sikasso, Kidal, avec respectivement 15,2 %, 27,2 %, 28,8 %, enregistrent les plus faibles taux de consommation, suivies des régions de Segou, Kayes, Tombouctou, et Koulikoro, avec respectivement 31 %, 34,3 %, 35,1 %, 38,2 %, et enfin Gao et Bamako, qui se détachent nettement : 47 % et 50,1 %.

Le niveau d'instruction de la mère est à cet égard déterminant : 30,1 % seulement des enfants de mères sans instruction reçoivent un complément de vitamine A contre respectivement 38,1 %, 53,7 % et 59,3 % chez ceux de mères ayant atteint les niveaux primaire, secondaire et supérieur.

• Eau potable et dispositifs d'hygiène et d'assainissement

L'environnement de vie au Mali est caractérisé par une très faible couverture des besoins en eau potable et en dispositifs d'hygiène et d'assainissement. D'après le CCA (CPS Mines citée par CCA 2001), le taux de desserte en eau de robinet de la population totale a régulièrement évolué de 4,9 % à 6,8 % de 1995 à 1999. Par contre, le nombre de forages pour 1 000 habitants en milieu rural stagne à 2,6 entre 1995 et 1998 pour connaître une légère baisse à 2,5 en 1999, tandis que la proportion de ménages ayant accès à une source d'eau potable est passée d'une moyenne de 41 % en 1988-93 à 52 % en 2000.

L'EDS II réalisée en 1995/96 indique que la proportion de ménages ayant accès à une source d'eau potable est de 48 % en 1995/96, mais de seulement 36 % pour

le milieu rural. Selon l'EDS III, l'approvisionnement en eau des logements est assuré à raison de 8 % par le robinet, 18,8 % par les bornes fontaines et 12,5 % par les puits protégés. Les données sur les autres sources d'eau potable, par exemple les forages, ne sont pas encore disponibles.

Le RGPH de 1998 indique que 9,5 % des ménages ont accès à un forage. Le puits demeure la principale source d'approvisionnement en eau de boisson des ménages (66,9 %) alors que 7,4 % de la population continuent d'utiliser les eaux de surface.

La très faible couverture en dispositifs d'hygiène et d'assainissement rend le milieu de vie particulièrement insalubre. En 1995/96 (EDS II), à peine 7,2 % des ménages possèdent un lieu d'aisance, dont 15,8 % en ville et 4 % en milieu rural. Selon les résultats de l'EDS III, les types de toilettes se répartissent comme suit : 5,6 % pour les WC modernes, 9,5 % pour les latrines améliorées et 61,6 % pour les fosses rudimentaires. On est encore loin de l'objectif de 30 % fixé par le PAN pour les deux premiers types.

La faible couverture des besoins en eau potable et en dispositifs d'assainissement explique la forte prévalence des maladies d'origine hydrique dont principalement le paludisme et les maladies diarrhéiques. La persistance du ver de Guinée est liée au manque d'eau potable et aux activités d'occupation, telle que la pêche. A l'insuffisance des capacités et des méthodes de traitement des déchets s'ajoute une forte prédominance des comportements individuels et collectifs en matière d'hygiène défavorables à la réduction des maladies liées à l'eau et à l'insalubrité du milieu.

• Vaccination des enfants

L'enquête de couverture vaccinale réalisée en 1998 a mis en lumière la faible performance du PEV, en particulier pour les enfants de moins d'un an. La proportion de ces derniers complètement vaccinés selon la carte et l'histoire a été de 21,7 % pour l'ensemble du pays. Ce taux moyen cache de larges disparités entre Bamako, où il atteint 43,9 %, et le reste du pays, où la variation est de 16,4 % à 27 %. Pour les enfants de 12-23 mois, la couverture est meilleure avec 46 % pour l'ensemble du pays. Le district de Bamako arrive largement en tête avec 84,3 % de taux de couverture. La disparité entre les régions se situe entre 29 % et 59 %. Le taux d'abandon en cours de vaccination est très élevé dans les régions du Nord (Gao, Tombouctou, Kidal avec 38,5 %) et à Sikasso (33,4 %) où il dépasse la moyenne située à 26,5 %.

La faible performance du PEV qui ressort de l'EDS II en 1995/96 et de l'enquête de couverture vaccinale réalisée en 1998 vient d'être confirmée par l'EDS III en 2001 (réf. tableau ci-dessous). Le district de Bamako se détache avec 60,8 % de couverture vaccinale. Cinq régions – Kayes (13,6 %), Mopti (12,2 %), Tombouctou (17,3 %), Kidal (19,1 %) et Ségou (22,8 %) – ont une couverture inférieure à 25 %. Trois régions ont une couverture inférieure à 35 % : Koulikoro (29,5 %), Sikasso (34,6 %) et Gao (32,8 %).

La couverture vaccinale est deux fois plus importante dans les villes (50,3 %) qu'en zone

rurale (25,2 %). L'impact du niveau d'instruction de la mère sur la vaccination des enfants est considérable, comme le montre l'EDS II : aucune instruction : 25,1 % ; niveau primaire : 38,8 % ; niveau secondaire : 59,6 % et niveau supérieur : 67,5 %. Plusieurs facteurs concourent à la faiblesse de la couverture vaccinale en milieu rural : faiblesse du niveau d'instruction, insuffisance de personnel qualifié pour la vaccination, vétusté et problèmes de maintenance de la chaîne de froid.

L'approche « Contrat de performance » initiée dans le cadre du PRODESS avec l'appui de GAVI (Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination) et d'autres initiatives visent le renforcement du PEV de routine pour une plus grande performance et l'introduction de nouveaux antigènes. Ce dernier objectif est tributaire de l'atteinte d'un certain niveau de performance du programme (exemple : 50 % de couverture en DTC3 pour l'introduction de l'hépatite B et la fièvre jaune). Il s'appuie sur l'élaboration de micro-plans par aire de santé et sur la signature conjointe, par le délégué du gouvernement, le médecin chef de cercle, le maire et le président du Conseil de cercle, d'un contrat de performance, le FELASCOM, qui spécifie les engagements de chaque partie.

La stratégie envisagée consiste à mettre en place un système de motivation pour le personnel des centres de santé et les associations communautaires, la formation et le recyclage

« La couverture vaccinale est deux fois plus importante dans les villes (50,3 %) qu'en zone rurale (25,2 %). L'impact du niveau d'instruction de la mère sur la vaccination des enfants est considérable. »

Tableau n° 8

Couverture vaccinale selon l'EDS II et l'EDS III

Antigènes	EDS II 1995/96		EDS-III 2001	
	Moins d'un an	12 à 23 mois	Moins d'un an	12 à 23 mois
BCG	69,60%	76,30%	63,70%	69,00%
DTC1	64,60%	71,60%	55,90%	61,00%
DTC2	43,30%	51,10%	44,80%	50,70%
DTC3	28,70%	37,50%	33,90%	39,60%
Polio 1	65,70%	73,00%	68,00%	73,90%
Polio 2	47,60%	55,40%	52,90%	59,50%
Polio 3	29,90%	39,10%	33,90%	39,40%
Rougeole	35,20%	50,80%	36,20%	48,70%
Toutes vaccinations	20,80%	31,50%	21,80%	28,70%

« Au 31 déc. 2000, 514 centres de santé communautaires (CSCOM/CSAR) – soit un taux de 59 % – offraient le paquet minimum d'activités (PMA). »

du personnel, le renforcement de la chaîne du froid et de la logistique, ainsi qu'une mobilisation sociale de proximité pour une meilleure utilisation des services de vaccination.

Cette approche, mise en œuvre pour la première fois dans la région de Mopti, a permis d'améliorer considérablement la couverture vaccinale qui atteint 80 %. Ces bonnes performances réalisées à Mopti augurent des possibilités de généraliser cette approche. Il faut tenir compte du risque de focalisation par les équipes socio-sanitaires et les partenaires sur le contrat de performance, notamment sur le PEV au détriment des autres activités du PMA. En outre, il faut s'assurer de la pérennité de ces bonnes performances qui ne devront pas être prises en charge par des financements extérieurs, comme cela avait été le cas dans la phase initiale du PEV.

• Couverture sanitaire

Selon le rapport d'activité 2000 de la Direction nationale de la santé (DNS), la couverture sanitaire totale du pays requiert la mise en place effective de 1 006 aires de santé. Au 31 décembre 2000, 514 centres de santé communautaires (CSCOM/CSAR) – soit un taux de 59 % – offraient le paquet minimum d'activités (PMA). Si l'aspect préventif est pris en charge par les structures de premier niveau, les soins spécialisés en faveur de l'enfant sont essentiellement organisés dans deux structures hospitalières nationales. L'hôpital Gabriel-Touré est le seul à disposer à la fois d'un service de pédiatrie et de chirurgie infantile digne de ce nom. L'hôpital Mère-Enfant ou Luxembourg dispose aussi d'un service de pédiatrie. Des prestations de services de pédiatrie sont offertes par les structures de région et de cercle sans personnel qualifié.

En vue d'étendre la couverture, le Plan décennal de développement sanitaire et social (PDDSS) a défini le profil minimum du personnel pour chaque échelon. Dans le cadre du PRODESS, une mission de développement des ressources humaines est tout particulièrement chargée de l'élaboration d'un plan de carrière consensuel en rapport avec l'ensemble des corps professionnels, de la révision du cursus de formation initiale au niveau local, du développement des capacités internes à satisfaire les besoins de spécialisation et de formation initiale du personnel,

de l'organisation de la formation continue, du renforcement du personnel qualifié dans la prise en charge à tous les échelons du système, du redéploiement du personnel qualifié.

• Personnel de santé

La question du personnel se pose avec acuité, tant en quantité qu'en qualité. En 2000, on a dénombré dans les structures publiques et communautaires 319 médecins, dont 91 à compétence chirurgicale, 379 sages-femmes et infirmières obstétriciennes, et 741 infirmiers. La répartition des sages-femmes et infirmières obstétriciennes est très inégale entre le reste du pays et Bamako qui, avec 10 % de la population, totalise 43 % de l'effectif. L'instabilité du personnel soignant dans les CSCOM/CSAR est principalement due au peu d'attrait pour le milieu rural, à la faible sécurité de l'emploi, à l'absence d'une gestion de carrière du personnel communautaire et au manque d'opportunités de formation et de spécialisation.

Cette situation est aggravée par la compétition entre les ONG, l'Etat et les communautés pour s'attacher les services d'un personnel en nombre insuffisant. Le problème se pose en particulier pour la pédiatrie et la chirurgie infantile.

• Morbidité et mortalités spécifiques

Ce cycle de vie (0-8 ans) se caractérise par une morbidité néonatale dominée par les infections (35,6 %), la souffrance fœtale (23 %), la prématurité (23 %), la déshydratation (1,6 %), l'anémie (1,6 %) et la malformation (1,6 %). Chez les enfants de moins de 3 ans, les affections courantes sont les diarrhées (25,3 %), les infections respiratoires aiguës (15,3 %) et surtout le paludisme (26,8 %). Ce dernier constitue la première cause de morbidité et de mortalité en général et la première cause d'anémie chez les enfants de moins de 5 ans. Pendant la saison des pluies, de 80 à 90 % des enfants de 0 à 5 ans sont porteurs du *plasmodium falciparum*.

• Infections respiratoires aiguës (IRA) et/ou fièvre

Près d'un nourrisson sur dix est atteint d'infections respiratoires aiguës (IRA) et plus d'un sur cinq souffre de fièvre. 72,5 % de ces nourrissons malades ne sont pas présentés à un traitement dans un service de santé. Parmi les enfants de moins de 5 ans, près d'un dixième souffre d'IRA et plus d'un enfant sur

quatre souffre de fièvre. Deux tiers des enfants malades d'IRA et de fièvre ne bénéficient pas de consultations curatives dans un service de santé (EDS-III). La proportion d'enfants souffrant d'IRA est plus élevée dans les régions de Gao (22,9 %) et Kidal (22,1 %), et nettement moindre à Sikasso (7,4 %) et à Kayes (8 %).

Concernant la fièvre, les régions les plus touchées sont Gao (57,8 %) et Tombouctou (43,3 %) contre 18,8 % à Ségou et 19,2 % à Sikasso. En revanche, la proportion d'enfants malades traités dans les services de santé est la plus élevée dans les régions de Bamako

(65,7 %), Kidal (58,7 %) et Gao (46,5 %), contre 16,4 % à Tombouctou et moins de la moyenne nationale dans les autres régions. Les mères n'ayant aucune instruction amènent moins fréquemment leurs enfants malades en consultation curative dans un centre de santé : 25,6 % contre 40 % chez celles ayant le niveau primaire, 56,4 % pour le secondaire et 72,3 % pour le supérieur. Seulement 21,2 % des mères en milieu rural contre 57,8 % en zone urbaine cherchent un traitement pour leur enfant dans un service de santé.

Tableau n° 9**Prévalence et traitement
des infections respiratoires aiguës (IRA) et/ou fièvre - EDS-III**

Caractéristiques socio-démographiques	Symptômes IRA/fièvre		
	Enfants ayant IRA	Enfants ayant fièvre	Cherche traitement d'un service de santé
Age enfant en mois			
moins de 6	9,10%	22,20%	27,50%
de 6 à 11	13,20%	35,30%	28,7
de 12 à 23	11,90%	35,90%	31,10%
de 24 à 35	10,20%	28,90%	30,80%
36-47	8,10%	21,90%	29,20%
de 48 à 59	7,70%	17,90%	23,70%
Sexe de l'enfant			
Garçon	9,50%	27,00%	29,80%
Fille	10,30%	26,60%	28,40%
Milieu de résidence			
Urbain	9,30%	24,00%	57,80%
Rural	10,10%	27,70%	21,20%
Régions			
Kayes	8,00%	31,30%	23,90%
Koulikoro	13,40%	31,10%	21,50%
Sikasso	7,40%	19,20%	22,10%
Ségou	9,70%	18,80%	27,00%
Mopti	8,30%	33,30%	26,60%
Tombouctou	11,50%	43,30%	16,40%
Gao	22,90%	57,80%	46,50%
Kidal	22,10%	37,70%	58,70%
Bamako	11,40%	24,40%	65,70%
Niveau instruction			
aucun	9,80%	26,8	25,60%
primaire	9,80%	27,20%	40,00%
secondaire	11,50%	26,20%	56,40%
supérieur	13,90%	26,50%	72,30%
Total	9,90%	26,80%	29,10%

« Chez les enfants de moins de 3 ans, les affections courantes sont les diarrhées (25,3 %), les infections respiratoires aiguës (15,3 %) et surtout le paludisme (26,8 %) »

• Paludisme

Selon l'EDS-III, le traitement par la chloroquine est le plus utilisé (toutes sources de traitement confondues) par les ménages contre le paludisme. Toutefois, dans deux cas sur cinq, ce traitement n'était ni accessible, ni disponible. D'où l'importance de la prévention dont l'une des stratégies clés est l'utilisation de moustiquaires. Le tableau suivant donne la mesure de la possession et de l'utilisation de ce support par les ménages.

Dans l'ensemble, 54,4 % des ménages possèdent une moustiquaire et 68,4 % des enfants dorment sous moustiquaire. Les régions de Sikasso (25,8 %) et Koulikoro (39,6 %) enregistrent les plus faibles taux de possession de moustiquaires mais les plus forts taux d'utilisation par les enfants. En revanche, dans la région de Gao, 90,2 % des ménages possèdent des moustiquaires et elles sont utilisées par 78,5 % des enfants.

Le taux de morbidité dû au paludisme, aux infections respiratoires et aux maladies diarrhéiques, est un facteur explicatif important du faible progrès réalisé en matière de réduction de la mortalité dans la petite enfance. La morbidité due à ces trois maladies a représenté 67,4 % en 1997. Le paludisme sévit de façon endémique avec une prévalence observée en janvier 2001 de plus de 8 % (DNSI, EMEP septembre 2001).

• Diarrhée

Au total, 18,6 % des enfants dans les ménages enquêtés ont eu la diarrhée au cours des deux dernières semaines précédant l'enquête. Les tranches les plus touchées sont les enfants de 6-23 mois, avec plus d'un enfant sur quatre, et les 24-35 mois, avec un enfant sur cinq. 16,8 % d'entre eux ont bénéficié de consultations dans un service de santé. 67,6 % des mamans connaissent le sachet de SRO, mais 12 % des enfants seulement ont bénéficié de thérapie de réhydratation orale avec le SRO. La proportion est de 2/3 des enfants si l'on prend en compte toutes les formes de réhydratation. Notons que 35,5 % des enfants malades de diarrhée ont été traités par des remèdes maison (non spécifiés) et que 16,8 % n'ont bénéficié d'aucun traitement (voir tableau n° 11 ci-contre).

• VIH / SIDA

Selon l'enquête réalisée par le Programme national de lutte contre le Sida (PNLS), en 1998, la prévalence de la pandémie serait de 3 % au niveau national. Le nombre d'adultes séropositifs est estimé à 84 000, dont 42 000 femmes. Le nombre d'enfants séropositifs est estimé à 4 800 et on compte 33 000 orphelins du Sida. 44 000 cas de Sida déclarés par les adultes et les enfants ont été

Tableau n° 10

Possession et utilisation de moustiquaires

Caractéristiques socio-démographiques	Ménages ayant des enfants de moins de 5 ans				
	Ménages ayant moustiquaire	Enfants dormant sous moustiquaire	Quelques enfants dormant sous moustiquaire	Aucun enfant n'a dormi sous moustiquaire	ND
Milieu de résidence					
Urbain	57,70%	75,20%	4,10%	11,90%	8,90%
Rural	53,40%	66,00%	6,00%	18,30%	9,70%
Régions					
Kayes	44,80%	60,40%	5,30%	28,00%	6,30%
Koulikoro	39,60%	56,90%	5,50%	19,90%	17,70%
Sikasso	25,80%	45,00%	12,00%	35,10%	7,90%
Ségou	73,20%	80,70%	6,00%	7,10%	6,20%
Mopti	73,40%	68,50%	3,40%	16,40%	11,80%
Tombouctou	81,30%	84,50%	2,00%	6,90%	6,60%
Gao	90,20%	78,50%	3,10%	16,60%	1,70%
Kidal	59,10%	47,60%	2,20%	35,90%	14,30%
Bamako	55,70%	75,10%	5,10%	9,20%	10,60%
Total	54,40%	68,40%	5,50%	16,60%	9,50%

recensés. En dépit des efforts déployés, le rythme de progression est effrayant.

Le PNLS vise la réduction de la propagation des IST et du Sida par le renforcement des capacités diagnostiques et de la sécurité transfusionnelle, le développement de la collaboration intersectorielle et l'organisation de la solidarité autour de la lutte contre le Sida.

Le centre d'écoute, de soins, d'animation et de conseil (CESAC) aux porteurs du VIH/Sida suit 1 478 personnes séropositives, dont 328 enfants (22 % de l'effectif). Le traitement sous tri-thérapie a bénéficié à 35 malades (2,35 %) et celui à l'AZT, pour prévenir la transmission mère-enfant,

à 10 femmes enceintes. Les efforts de l'Etat ont rendu des médicaments anti-rétroviraux disponibles et accessibles à prix très réduits avec des mécanismes de prise en charge gratuite pour quelques indigents.

La politique en matière de traitement du VIH/Sida porte sur la prise en charge et le suivi des personnes infectées. Il est notamment prévu d'assurer le traitement des maladies opportunistes chez les malades du Sida et celui des IST avec des médicaments essentiels génériques à coût réduit dans les formations sanitaires périphériques.

L'absence de données désagrégées sur la transmission mère-enfant du VIH/Sida (TME)

« Selon l'enquête réalisée par le PNLS, en 1998, la prévalence du VIH serait de 3 % au niveau national »

Tableau n° 11

Prévalence et traitement de la diarrhée

Caractéristiques socio démographiques	Diarrhée 2 dernières semaines précédant enquête	% enfants amenés à un service de santé	Thérapie réhydratation orale (TRO)					Autres traitements (Remède maison/autre)	Aucun
			SRO	SRM	Augmenté les liquides	SRO, SRM	SRO, SRM, ou augmenté liquides		
Age enfant en mois									
moins de 6	0,139	0,143	0,092	0,224	0,271	0,339	0,482	0,379	0,28
6 à 11	0,286	0,203	0,162	0,233	0,336	0,537	0,651	0,35	0,181
12 à 23	0,268	0,183	0,129	0,232	0,307	0,579	0,708	0,353	0,134
24 à 35	0,213	0,153	0,116	0,208	0,281	0,555	0,657	0,312	0,166
36 à 47	0,133	0,173	0,083	0,204	0,268	0,552	0,669	0,388	0,152
48 à 59	0,094	0,108	0,105	0,236	0,31	0,534	0,687	0,397	0,157
Milieu de résidence									
urbain	0,131	39,4'	0,286	0,365	0,534	0,564	0,78	0,317	0,091
Rural	0,203	0,123	0,086	0,194	0,25	0,53	0,633	0,363	0,183
Régions									
Kayes	0,231	0,128	0,084	0,354	0,393	0,546	0,741	0,323	0,148
Koulikoro	0,183	0,128	0,123	0,345	0,405	0,661	0,822	0,351	0,122
Sikasso	0,175	0,154	0,136	0,155	0,26	0,64	0,723	0,427	0,095
Ségou	0,13	0,169	0,14	0,167	0,25	0,574	0,675	0,408	0,111
Mopti	0,235	0,169	0,036	0,063	0,09	0,344	0,378	0,345	0,275
Tombouctou	0,274	0,069	0,018	0,028	0,046	0,265	0,293	0,155	0,537
Gao	0,29	0,194	0,138	0,082	0,175	0,411	0,482	0,224	0,446
Kidal	0,284	0,025	0,055	0,086	0,141	0,38	0,477	0,067	0,465
Bamako	0,138	0,409	0,342	0,417	0,639	0,539	0,801	0,357	0,053
Niveau instruction									
Aucun	0,188	0,15	0,112	0,21	0,282	0,531	0,648	0,356	0,175
primaire	0,18	0,232	0,136	0,248	0,328	0,571	0,691	0,365	0,132
secondaire	0,15	0,357	0,211	0,284	0,416	0,532	0,707	0,383	0,134
supérieur	0,178	0,441	0,295	0,61	0,759	0,547	0,861	0,243	0,091
Total	0,186	0,168	0,12	0,223	0,298	0,535	0,657	0,355	0,168

Encadré n°4

Sous-information sur le Sida

Les MST/Sida constituent une constante préoccupation. Une évolution pessimiste est prévisible si des mesures énergiques ne sont pas prises, dans un contexte où, en milieu rural, 68 % des femmes et 24 % des hommes ne possèdent aucune information sur les MST et où, en 2001, plus d'une femme malienne sur trois (35,6 %) et près d'une sur deux (47,5 %) en milieu rural pensent qu'il n'existe pas de moyens pour éviter le Sida.

Source : Bilan commun de pays, Mali, 2001.

et sur les orphelins du Sida ne permet pas d'appréhender le phénomène dans toute son ampleur ; d'où l'importance des informations que fournira l'EDS-III.

Selon des études récentes, telles que « Programmer pour une maternité sans risque » (UNICEF, 1999), les deux tiers des TME ont lieu pendant la dernière phase de la grossesse et lors de l'accouchement, le dernier tiers à l'occasion de l'allaitement maternel. Cependant, tous les enfants nés de mères séropositives ne contractent pas l'infection, la TME survenant chez approximativement un

tiers des bébés enfantés par ces dernières. Pour prévenir cette transmission, il faut garantir l'accès des femmes aux activités de conseil et de dépistage volontaire pour le VIH/Sida, à la prévention et au traitement des MST.

Un traitement par l'AZT pendant les 4 dernières semaines de la grossesse et lors de l'accouchement diminue le risque de transmission d'environ 50 % pour les femmes qui n'allaitent pas leur bébé. De plus, la transmission du VIH de la mère à l'enfant peut être réduite si la naissance a lieu par césarienne



effectuée avant le début du travail et la rupture des membranes.

L'alimentation de substitution consiste à donner à un nourrisson ne recevant pas de lait maternel une nutrition contenant tous les éléments nécessaires à sa croissance. Cette solution ne se justifie que si le risque de maladie et de décès résultant du choix de l'alimentation artificielle est inférieur au risque de transmission du VIH par le lait maternel.

Le tableau suivant résume la perception des personnes sur la transmission du VIH/Sida à l'enfant durant la grossesse, au cours de l'accouchement et à travers l'allaitement maternel.

Les perceptions sont encore confuses. Alors que la TME se réalise principalement au cours de l'accouchement et à travers l'allaitement maternel, la majorité pense qu'elle a surtout lieu durant la grossesse. Notons que le risque de TME est nettement plus perçu en milieu urbain que rural et lorsque la mère a atteint un niveau d'instruction élevé. Des efforts s'imposent en matière d'IEC sur les modes de TME du VIH/Sida.

• Mortalités générales

Des progrès importants mais insuffisants sont réalisés en ce qui concerne les mortalités néonatales, infantiles et infanto-juvéniles. Selon l'EDS-II, en vingt ans environ, soit entre 1978 et 1996, la mortalité néonatale est passée de 89 à 60 ‰, soit une baisse moyenne annuelle de 2,1 ‰. Le Mali reste néanmoins très en-deçà des performances constatées dans les pays voisins : Burkina Faso (41 ‰), Côte d'Ivoire (42 ‰), Guinée (48 ‰), Niger (44 ‰), Sénégal (37 ‰). Cette contre-performance du Mali au niveau sous-régional est exacerbée par de fortes disparités entre Bamako (45,8 ‰) et les autres chefs lieux de région (tel Sikasso avec 73,3 ‰), et entre milieux rural (74,5 ‰) et urbain (50 ‰). Il ressort également de l'EDS-II que la mortalité néonatale reste plus élevée chez les garçons (77 ‰) que chez les filles (60 ‰).

Cette enquête laisse cependant entrevoir des possibilités de réduction importante du taux de mortalité néonatale, notamment à travers l'éducation de la femme et son accès aux soins prénatals et à l'accouchement assisté. Le taux de mortalité néonatale est de 41,6 ‰ pour les enfants des mères ayant atteint le niveau d'éducation secondaire, tandis qu'il est de 70,9 ‰ pour les enfants de mères analphabètes. Pour les femmes bénéficiant

d'un accès aux soins prénatals et à l'accouchement assisté, la mortalité néonatale est de 41,6 ‰ contre 59,9 ‰ dans le cas contraire. On voit donc toute l'importance à accorder à l'éducation de la femme et à l'amélioration de la qualité de la prise en charge des grossesses et accouchements.

Sur la même période, la mortalité infantile reste très élevée, passant de 158 ‰ en 1978 à 123 ‰ en 1996, soit un taux annuel moyen de réduction de 1,30%. S'agissant de la mortalité infanto-juvénile, les taux sont respectivement de 315 ‰ et 238 ‰, soit une

Tableau n° 12

Perception des personnes sur les modes de transmission VIH/SIDA de la mère à l'enfant

Caractéristiques socio-démographiques	% disant que le Sida peut être transmis		
	Durant grossesse	Durant accouchement	Par allaitement
Ages			
15-19	41,40%	33,30%	29,50%
20-24	44,90%	38,80%	34,30%
25-29	47,30%	40,40%	35,50%
30-39	42,60%	37,00%	31,60%
40-49	34,40%	29,90%	27,10%
Milieu de résidence			
Urbain	63,80%	55,40%	42,40%
Rural	32,90%	27,60%	26,90%
Régions			
Kayes	39,00%	35,40%	32,40%
Koulikoro	40,00%	30,20%	30,00%
Sikasso	44,40%	37,80%	37,10%
Ségou	33,40%	27,20%	23,90%
Mopti	27,00%	24,80%	22,70%
Tombouctou	19,10%	16,10%	14,20%
Gao	37,90%	32,00%	30,10%
Kidal	51,10%	33,50%	26,00%
Bamako	62,50%	62,30%	44,70%
Niveau d'instruction			
Aucune	35,00%	29,70%	28,50%
Primaire	58,20%	50,00%	42,40%
Secondaire	85,10%	72,20%	50,10%
Supérieur	88,80%	78,70%	39,90%
Total	42,20%	36	31,6

« La réorientation des interventions en faveur du stade néonatal, contrairement aux stratégies en vigueur orientées essentiellement sur les stades infantile et infanto-juvénile, constitue une opportunité importante de réduction de la mortalité de l'enfant »

réduction moyenne annuelle de 1,4 %. La réduction des taux de mortalité infantile et infanto-juvénile reste inférieure à celle enregistrée pour la mortalité néonatale (2,05 % en moyenne annuelle). On observe donc un meilleur résultat pour les premières semaines de vie de l'enfant, en dépit de la faible attention accordée par les politiques à cette tranche d'âge.

Selon les résultats préliminaires de l'EDS-III, le taux de mortalité néonatale est de 67,9 %, dont 58,1 % pour le milieu urbain et 70,7 % pour les zones rurales. La région de Gao enregistre le taux le plus élevé avec 82,5 % contre 34,8 % à Kidal. Le niveau d'instruction des mères est également déterminant en matière de mortalité néonatale : sans instruction (70 %), primaire (64,6 %), secondaire (34,3 %) et supérieur (24,8 %). Quant aux autres mortalités, elles présentent les mêmes caractéristiques socio-économiques que la mortalité néonatale et se situent à : 57,9 % (post-néonatale), 125,8 % (infantile), 127,8 % (juvénile) et 237,6 % (infanto-juvénile). Les décès survenant très tôt à la naissance (mortalité périnatale) sont 54,4 % des naissances vivantes, dont les niveaux les plus élevés sont 82,6 % pour les mères de moins de 20 ans, 95,3 % pour la première grossesse (primipares), 85,1 % pour moins de 15 mois entre deux grossesses.

Au vu des résultats de l'EDS-II, on note une réduction générale des niveaux de mortalité dont les plus significatifs apparaissent aux stades néonatal (1,5 %) et post-néonatal (1,4 %) contre 0,7 % pour la mortalité infantile et 0,4 % pour la mortalité infanto-juvénile. Outre l'éducation de la femme et son accès aux soins prénatals et à l'accouchement assisté, la réorientation des interventions en faveur du stade néonatal, contrairement aux stratégies en vigueur orientées essentiellement sur les stades infantile et infanto-juvénile, constitue une opportunité importante de réduction de la mortalité de l'enfant.

• Enfants handicapés

Selon le RGPH de 1998, la population handicapée s'élève à 86 475 personnes, soit 0,9 % de la population. Plus de un quart des handicapés sont des « mal voyants » et près de 20 % sont infirmes des membres. La cécité (14,2 %) et les sourds et/ou muets (12,5 %) constituent également une part non négligeable.

Les jeunes enfants représentent 30,2 % de la population totale, parmi lesquels on compte 6 669 handicapés, soit 2,4 %. Ils se répartissent comme suit : cécité (14 %), malvoyance (12,8 %), lèpre (3,5 %), trypanosomiase (2,5 %), tuberculose (3,3 %), folie (3,6 %), onchocercose (2 %), surdité-mutité (29,8 %), malentendance (6,5 %) et infirmité de membre (22 %). Les handicaps majeurs peuvent être dus à l'avitaminose, la poliomyélite, la méningite, la malnutrition combinée à d'autres infections ou aux séquelles d'injections. Il n'existe pas de structures de prise en charge des soins médicaux spéciaux. Celles qui existent ont une vocation éducative et de production d'appareillages orthopédiques.

• Pratiques sociales néfastes à la santé de l'enfant

L'enjeu majeur est celui des risques et conséquences sanitaires liés à la pratique de l'excision encourue par le jeune enfant. Les autres aspects sanitaires seront traités dans les cycles de vie ultérieurs. Au titre des droits civils et libertés, l'ampleur de la pratique de l'excision sera considérée comme une violation largement répandue du droit à l'intégrité physique de la personne.

Il ressort des enquêtes que trois femmes sur quatre sont favorables à sa poursuite et qu'une sur dix y est défavorable.

Les mutilations génitales féminines sont une forme typique et spécifique de la violence liée au genre, exercée habituellement à l'encontre des filles entre la première enfance (dès les premières semaines) et la puberté. La pratique de l'excision est très courante au Mali (EDS-II). Indépendamment du milieu de résidence, du niveau d'instruction, de la religion ou de l'ethnie, 93,7 % de femmes de 15 à 49 sont excisées. Elles l'ont été à raison de 41,3 % entre 0-4 ans, 12,4 % entre 5-6 ans et 10,4 % entre 7-8 ans. Le pourcentage de filles de 0-15 ans excisées est de 73,6 %, dont 72,4 % entre 0-4 ans, 12,2 % entre 5-6 ans et 6,1 % entre 7-8 ans. L'excision se fait donc principalement en très bas âge. Les communes de Tombouctou et de Gao ont des niveaux de pratique nettement plus bas (9 %). La religion et le niveau d'instruction ne semblent pas jouer un rôle clé en la matière, contrairement à l'appartenance ethnique : 13,6 % chez les filles tamacheck et 38,1 % chez les sonrai. Toute mesure tendant à prévenir l'excision doit absolument porter sur la jeune enfance, et même dès la naissance.

Synthèse du diagnostic Santé et bien-être/petite enfance

Couverture sanitaire à la fin 2000

Le pays comptait 514 aires de santé fonctionnelles sur 1 006 prévues par la carte sanitaire, soit 59 % des centres de santé communautaires (CSCOM/CSAR) qui offrent le paquet minimum d'activités (PMA) dans un rayon de 15 kilomètres. Les soins spécialisés en faveur de l'enfant sont essentiellement organisés dans deux structures hospitalières.

Ressources humaines

- La mise en place d'une mission de développement des ressources humaines est une opportunité pour faire face aux problèmes de l'extension de la couverture, de la qualité des prestations et de la formation, y compris celle de spécialistes.
- L'instabilité du personnel soignant dans les CSCOM/CSAR a pour causes principales : le peu d'attrait pour le milieu rural, la faible sécurité de l'emploi, l'absence d'une gestion de carrière du personnel communautaire et le manque d'opportunités de formation et de spécialisation ; situation aggravée par la compétition entre les ONG, le privé et l'Etat.
- La répartition des sages-femmes et infirmières obstétriciennes est très inégale entre le reste du pays et Bamako qui, avec 10 % de la population, regroupe 43 % de l'effectif.

Vaccination

- Les enfants maliens sont vaccinés avec retard ; le taux de couverture des enfants de 12-23 mois (46 %) dépasse du double celui des enfants de 0-11 mois (21,7 %).
- Le taux d'abandon en cours de vaccination est très élevé, avec plus d'un cas sur cinq en moyenne nationale, environ deux cas sur cinq dans les régions de Gao, Tombouctou et Kidal, et plus d'un cas sur trois pour la région de Sikasso.
- Il subsiste une grande disparité entre Bamako, où le taux est de 84,3 %, et le reste du pays, où il varie entre un minimum de 28,8 % et un maximum de 58,7 %.

Nutrition

- L'allaitement maternel est largement pratiqué (100 % pour les 0-3 mois et 98 % jusqu'à 12 mois), mais compte tenu des croyances, le colostrum est peu consommé et l'allaitement exclusif reste marginal, avec 12 %, du fait de la méconnaissance des bienfaits de ces pratiques par les familles.
- L'émaciation affecte 23,3 % des enfants de moins de 3 ans et 33,3 % des enfants de 12 à 23 mois.
- Le retard de croissance concerne 30,1 % des enfants de moins de 3 ans et 47 % des enfants de 24 à 35 mois.
- Le milieu de résidence et le niveau d'instruction de la mère sont des facteurs en fonction desquels l'état nutritionnel des enfants présente de fortes variations.
- La prévalence élevée des carences en micronutriments, notamment en vitamine A et en iode, est attestée par la faible consommation de sel iodé et largement due à l'inexistence d'une véritable stratégie opérationnelle de distribution de vitamine A, à l'exception des JNV.
- La faible couverture des besoins en eau potable (48 % dont 36 % pour le milieu rural) et en dispositifs d'assainissement (7,2 %, mais 15,8 % dans les villes et 4 % en milieu rural), explique la forte prévalence des maladies d'origines hydrique.

Morbidité et mortalité

- Le paludisme, les infections respiratoires et les maladies diarrhéiques constituent les principales causes de morbidité (67,4 % en 1997) et de mortalité aux jeunes âges.
- Le paludisme sévit de façon endémique avec une prévalence observée en janvier 2001 de plus de 8 %.
- On note une prévalence élevée de la morbidité néonatale dominée par les infections, la souffrance fœtale, la prématurité, la déshydratation, l'anémie et la malformation.
- Chez les enfants de moins de 3 ans, les affections courantes sont les diarrhées et les infections respiratoires aiguës.
- Les mortalités aux jeunes âges restent très élevées : néonatale (60 ‰), infantile (123 ‰) et infanto-juvénile (238 ‰) en 1996.
- La réduction des taux de mortalité infantile et infanto-juvénile reste inférieure à celle enregistrée pour la mortalité néonatale (2,1 % en moyenne annuelle).
- Le taux de mortalité néonatale est de 41,6 ‰ pour les enfants des mères ayant atteint le niveau d'éducation secondaire tandis qu'il est de 70,9 ‰ pour les enfants de mères analphabètes.
- Il est de 41,6 ‰ pour les enfants des femmes ayant accès aux soins prénatals et à l'accouchement assisté contre 59,9 ‰ dans le cas contraire.

VIH/Sida

- L'absence de données désagrégées sur la transmission mère-enfant du VIH/Sida (TME) et sur les orphelins du Sida ne permet pas de chiffrer l'ampleur du phénomène qui demeure un problème très préoccupant.
- Les études récentes sur la TME indiquent avec précision les périodes de risques et les mécanismes de prévention et de prise en charge.
- Des médicaments anti-rétroviraux à un prix accessible commencent à être disponibles avec des mécanismes de prise en charge gratuite d'un petit nombre d'indigents.

Handicaps

- Les handicaps majeurs sont : la cécité (14 %), la malvoyance (12,8 %), la surdi-mutité (29,8 %) et l'infirmité de membre (22 %) ; ils peuvent être occasionnés par l'avitaminose, la poliomyélite, la méningite, la malnutrition combinée à d'autres infections ou les séquelles d'injections.
- Inexistence de structures de prise en charge des soins spéciaux.

Excision

- Les mutilations génitales féminines sont une forme typique et spécifique de la violence liée au genre, exercée habituellement à l'encontre des filles entre la première enfance (dès les premières semaines) et la puberté.
- La pratique de l'excision est très répandue : sur 93,7 % des femmes de 15-49 ans excisées, 41,3 % l'ont été entre 0-4 ans et sur 73,6 % des filles de 0-15 ans excisées, 72,4 % l'ont été entre 0-4 ans.
- Les risques et conséquences néfastes de la pratique de l'excision sont nombreux et variés pour le jeune enfant : hémorragie, téta-nos, Sida, traumatismes entraînent des difficultés d'accouchement et la mortalité néonatale.

« 93,7 %
de femmes
de 15 à 49 ans
sont excisées.
Elles l'ont été
à raison de
41,3 %
entre 0-4 ans,
12,4 %
entre 5-6 ans
et 10,4 %
entre 7-8 ans »

Les principaux risques et conséquences néfastes de cette pratique sur le jeune enfant sont l'hémorragie pouvant entraîner une anémie ou même la mort chez la fillette, le tétanos ou le Sida. D'autres infections de l'appareil génital peuvent survenir et causer des difficultés d'accouchement à l'origine de traumatismes et même de déformations chez le bébé, ainsi que des risques de détresse respiratoire (étouffement) pendant l'expulsion et de mortalité néonatale.

EXAMEN DE L'OFFRE DE SERVICE - DISPONIBILITÉ ET QUALITÉ

L'offre à organiser est le paquet minimum d'activités (PMA, y compris les soins spéciaux et de rééducation), l'éveil et la stimulation du jeune enfant. Elle concerne les services publics, le secteur privé et communautaire, les collectivités, la société civile et les familles.

Cette offre se caractérise par la faiblesse de la couverture sanitaire et sociale et de la qualité des soins. Elle s'organise autour d'un plateau technique et des mesures d'ordre législatif et réglementaire adaptées à chaque niveau de la pyramide sanitaire. Le plateau technique se compose du personnel, des infrastructures, des équipements, de la logistique, des fournitures techniques (médicaments, vaccins, réactifs, etc.), des normes et procédures techniques. Les mesures d'ordre législatif et réglementaire définissent les attributions, les modes d'organisation et de fonctionnement, de contrôle et de suivi/évaluation des différentes structures et acteurs de la santé. L'offre produite par ce plateau technique repose sur ce dispositif légal qui définit en même temps les rôles et fonctions des différents intervenants.

L'extension de la couverture sanitaire se fonde sur des normes de construction et d'équipements, et un partenariat pour assurer le cofinancement.

S'agissant des CSCOM/CSAR, les principaux moyens d'intervention sont le respect de la carte sanitaire et la responsabilisation des communautés pour la création et la gestion des structures de santé communautaire. L'implantation des structures sanitaires de cercles, de régions et du niveau national, est restée en général conforme au découpage administratif.

La politique sectorielle définit la carte sanitaire comme instrument de sa mise en œuvre avec l'implication des communautés.

Cependant, l'implantation des structures de santé respecte peu l'esprit de la carte sanitaire et conduit à des interventions anarchiques dans ce secteur de la part de partenaires techniques et financiers extérieurs et nationaux avec, souvent, l'encouragement de l'administration, ce qui met en cause la viabilité des aires de santé. Ce non-respect de la carte sanitaire s'explique principalement par l'absence de textes réglementaires lui donnant force de loi et la sous-estimation de son importance stratégique.

Les ressources humaines constituent un élément déterminant de l'organisation de l'offre, de sa production et de sa qualité. Le diagnostic fait ressortir l'insuffisance qualitative et quantitative des ressources humaines ainsi que l'inégalité de leur distribution. Les efforts sont centrés sur l'élaboration et la mise en œuvre du plan décennal des formations initiale et continue, l'adoption de cadres organiques et la création d'une mission de développement des ressources humaines.

Au plan national, la faculté de médecine, y compris ses cours de spécialisation (pédiatrie, cardiologie, chirurgie, épidémiologie), et les structures de formation paramédicale (kinésithérapeute, techniciens de santé, sages-femmes, matrones, techniciens de développement communautaire, assistantes sociales, etc.) assurent la formation initiale et continue. Ces structures n'arrivent pas à couvrir les besoins des cadres organiques des centres de santé, des hôpitaux et des centres spécialisés, et sont fortement concentrées à Bamako. D'autres formations, notamment à l'intention des personnes qui s'occupent des enfants handicapés (familles, collectivités, institutions spécialisées, etc.), font cruellement défaut. Les formations à l'étranger, destinées essentiellement aux spécialisations, sont tributaires de financements extérieurs.

La faible présence effective du personnel à son poste de travail pour différents motifs (formation, congés, mission, personnel) peut provoquer une discontinuité de l'offre et entraîner une sous-fréquentation des structures par les populations. Le sous-équipement, les faibles perspectives de développement de carrière, le bas niveau des salaires, entraînant la démotivation du personnel, influencent négativement l'offre et sa qualité.

Les structures se caractérisent par un sous-équipement et une vétusté précoce de la logistique. Cette situation est aggravée par un

système inapproprié de maintenance des infrastructures et des installations et l'absence d'une politique d'amortissement et de financement des investissements. Cet ensemble de facteurs joue à la fois sur la motivation du personnel, la production, la continuité et la qualité de l'offre.

La disponibilité en médicaments essentiels à un coût abordable a connu une amélioration sensible depuis la mise en vigueur du schéma directeur d'approvisionnement en médicaments essentiels en 1996. Ce schéma repose sur des dépôts répartiteurs de cercle auprès desquels les structures périphériques s'approvisionnent en vue de rendre les médicaments disponibles pour les populations. En plus des disponibilités au sein des structures périphériques, le nombre des officines privées est passé de 81 en 1998 à 237 en 2000. Celui des dépôts pharmaceutiques privés a fluctué comme suit : 140 en 1998, 152 en 1999 et 137 en 2000. La baisse constatée en 2000 pourrait s'expliquer par l'ouverture d'officines dans les zones couvertes par les dépôts. Par ailleurs, l'absence de critères pour assurer la rationalisation de l'ouverture des officines et des dépôts conduit à la précarité de ces structures du fait d'une concurrence de plus en plus rude. Ce dispositif est complété par un ensemble d'indicateurs de mesure de son efficacité pour garantir un meilleur accès aux médicaments et, partant, améliorer l'attrait et la qualité de l'offre. Il en est ainsi du nombre de jours de rupture des dix médicaments essentiels pour les pathologies les plus courantes et du coût moyen de l'ordonnance.

L'approvisionnement en vaccins, qui constituait un goulot d'étranglement au droit à l'immunisation des enfants, a été facilité en 1997 avec l'avènement de l'Initiative d'indépendance vaccinale. Depuis, la fourniture des vaccins du programme élargi de vaccination (PEV) est totalement assurée par le budget de l'Etat et leur disponibilité est quasi permanente dans les formations sanitaires. Cependant, des ruptures fonctionnelles imputables aux aléas et à la gestion inappropriée des stocks entraînent une discontinuité dans la satisfaction des besoins d'immunisation.

En matière de pathologie, la fièvre jaune et l'hépatite B étaient considérées comme un risque réel, mais leur coût dissuasif n'a pas permis leur introduction dans le PEV. En effet, un des facteurs de vulnérabilité de

l'Initiative d'indépendance vaccinale au Mali réside dans la prise en charge du financement interne de l'immunisation par l'Etat seulement. De plus, les horaires de vaccination en vigueur dans les formations sanitaires ne sont pas toujours compatibles avec ceux des ménages, ce qui entraîne la limitation de l'accès à l'offre et une déperdition élevée.

Le Département de la santé a élaboré et mis en œuvre plusieurs normes et procédures techniques relatives notamment à la vaccination, à la surveillance préventive des enfants, à la prise en charge intégrée des maladies de l'enfance (PCIME), aux consultations curatives et pédiatriques. Cependant, le sentiment d'insécurité dû à la péremption du vaccin, les mauvais diagnostics ou encore les handicaps dus à une mauvaise injection sont des signes d'insuffisance dans l'application de ces mesures, imputables au faible niveau de formation, au manque de contrôle des ordres professionnels et de conscience professionnelle, ainsi qu'aux carences dans l'application des sanctions administratives et pénales. Cette situation est aggravée par l'absence de dispositifs juridiques susceptibles de renforcer ces normes techniques.

Parmi les mesures législatives et administratives, signalons la politique sectorielle de santé et de population, les lois de création des services, les décrets portant sur la gratuité des soins pour les 0-12 ans, les organes de suivi du PRODESS, la liste des médicaments essentiels et les arrêtés, notamment celui portant sur la création et les modalités de fonctionnement des CSCOM. Cependant, des entraves à la mise en œuvre progressive des droits subsistent, tant dans le contenu des textes que dans leur application, pour assurer une protection sanitaire du jeune enfant. Bien que les systèmes de recouvrement et de partage de coûts garantissent la pérennité du financement des services, ils ne devraient pas remettre en cause le droit à la gratuité des soins reconnus aux enfants de 0 à 12 ans en application du décret 243 du 19 septembre 1983 portant sur le régime de tarification des actes médicaux et l'hospitalisation. Le non-rétablissement du droit institué par ce décret peut s'expliquer par la méconnaissance du texte à la fois de la part des bénéficiaires et du personnel, ainsi que par l'absence de sanctions et de mécanismes indépendants de recours et de contrôle. La primauté donnée au financement des structures de base,

**« La disponibilité
en médicaments
essentiels
à un coût abordable
a connu
une amélioration
sensible
depuis la mise
en vigueur
du schéma directeur
d'approvisionnement
en médicaments
essentiels
en 1996 »**

bien que justifiée, n'élimine nullement l'obligation pour l'Etat et la communauté de contrôler le degré de réalisation ou de non-réalisation des droits de l'enfant. La faible application des mécanismes de suivi du respect des normes d'implantation, du fonctionnement des organes de gestion et de la qualité des prestations conférés aux autorités sanitaires par voie législative et réglementaire, influence négativement l'offre de santé.

Les données budgétaires n'étant pas désagrégées par cycle de vie elles seront traitées plus loin de façon globale. En effet, l'incidence des dépenses budgétaires sur la santé et le bien-être du jeune enfant ne peut être isolée dans l'analyse.

Synthèse de l'examen de l'offre de service - santé et bien-être/jeune enfance

- L'offre se caractérise par la faiblesse de la couverture sanitaire et sociale et de la qualité des soins, et s'organise autour d'un plateau technique et des mesures d'ordre législatif et réglementaire adaptées à chaque niveau de la pyramide sanitaire.
- La politique sectorielle définit la carte sanitaire comme l'instrument de sa mise en œuvre avec l'implication des communautés en vue de leur participation garantissant la gestion, la viabilité et la pérennisation du centre de santé, ce qui requiert un partenariat tripartite Etat, partenaires, communautés, qui assure la création du centre de santé communautaire à travers un système de cofinancement.
- La faible présence effective du personnel à son poste de travail, pour différents motifs, provoque une discontinuité de l'offre et entraîne une sous-fréquentation des structures par les populations.
- Les structures se caractérisent par un sous-équipement et une vétusté précoce de la logistique qui sont aggravés par un système inapproprié de maintenance des infrastructures et des installations et par l'absence d'une politique d'amortissement et de financement des investissements, dont les effets conjugués jouent à la fois sur la motivation du personnel, la production, la continuité et la qualité de l'offre.
- La disponibilité en médicaments essentiels à un coût abordable a connu une amélioration sensible depuis la mise en vigueur du schéma directeur d'approvisionnement en médicaments essentiels et la définition d'indicateurs de mesure vérifiant l'efficacité du système d'approvisionnement est en place.
- Avec l'avènement de l'Initiative d'indépendance vaccinale, le vaccin est disponible de manière quasi permanente dans les formations sanitaires ; les ruptures sont d'ordre fonctionnel et imputables aux aléas et à la gestion inappropriée des stocks. Elles entraînent une discontinuité dans la satisfaction des besoins d'immunisation.
- Les horaires de vaccination en vigueur dans les formations sanitaires ne sont pas toujours compatibles avec ceux des familles, ce qui entraîne une limitation de l'accès à l'offre et une déperdition élevée.
- La faible application des mécanismes de suivi du respect des normes d'implantation, de la gratuité des soins reconnue aux enfants de 0 à 12 ans en application du décret 243, du fonctionnement des organes de gestion et de la qualité des prestations conférés aux autorités sanitaires par voie législative et réglementaire, et l'absence de mécanismes indépendants de recours et de contrôle influencent négativement l'offre de santé.
- La primauté donnée au financement des structures de base à travers un système de recouvrement de coût, bien que justifiée, n'élimine nullement l'obligation pour l'Etat et la communauté de contrôler le degré de réalisation des droits de l'enfant.

**EXAMEN DE LA DEMANDE POTENTIELLE
- ACCESSIBILITÉ ET UTILISATION**

La demande potentielle s'articule autour des besoins de l'enfant durant ce cycle de vie, à savoir une nutrition adéquate, y compris l'accès à l'eau potable ; l'hygiène et l'assainissement de base ; les soins de santé appropriés (préventif, curatif, promotionnel) ; la lutte contre les pratiques néfastes ; les soins spéciaux et de rééducation des handicapés ; la solidarité sociale (sécurité sociale, lutte contre l'exclusion, assurances, mutuelles, secours, assistance) et un environnement stimulant (familial, éducatif, institutionnel).

La demande potentielle présente deux aspects. Le premier renvoie à une demande clairement exprimée (soins de santé appropriés, soins spéciaux et de rééducation) à laquelle correspond une « offre organisée » mais insuffisante. Le second représente la demande dont il faut susciter l'expression (nutrition adéquate, environnement stimulant, solidarité sociale, lutte contre les pratiques néfastes) pour organiser une « offre conséquente ».

Une illustration du premier type de demande concerne l'utilisation des services de santé par la population dont la norme de fréquentation au Mali est de 0,3 contacts par individu et par an. Au regard de la morbidité élevée, ce taux demeure très faible (0,17), après près de dix ans de mise en œuvre de la politique sectorielle de santé. Il ressort du diagnostic que le faible niveau d'éducation, d'information et de connaissance des besoins de l'enfant à ce stade par ceux qui assurent sa prise en charge, constitue un facteur important de limitation de l'expression de la demande. Parmi les autres facteurs limitants, signalons la pauvreté de la population (69 % en dessous du seuil), le coût des prestations (coût moyen de l'épisode curatif : 1 590 F CFA), la faible accessibilité géographique touchant 36 % de la population vivant à moins de 5 kilomètres d'une structure de santé et le dysfonctionnement des mécanismes de contrôle du sel iodé aux frontières et à l'intérieur du pays. Cette situation conduit la population à recourir à des services de substitution : tradipraticiens, automédication, marché informel du médicament.

L'analyse du second type de demande a souffert de faiblesses d'ordre conceptuel et

méthodologique. C'est ainsi que l'excision a été successivement considérée comme un problème de coutume et de religion, puis exclusivement comme un problème de santé publique. Si cette pratique est effectivement néfaste à la santé et au bien-être de la jeune fille, il n'en demeure pas moins qu'elle représente une violation de ses droits civils et libertés. Ces faiblesses expliquent les limites rencontrées dans les stratégies de lutte. De même, le concept de l'allaitement a évolué de l'allaitement maternel à l'allaitement exclusif. Quant à l'environnement stimulant, il reste méconnu de la grande majorité de la population. C'est ainsi que 75,3 % des femmes ont

**Synthèse de l'examen de la demande potentielle
de service - santé et bien-être/jeune enfance**

- Une demande clairement exprimée (PMA, y compris les soins spéciaux et de rééducation) à laquelle correspond une « offre organisée » mais insuffisante.
- Une demande dont il faut susciter l'expression (l'éveil et la stimulation du jeune enfant) pour organiser une « offre conséquente ».
- Le faible niveau d'éducation, d'information et de connaissance des besoins de l'enfant à ce stade par ceux qui assurent sa prise en charge, constitue un important facteur de limitation de l'expression de la demande.
- La faible accessibilité géographique : 36 % de la population vit à moins de 5 kilomètres d'une structure de santé.
- D'autres facteurs de limitation de l'expression de la demande concernent la pauvreté de la population (69 % en dessous du seuil) et facilitent le recours des populations à des services de substitution, comme les tradipraticiens, l'automédication, le marché informel du médicament.
- La pratique de l'excision est néfaste à la santé et au bien-être de la jeune fille, et constitue une violation de ses droits civils et libertés.
- La notion d'environnement stimulant reste méconnue pour une grande majorité de la population : opinion favorable des femmes à l'excision (75,3 %) faible écho de l'éducation parentale, persistance de certaines croyances relatives à la nutrition (exemple : le colostrum considéré nocif pour l'enfant).

« **Les mutilations
génitales féminines
sont une forme
typique
et spécifique
de la violence liée
au genre,
exercée
habituellement à
l'encontre des filles
entre la première
enfance
(dès les premières
semaines)
et la puberté** »

une opinion favorable à l'excision (EDS-II) et que persistent certaines croyances en matière de nutrition (exemple : le colostrum considéré nocif pour l'enfant). Dans le même temps, l'éducation parentale ne reçoit qu'un faible écho.

COORDINATION DE L'OFFRE ET DE LA DEMANDE

Cette coordination concerne la couverture, le plaidoyer et la communication prévue pour un changement des comportements.

L'analyse met en évidence l'unicité de la cible et la nécessité du rétablissement de son droit. Pour améliorer l'efficacité et l'effectivité de l'offre du droit à un environnement favorable à la santé et au bien-être de l'enfant, il convient de renforcer le cadre d'intervention en termes d'efficacité :

- du contrôle de gestion, de la vérification des normes et standards techniques et des mécanismes de motivation ou de sanction par les ordres professionnels et les structures publiques mandatées qui influencent la qualité de l'offre et l'expression de la demande de service ;

- de la régularité et de la qualité des supervisions et de celles du suivi par les services techniques qui influencent l'effectivité et la qualité de l'offre.

Ce cadre cohérent définissant les priorités, les modes d'action et les rôles des différents acteurs facilitera l'identification et la coordination des départements et organismes responsables concernant directement ou indirectement la situation de l'enfant à tous les niveaux du gouvernement, des partenaires compétents, dont les ONG, la société civile et, enfin, de la famille.

L'aboutissement de ces efforts conjugués se heurte à la faiblesse des capacités à planifier la communication et le plaidoyer permettant d'isoler et d'analyser les facteurs (prédisposant, renforçant, facilitant) à la base des comportements qui affectent la demande. La pertinence et l'efficacité des interventions ne pourront être effectives que si elles reposent sur un système performant d'informations statistiques.

1.A. c) Axes d'orientation

ASPECTS À CONSOLIDER

- La poursuite de l'extension de la couverture sanitaire, y compris le premier niveau de référence avec la périnatalité comme porte d'entrée ;

- La promotion d'une véritable politique de développement des ressources humaines incluant : 1) les aspects quantitatif, qualitatif et de spécialisation ; 2) la gestion de carrière, y compris la stabilité du personnel au niveau périphérique et de la première référence ;

- La répartition équilibrée entre les différents niveaux de la pyramide sanitaire en donnant la priorité aux zones difficiles (critères de viabilité, caractéristiques physiques, problèmes sociologiques) ;

- En raison des vertus du lait maternel, les croyances visant à priver l'enfant d'un mode de consommation approprié de cet aliment doivent être identifiées et modifiées en faveur de l'allaitement exclusif, y compris la consommation de colostrum ;

- La faible consommation de sel iodé, l'inefficacité des mesures de contrôle et le non-respect de la législation en vigueur interdisant l'importation du sel non iodé ;

- L'absence d'une véritable stratégie opérationnelle de distribution limite l'accès à la vitamine A ;

- La faible couverture des besoins en eau potable (48 % au niveau national et 36 % pour le milieu rural) et en dispositifs d'assainissement (7,2 %, mais 15,8 % en milieu urbain et 4 % en zone rurale) expliquent la forte prévalence des maladies d'origine hydrique ;

- Les mutilations génitales féminines sont une forme typique et spécifique de la violence liée au genre, exercée habituellement à l'encontre des filles entre la première enfance (dès les premières semaines) et la puberté ; la pratique de l'excision est néfaste à la santé et au bien-être de la jeune fille, elle constitue une violation de ses droits civils et libertés ;

- Outre l'éducation de la femme et son accès aux soins prénatals et à l'accouchement assisté, la réorientation des interventions en faveur du stade néonatal, contrairement aux stratégies en vigueur, orientées essentiellement vers les stades infantile et infanto-juvénile, offre une opportunité importante de réduction des mortalités chez l'enfant ;

- Les enfants maliens sont vaccinés en retard avec un fort taux d'abandon en cours de vaccination, variable selon les régions, et une incompatibilité entre les horaires de vaccination en vigueur dans les formations sanitaires et ceux des familles ;

- L'efficacité et l'effectivité des mesures, telles que le système de contrôle indépendant, la pertinence des interventions, la réalisation des objectifs, l'exploration approfondie du domaine, les modifications des comportements clés, devront reposer sur un système performant d'informations statistiques.

ASPECTS A SUSCITER

- La méconnaissance et l'ignorance, dues au faible niveau d'instruction de la mère, sont parmi les principales causes du mauvais état de santé et de bien-être de l'enfant, surtout lorsque les femmes et leurs familles ne savent pas discerner les signes d'un danger, prendre conscience de la nécessité d'une action rapide et s'adresser à la structure appropriée pour rechercher de l'aide ;

- L'insuffisance des capacités et des méthodes de traitement des déchets et une forte prédominance des comportements individuels et collectifs en matière d'hygiène défavorables à la réduction des maladies liées à l'eau et à l'insalubrité du milieu.

- Les soins spécialisés, spéciaux et de maternage restent insuffisamment développés ;

- Le rapport avec le groupe cible (0-8 ans) et en relation avec la transmission mère-enfant du VIH/Sida (TME), y compris les orphelins du Sida, la promotion des connaissances précises sur les périodes de risques et les mécanismes de prévention et de prise en charge de la TME, et l'accès aux anti-rétroviraux à un prix abordable, y compris la gratuité pour les indigents ;

- La sous-fréquentation des formations sanitaires, y compris celles assurant un PMA complet est tributaire de :

- l'insuffisance du contrôle de gestion, de la vérification des normes et standards techniques et l'absence de motivation ou de sanction par les ordres professionnels et les structures publiques mandatées, qui influencent la qualité de l'offre et l'expression de la demande de service,

- la non-régularité et la qualité des supervisions et celles du suivi par les services

techniques, qui influencent l'effectivité et la qualité de l'offre.

1.B. Droit à l'éducation, aux loisirs et aux activités culturelles

1.B.a) Description

L'éducation ne se limite pas à l'enseignement donné à l'école. Elle désigne le processus global de la société par lequel les personnes et les groupes sociaux apprennent à assurer consciemment, à l'intérieur de la communauté nationale et internationale et au bénéfice de celle-ci, le développement intégral de leur personnalité, de leurs capacités, de leurs attitudes, de leurs aptitudes et de leur savoir.

Au cours de cette phase, le processus consiste essentiellement à préparer le jeune enfant, dans son milieu de vie (famille, garderie, crèche, jardin d'enfant, clos, etc.) aux apprentissages fondamentaux et à la socialisation. Dans cette perspective, l'éveil et la stimulation de son potentiel cognitif et affectif favorisent son entrée et son parcours dans le cycle fondamental. L'analyse de la jouissance par l'enfant de son droit à l'éducation se limitera, ici, à sa préparation à l'entrée à l'école.

L'enfant doit pouvoir bénéficier d'un bon départ dans la vie. Amorcé dans la catégorie de droits « Santé et bien-être », ce départ doit se poursuivre et se consolider à travers un environnement culturel et éducatif stimulant. Dans cette logique, la faiblesse de la protection et de la stimulation de la petite enfance, peu favorables à sa transition vers l'école, s'impose comme le problème central. Celui-ci, bien que constituant une confirmation des « problèmes classiques » nécessitant des actions de consolidation, relève aussi de l'émergence de « problèmes de type nouveau » liés à des besoins, jusque-là peu ou pas pris en charge, et fortement influencés par les aspects comportementaux.

1.B. b) Analyse : protection et stimulation faibles de la petite enfance peu favorables à la transition vers l'école

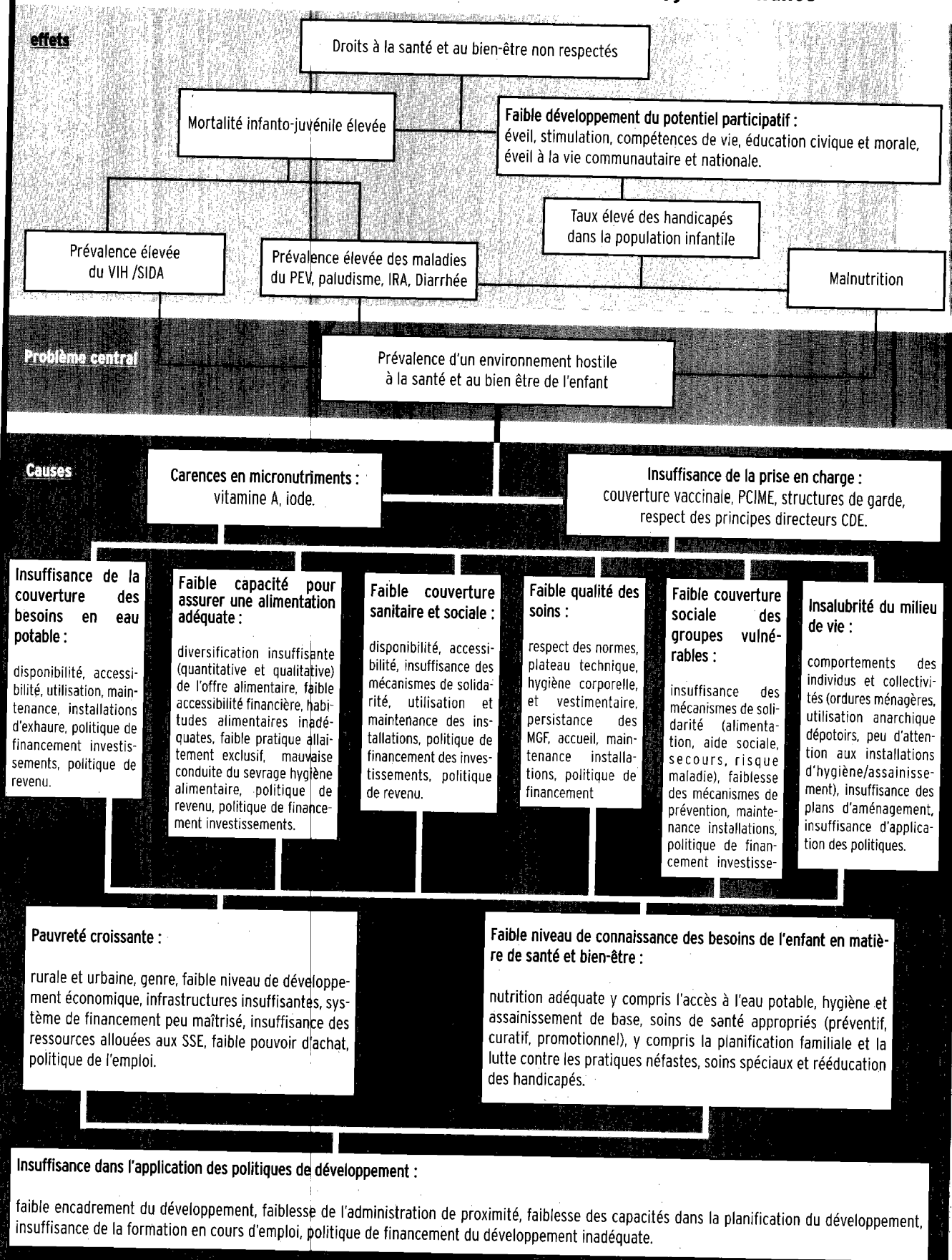
DIAGNOSTIC DE SITUATION

Ce domaine se caractérise par la coexistence d'une forme institutionnelle (préparation à la vie scolaire : garderie, crèche, jardin

« La méconnaissance et l'ignorance, dues au faible niveau d'instruction de la mère, sont parmi les principales causes du mauvais état de santé et de bien-être de l'enfant »

Schéma n° 2 :

Schéma de l'analyse causale - santé et bien-être/jeune enfance



d'enfant, institution d'éducation spéciale, etc.) et de modèles traditionnels (acquisition des aptitudes essentielles à la vie de tous les jours : famille, garderie traditionnelle, école coranique, « tierce garde », etc.) et la faiblesse, voire l'inexistence d'informations.

Les formes institutionnelles ont pour fonction principale la préparation du jeune enfant à la vie scolaire. Le développement de sa motricité fine par la manipulation de son environnement le prépare à l'écriture. La maîtrise du langage, par la conversation et la chanson, le prépare à la lecture. De plus, ces institutions prolongent l'éducation familiale et communautaire à travers l'apprentissage de la maîtrise de soi, de l'esprit de groupe (esprit de compréhension, de tolérance et d'égalité), du sens de sa compétence personnelle à poser des questions, à observer et à acquérir des aptitudes essentielles à la vie de tous les jours (respect de sa famille, de son identité culturelle, de sa langue, de sa religion, des valeurs nationales de son pays et du milieu naturel).

Le taux d'encadrement dans ces institutions demeure particulièrement bas, bien que la tendance soit à la hausse. Selon les données de la cellule de planification et de statistique du ministère de l'Education (CPS-ME :

tableau de bord 1999), le taux brut de préscolarisation (3 à 6 ans) a progressivement évolué de 1,2 % en 1994/95 à 1,7 % en 1997/98. On constate la même évolution chez les filles (1,2 % à 1,7 %) que chez les garçons (1,3 % à 1,8 %). Ce faible niveau de préscolarisation est accentué par de larges inégalités entre Bamako, qui préscolarise au moins un enfant sur dix, et les autres régions qui encadrent moins de deux enfants sur cent. En ce qui concerne l'éducation spéciale, il n'a pas été possible d'apprécier la situation, les données n'étant désagrégées ni par âge ni par sexe.

Le nombre d'institutions d'éducation préscolaire, tous types confondus, est très insuffisant au regard de la population de la tranche d'âge concernée : 212 institutions pour une capacité d'accueil de 591 classes, soit moins de deux classes par institution. La quasi-totalité de ces structures, aussi bien préscolaires que spéciales, se situe en milieu urbain. L'encadrement est pris en charge par 1 050 éducateurs préscolaires qualifiés, dont une forte majorité de femmes (839), soit 80 %, et par 165 éducateurs spécialisés dans 11 établissements d'éducation spéciale pour l'ensemble des handicapés.

« Le faible niveau de préscolarisation est accentué par de larges inégalités entre Bamako, qui préscolarise au moins un enfant sur dix, et les autres régions qui encadrent moins de deux enfants sur cent »



« Dans le modèle traditionnel, l'intelligence de l'enfant étant généralement considérée comme d'origine divine ou mystique, il s'ensuit une sous-estimation du besoin de développer ses potentialités cognitives »

Les modèles traditionnels constituent la dominante de ce secteur. Remplissant une fonction de socialisation, de soins physiques, sanitaires et nutritionnels, les modèles traditionnels se perpétuent à travers les familles, les garderies traditionnelles, les écoles coraniques et les tierces gardes. La reproduction sociale est vivement souhaitée, le modèle étant le parent ou la fratrie. En effet, chaque famille, groupe social ou communauté, souhaite éduquer l'enfant selon ses valeurs en le préservant de toute influence extérieure.

Cette fonction de socialisation s'exerce suivant la méthode des « essais-erreurs, punitions corporelles et exemples ». Il est souvent fait recours aux pratiques magico-religieuses pour développer l'intelligence de l'enfant lorsque les parents constatent un retard mental. L'intelligence de l'enfant est testée avant l'entrée à l'école coranique par le test de comptage.

L'intelligence de l'enfant étant généralement considérée comme d'origine divine ou mystique, il s'ensuit une sous-estimation du besoin de développer ses potentialités cognitives. Cette perception, qui s'ajoute à la recherche de la reproduction sociale, influence les pratiques éducatives, lesquelles consistent en général à observer l'enfant et à corriger ses erreurs.

De l'indépendance à 1987, la prise en charge du jeune enfant était envisagée sous un angle social dans le souci de soulager les parents travailleurs. Cette perception n'a pas permis la prise en charge effective des besoins d'éducation inhérent à cet âge (éveil, stimulation des fonctions cognitives), l'accent étant mis sur les fonctions ludiques et de gardiennage.

L'arrêté 90/2580/MSP.AS/CAB fixe les modalités d'application du décret 208/PG-RM du 4 août 1987 portant organisation de l'exercice privé des professions sociales. Les institutions d'éducation spéciale se composent de centres de rééducation à vocation sanitaire et de centres de réadaptation à vocation éducative (formation professionnelle et réinsertion sociale). Les premiers ne mentionnent pas spécifiquement le jeune enfant et les seconds ne le concernent pas pour l'instant. Les institutions d'éducation préscolaire comprennent la crèche visant le développement psychomoteur harmonieux des 0-3 ans, le jardin d'enfants pour l'éveil psychologique et l'épanouissement de toute la personnalité

des 3-6 ans et la garderie d'enfants consistant en la surveillance des 0-3 ans pour un temps limité. Ici, les objectifs d'éducation sont clairement affirmés et la référence à la cible est sans équivoque. Les institutions d'aide ou d'action sociale sont de trois types : le centre d'accueil pour enfants est chargé de recueillir les enfants dépourvus de parents et de substituts parentaux valables pour leur entretien et leur éducation ; le centre d'économie familiale initie ses clients à la gestion, à l'utilisation et au développement des ressources pour eux-mêmes et pour le bien-être des membres de leurs familles ; les maisons familiales ont pour vocation l'hébergement, la restauration et l'organisation des loisirs pour des personnes seules ou souffrant d'incapacités.

La création de la Direction nationale de l'éducation préscolaire et spéciale (loi 93-023 du 13 mai 1993) et la réorganisation de l'enseignement (loi 94/010 du 24 mars 1994) indiquent une reconnaissance de la prise en charge de l'éducation du jeune enfant par le système éducatif. La transformation, en 2001, de cette Direction en division, à la faveur du Programme décennal de développement de l'éducation (PRODEC), pourrait laisser présager un recul sur le plan institutionnel.

Si ce cadre formel a permis une plus grande intégration des besoins d'éducation et de socialisation à cet âge critique, il n'a pas pour autant intégré et valorisé les modèles traditionnels d'éducation du jeune enfant qui restent dominants dans la pratique. Dans les faits, ce cadre formel, qui devait corriger les lacunes d'avant 1993, continue d'assurer un simple gardiennage et ne couvre donc pas l'ensemble des besoins d'ordre éducatif et de socialisation de l'enfant, tant pour les petits dont le développement demande surtout sécurité, relations individuelles continues et stimulation personnelle, que pour les plus grands qui ont également besoin d'études surveillées.

Au niveau communautaire, le peu d'attention accordé aux modèles développés en milieu traditionnel n'a pas permis aux mères d'enfants en bas âge de faire bénéficier ceux-ci des dispositions traditionnelles comme les groupes de jeux, les ludothèques et les clubs de jeux. En outre, l'Etat n'a pas suffisamment assumé son devoir d'éduquer et de conseiller les parents en ce qui concerne leurs responsabilités à l'égard des enfants. D'où l'importance de programmes permettant aux familles

de se familiariser avec les rôles et devoirs des parents touchant le développement et les soins aux enfants, la promotion et l'instauration de relations positives entre les parents et les enfants, la sensibilisation aux préoccupations des enfants et leur encouragement à favoriser la participation des enfants aux activités familiales et communautaires.

EXAMEN DE L'OFFRE DE SERVICE - DISPONIBILITE ET QUALITE

L'offre à fournir comprend la préparation à la vie scolaire et l'acquisition des aptitudes essentielles à la vie de tous les jours. Elle se caractérise par la grande faiblesse de la couverture et de la qualité de l'éducation

préscolaire et spéciale et par l'abandon des formes traditionnelles. Elle s'organise autour de considérations techniques et de mesures législatives et réglementaires adaptées à l'éducation préscolaire et spéciale.

Les considérations techniques concernent le personnel, les infrastructures, les équipements (mobiliers, balançoires, etc.), la logistique, le matériel didactique (manuel, affiches), ludique (jouets, jeux, etc.), les fournitures scolaires (cahier, craie, crayon, feutres, papier, etc.), les normes et procédures pédagogiques (méthodes pédagogiques, volume horaire, contenu des programmes, méthode d'évaluation). Les mesures d'ordre législatif et réglementaire définissent les attributions, les modes d'organisation et de fonctionnement,

**« Le cadre formel
du préscolaire
n'a pas intégré
et valorisé
les modèles
traditionnels
d'éducation du
jeune enfant qui
restent dominants
dans la pratique »**

Synthèse du diagnostic Education, loisirs et activités culturelles/jeune enfance

- Le domaine se caractérise par la coexistence de formes d'organisation institutionnelle (garderie, crèche, jardin d'enfant, institution d'éducation spéciale, etc.) et de modèles traditionnels (famille, garderie traditionnelle, école coranique, « tierce garde ») et par la faiblesse, voire l'inexistence d'informations.
- La faible maîtrise des besoins d'éducation du jeune enfant et la priorité donnée par les pouvoirs publics à l'éducation en milieu institutionnel, négligeant ainsi les modèles développés en milieu traditionnel qui sont dominants, sont à l'origine des piètres performances constatées dans les deux modèles de prise en charge.
- Un très faible niveau de préscolarisation accentué par de larges inégalités entre Bamako, qui préscolarise au moins un enfant sur dix, et les autres régions qui encadrent moins de deux enfants sur cent.
- En ce qui concerne l'éducation spéciale, les données n'étant désagrégées ni par âge ni par sexe il n'a pas été possible d'apprécier la situation.
- Le nombre d'institutions d'éducation enfantine préscolaire et spéciale est très insuffisant, elles se situent essentiellement en milieu urbain. Il en est de même du personnel d'encadrement.
- Le système formel n'a pas pu corriger l'essentiel des lacunes d'avant 1993. Les prestations pédagogiques ne couvrent pas l'ensemble des besoins de santé, de protection et d'acquisition de compétences de vie des jeunes enfants, dont le développement demande sécurité, relations individuelles continues et stimulation personnelle pour les plus petits, études surveillées pour les plus grands.
- Au niveau communautaire, le peu d'attention accordée aux modèles développés en milieu traditionnel n'a pas permis aux mères d'enfants en bas âge de les faire bénéficier des dispositions traditionnelles comme les cercles de jeux, les groupes d'âge, les sociétés initiatiques.
- L'encadrement permettant aux familles de se familiariser avec les rôles et devoirs de parents (développement et soins aux enfants, promotion et instauration de relations positives entre parents et enfants, sensibilisation aux préoccupations des enfants) et leur encouragement à favoriser la participation des enfants aux activités familiales et communautaires n'ont pas été soutenus par l'Etat.

« **Le PRODEC préconise à tous les niveaux de l'éducation de base la pédagogie convergente (PC) qui est une méthode active valorisant la langue maternelle de l'apprenant et la langue seconde de manière concomitante** »

de contrôle et de suivi/évaluation des différentes structures et acteurs en ce domaine. L'offre produite par ces considérations techniques repose sur ce dispositif légal qui définit en même temps les rôles et fonctions des différents intervenants.

Les ressources humaines sont un élément déterminant de l'organisation de l'offre, de sa production et de sa qualité. Le diagnostic fait ressortir leur insuffisance qualitative et quantitative, ainsi que leur inégale répartition géographique.

Le PRODEC prévoit des réformes institutionnelles visant l'amélioration quantitative et qualitative du personnel enseignant et d'administration (personnel, matériel, finance et encadrement pédagogique). Il affirme toutefois dans ses grandes orientations la non-priorité de l'éducation préscolaire, présageant ainsi de sa marginalisation qui se traduit par l'absence de plan cohérent de formation du personnel.

Au plan national, seule l'école de formation des éducateurs préscolaires (EFEP), dont l'effectif actuel est d'environ 80 élèves, assure la formation initiale du personnel d'encadrement. Il n'existe pas de structures de formation pour les cadres de niveau intermédiaire et supérieur. Les autres formations, notamment spécialisées, à l'intention des personnes qui s'occupent des enfants de cet âge, y compris les handicapés (famille, collectivité, institutions spécialisées, etc.), font cruellement défaut. Les formations à l'étranger, destinées essentiellement aux spécialisations, sont tributaires de financements extérieurs.

Le sous-équipement, les faibles perspectives de développement de carrière, le bas niveau des salaires, qui ont pour effet de démotiver le personnel, influencent négativement l'offre et sa qualité.

La carte scolaire n'intègre pas le préscolaire. Ce secteur est fréquemment en proie à des interventions anarchiques mettant en cause la viabilité des structures préscolaires, qui, dans bien des cas, ne respectent pas les normes de construction et d'équipement définies par l'État. La qualité des services préscolaires s'en trouve altérée, affectant les possibilités d'éveil et de complet bien-être de l'enfant. Cette situation est principalement due à la faible importance accordée au préscolaire dans la politique sectorielle et à la méconnaissance des textes réglementaires.

Les structures se caractérisent par un sous-équipement chronique aggravé par un système inapproprié de maintenance des infrastructures et des installations et par l'absence d'une politique d'amortissement et de financement des investissements. Cet ensemble de facteurs joue à la fois sur la motivation du personnel, la prestation pédagogique, la continuité et la qualité de l'enseignement.

La disponibilité en matériel didactique et en fournitures scolaires ne s'est guère améliorée en dépit du regain d'intérêt que suscite actuellement le préscolaire. Ces matériels ont un coût relativement élevé et, étant pour la plupart importés, sont peu adaptés au contexte socioculturel du Mali. L'État, principal pourvoyeur en la matière, consacre cependant très peu de ressources à leur acquisition. La distribution des matériels est assurée par les services sub-régionaux de l'éducation aux institutions préscolaires publiques et privées au prorata du nombre d'enfants encadrés. La modicité de l'apport de l'État en matériel didactique et fournitures scolaires oblige les promoteurs à acquérir le complément sur fonds propres. Rappelons la violation faite par l'État et les promoteurs au principe de reconnaissance d'utilité publique énoncé dans la loi 94-032.

Le Département de l'éducation a élaboré et mis en œuvre plusieurs normes et procédures techniques relatives aux méthodes pédagogiques, à la langue d'enseignement, au volume horaire, au contenu des programmes et aux méthodes d'évaluation. Le PRODEC préconise à tous les niveaux de l'éducation de base la pédagogie convergente (PC) qui est une méthode active valorisant la langue maternelle de l'apprenant et la langue seconde de manière concomitante. Certaines difficultés liées au choix de la langue d'enseignement dans les milieux multilingues, à l'insuffisance de maîtres locuteurs de certaines langues, à l'élaboration et à la distribution de matériels didactiques, limitent cependant son efficacité. Les programmes, contenu, volume horaire et méthodes d'évaluation sont définis selon les tranches d'âge du cycle préscolaire (3-4 ans pour les petits, 4-5 ans pour les moyens et 5-6 ans pour les grands) dans les documents pédagogiques des jardins d'enfants : Programme et Guide. L'approche curriculaire bien que prônée par les textes est peu pratiquée. Notons l'absence de programme spécifique pour les 0-3 ans.

En matière d'éducation spéciale, les programmes sont les mêmes que dans les établissements ordinaires, mais les méthodes et techniques pédagogiques sont adaptées à la nature du handicap. Les enfants souffrant de handicaps légers sont intégrés dans les établissements ordinaires afin de leur permettre de bénéficier de l'effet d'entraînement. En revanche, l'éducation des enfants présentant des handicaps profonds est assurée dans des institutions spéciales par des éducateurs spécialisés.

Les mesures législatives et administratives comprennent la loi d'orientation de l'éducation, les lois de création des services, les décrets portant sur les organes de suivi du PRODEC, et les arrêtés, notamment celui portant sur la création et les modalités de fonctionnement des établissements privés à caractère social. Force est de constater, néanmoins, que ce dispositif est insuffisant pour assurer une protection du droit à l'éducation, aux loisirs et aux activités culturelles du jeune enfant, tant en ce qui concerne le contenu des textes que leur application.

Les conditions de création des institutions publiques et privées d'éducation spéciale, d'éducation préscolaire, d'aide ou d'action sociale et le centre d'accueil pour enfant, ont été successivement fixées par la loi 87-41/AN-RM du 29 juin 1987 portant autorisation de l'exercice privé des professions sociales (décret 208/PG-RM et arrêté 90/2580), la loi 94-032 du 25 juillet 1994 portant statut de l'enseignement privé en République du Mali (décret 94-276/P/RM) et la loi 99-046 du 28 décembre 1999 portant loi d'orientation sur l'éducation (décret 526/P-RM).

Ce dispositif légal, s'il définit les tranches d'âge, les normes d'infrastructures, d'équipement et de personnel, ne mentionne pas les organes et les mécanismes de recours et de contrôle, y compris les mécanismes indépendants, pour vérifier le respect du cahier des charges, l'efficacité des mesures et la qualité des prestations.

Aucune de ces dispositions ne prend en compte le caractère d'utilité publique de ces structures et l'aide de l'Etat aux familles et aux communautés pour l'accomplissement de leur devoir d'encadrement du jeune enfant. Dans ces conditions, la précarité et le faible attrait (distance, coût, qualité) de l'offre se trouvent aggravées, entravant ainsi durablement le respect du droit à l'éducation, aux loisirs et aux activités culturelles.

L'évolution du rôle de l'Etat dans ce secteur au profit de l'initiative privée et de la communauté n'a pas été accompagnée par la mise en place d'une politique de coûts et de financement des prestations en accord avec la législation garantissant la gratuité des offres pour cette cible délicate tout en préservant la pérennisation du système.

Dans un pays où la grande majorité de la population vit sous le seuil de la pauvreté, la faible priorité accordée à la jeune enfance, en dépit de la haute rentabilité de l'investissement sur cette tranche d'âge, l'absence d'une politique de coûts et de financement pourrait compromettre le développement global de la société en rendant les prises en charge ultérieures plus coûteuses et moins efficaces, ce qui tendrait à perpétuer le phénomène de pauvreté.

La primauté donnée dans la loi d'orientation au financement de l'enseignement fondamental et à la formation professionnelle, bien que justifiée, n'exonère nullement l'Etat et la communauté de l'obligation de contrôler le degré de réalisation ou de non-réalisation des droits de l'enfant à l'éducation préscolaire, à l'éducation spéciale et aux institutions d'aide ou d'action sociale.

Ce désintérêt pour 30,2 % de la population malienne est confirmé par les données budgétaires. En effet, la part des dépenses publiques d'éducation préscolaire dans le budget total de l'Etat (prix courant) est passé de 0,8 % en 1994/95 à 1,1 % en 1998/99. Cet effort est largement insuffisant pour assurer une couverture acceptable.

La précarité et le manque d'attrait de l'offre dans ce domaine résultent également de la faible application des mécanismes de suivi du respect des normes d'implantation, du fonctionnement des organes de gestion et de la qualité des prestations relevant des autorités de l'éducation par voie législative et réglementaire.

**« La part
des dépenses
publiques
d'éducation
préscolaire dans
le budget total
de l'Etat
(prix courant)
est passé de
0,8 %
en 1994/95
à 1,1 %
en 1998/99.
Cet effort
est largement
insuffisant
pour assurer
une couverture
acceptable »**

« L'affirmation
de la non-priorité
de l'éducation
préscolaire
dans la loi
d'orientation de
l'éducation
présage
de sa
marginalisation »

Synthèse de l'examen de l'offre de service Education, loisirs, activités culturelles/jeune enfance

- L'offre se caractérise par la grande faiblesse de la couverture et de la qualité de l'éducation préscolaire et spéciale et par l'abandon des formes traditionnelles ; elle s'organise autour de normes techniques et de mesures législatives et réglementaires qui définissent en même temps les rôles et fonctions des différents intervenants.
- L'affirmation de la non-priorité à l'éducation préscolaire dans la loi d'orientation de l'éducation présage de sa marginalisation et sous-tend l'absence d'un plan cohérent de son développement (formation du personnel, programme d'éducation, autres perspectives).
- Aucune des dispositions ne prend en compte la promotion des modèles traditionnels et l'aide de l'Etat aux familles et aux communautés pour l'accomplissement de leur devoir d'encadrement du jeune enfant, situation qui traduit la précarité et le faible attrait (distance, coût, qualité) de l'offre.
- Les ressources humaines, élément déterminant de l'organisation, de la production et de la qualité de l'offre, sont insuffisantes et connaissent une répartition géographique très inégale.
- Au plan national, seule l'école de formation des éducateurs préscolaires (EFEP), dont l'effectif actuel est d'environ 80 élèves, assure la formation initiale du personnel d'encadrement.
- Le sous-équipement chronique, aggravé par un système inapproprié de maintenance des infrastructures et des installations, l'absence d'une politique d'amortissement et de financement des investissements, le manque de perspectives de développement de carrière et le bas niveau des salaires sont des facteurs de contre-performance et de démotivation du personnel qui jouent sur la prestation pédagogique, la continuité et la qualité de l'encadrement.
- Le matériel didactique et les fournitures de ces établissements sont coûteux et les coûts d'admission sont élevés excluant ainsi beaucoup d'enfants du bénéfice de leurs prestations.
- La pédagogie convergente, sous-tendant une approche « curriculaire », est peu pratiquée et se heurte au coût élevé et à la barrière linguistique en l'absence d'une carte favorisant l'élaboration et la distribution de matériels didactiques.
- Les programmes sont définis en termes de contenu, de volume horaire et de méthodes d'évaluation selon les tranches d'âge du cycle préscolaire (3-6 ans), omettant ainsi les 0-3 ans.
- Le dispositif légal définit les tranches d'âge, les normes d'infrastructure, d'équipement et de personnel, mais ne mentionne pas les organes et les mécanismes de recours et de contrôle, y compris les mécanismes indépendants, pour vérifier le respect du cahier des charges, l'efficacité des mesures et la qualité des prestations.

EXAMEN DE LA DEMANDE POTENTIELLE DE SERVICE ACCESSIBILITÉ ET UTILISATION

La demande potentielle s'articule autour des besoins de l'enfant à ce stade : la protection et la stimulation du nourrisson (protection contre les dangers physiques, nutrition et soins de santé appropriés, stimulation motrice et sensorielle : éveil adapté à l'âge) ; l'éveil pour la découverte d'un environnement sûr, du jeu et de la vie sociale (développement de ses aptitudes sur les plans moteur, linguistique et logique ; déparasitage ; indépendance ; maîtrise de soi, jeux pour réaliser tout ce qui précède ; interactions enfant-mère, enfant-père, enfant-fratrie, enfant-ascendant, enfant-famille élargie) ; la préparation à la vie scolaire (développement de sa motricité fine par la manipulation de son environnement, développement de la maîtrise du langage par la conversation, la lecture, la chanson, apprentissage de la coopération en aidant et en partageant : culture de la paix, civisme) ; l'exploration des activités préparatoires à l'écriture, à la lecture et au calcul ; l'épanouissement de sa personnalité et le développement de ses dons et aptitudes mentales et physiques, dans toute la mesure de leurs potentialités (apprentissage du travail en équipe, développement du sens de sa compétence personnelle et de son amour propre, apprentissage du questionnement et de l'observation, acquisition des aptitudes essentielles à la vie de tous les jours : respect de sa famille, de son identité culturelle, de sa langue, de sa religion, des valeurs nationales de son pays et du milieu naturel).

Cette demande potentielle revêt deux aspects. Le premier, « Préparation à la vie scolaire » correspond à une demande clairement exprimée (besoins d'éducation préscolaire : crèche, garderie, jardin d'enfants ; éducation spéciale, rééducation et réadaptation : centre d'accueil pour enfant et maison familiale) à laquelle correspond une « offre organisée » mais insuffisante.

Le second aspect, « Acquisition des aptitudes essentielles à la vie de tous les jours », représente la demande dont il faut susciter l'expression (soins de maternage, soins spéciaux et de rééducation, environnement stimulant, solidarité sociale, lutte contre les pratiques éducatives néfastes) pour organiser une « offre conséquente ».

De ce constat, il ressort que l'expression de la demande est fortement limitée par le faible niveau d'éducation, d'information et de connaissance des besoins de l'enfant par ceux qui assurent sa prise en charge.

L'insuffisance des structures, leur sous-équipement et leur concentration en milieu urbain, l'absence d'une politique de coût et de financement (frais d'écologie libres pour une population majoritairement démunie) et de mécanismes de solidarité, illustrent la faiblesse de la prise en charge de la demande formelle par « l'offre organisée ». Cette situation conduit les populations à recourir à des services de substitution, comme l'école coranique et la tierce garde.

« Le faible niveau d'éducation, d'information et de connaissance des besoins de l'enfant par ceux qui assurent sa prise en charge est un facteur qui limite significativement l'expression de la demande »

Synthèse de l'examen de la demande potentielle de service

Education, loisirs, activités culturelles/jeune enfance

- La demande potentielle s'articule autour des besoins relatifs à la protection et à la stimulation de la petite enfance en favorisant sa transition vers l'école.
- L'expression de la demande potentielle revêt deux aspects :
 - la transition vers l'école, qui est une demande clairement exprimée à laquelle correspond une « offre organisée » mais insuffisante ;
 - la protection et la stimulation pour laquelle il faut susciter l'expression de la demande et organiser une « offre conséquente ».
- Le faible niveau d'éducation, d'information et de connaissance des besoins de l'enfant par ceux qui assurent sa prise en charge est un facteur qui limite significativement l'expression de la demande.
- L'insuffisance de structures, leur sous-équipement et la concentration urbaine, la libéralisation des frais d'écologie pour une population à 69 % en dessous du seuil de pauvreté et l'absence de mécanismes de solidarité, illustrent la faiblesse de la prise en charge de la demande du secteur formel par « l'offre organisée », facilitant ainsi le recours des populations à des services de substitution.

COORDINATION DE L'OFFRE ET DE LA DEMANDE

Cette coordination concerne la couverture, le plaidoyer et la communication pour un changement des comportements.

L'analyse met en évidence l'unicité de la cible et la nécessité du rétablissement de son droit. Pour faire coïncider l'offre et la demande potentielle, il convient de définir un cadre cohérent et stratégique d'intervention précisant l'objet, les rôles et les responsabilités de chaque intervenant. Ce cadre pourra contenir notamment les éléments de la réforme en faveur de la protection et de la stimulation de la petite enfance en favorisant sa transition vers l'école, les instruments de mise en œuvre et de contrôle, les composantes pertinentes du CSLP et les mécanismes indépendants de recours.

Il facilitera l'identification et la coordination des départements et organismes responsables concernés directement ou indirectement par les problèmes de l'enfant à tous les niveaux du gouvernement, des partenaires compétents, dont les ONG et la société civile, et, enfin, de la famille. La prépondérance des comportements dans l'entrave à l'exercice de ce droit implique une plus grande capacité d'analyse, de conception, de planification et de gestion.

En raison du caractère émergent de la demande du second type (acquisition des aptitudes essentielles à la vie de tous les jours), il revient à l'Etat, à travers ses structures techniques, d'approfondir la connaissance du domaine et de définir un cadre d'intervention approprié qui reconnaîtra à la famille son importance et qui aidera les professionnels du plaidoyer et de la communication pour le changement des comportements à isoler et à analyser les facteurs à la base des comportements affectant la demande. L'organisation et la disponibilité d'une offre attrayante et l'expression de sa demande resteront tributaires de la capacité à hiérarchiser les comportements au niveau des familles, des professionnels et des décideurs.

La constitution de cette capacité induira l'utilisation des comportements clé pour élaborer des programmes qui prendront en compte la faisabilité de leur modification, les ressources disponibles et les capacités locales pour la mise en œuvre de ces programmes. De même, elle assurera l'élaboration de stra-

tégies pour cibler ces comportements clé en identifiant les aspects spécifiques au contexte, les audiences cibles, les approches pour modifier les comportements clé et les filières appropriées pour faire passer les messages.

1.B.c) Axes d'orientation

- La primauté donnée dans la loi d'orientation au financement de l'enseignement fondamental et à la formation professionnelle, bien que justifiée, n'exonère nullement l'Etat et la communauté de l'obligation de contrôler l'ampleur de la réalisation ou de la non-réalisation des droits de l'enfant à l'éducation préscolaire, spéciale, aux institutions d'aide ou d'action sociale et aux modèles traditionnels. Ce désintérêt pour 30,2 % de la population malienne est confirmé par les données budgétaires ;

- La demande dont il faut susciter l'expression n'a guère fait jusqu'ici l'objet d'attention ni de la part de la population, ni de celle des professionnels et des autorités. C'est ainsi que les soins de maternage, spéciaux et de rééducation, l'environnement stimulant et la lutte contre les pratiques éducatives néfastes, qui sont des besoins objectivement ressentis, restent encore à évaluer et à découvrir dans leurs ampleur, causes et solutions ;

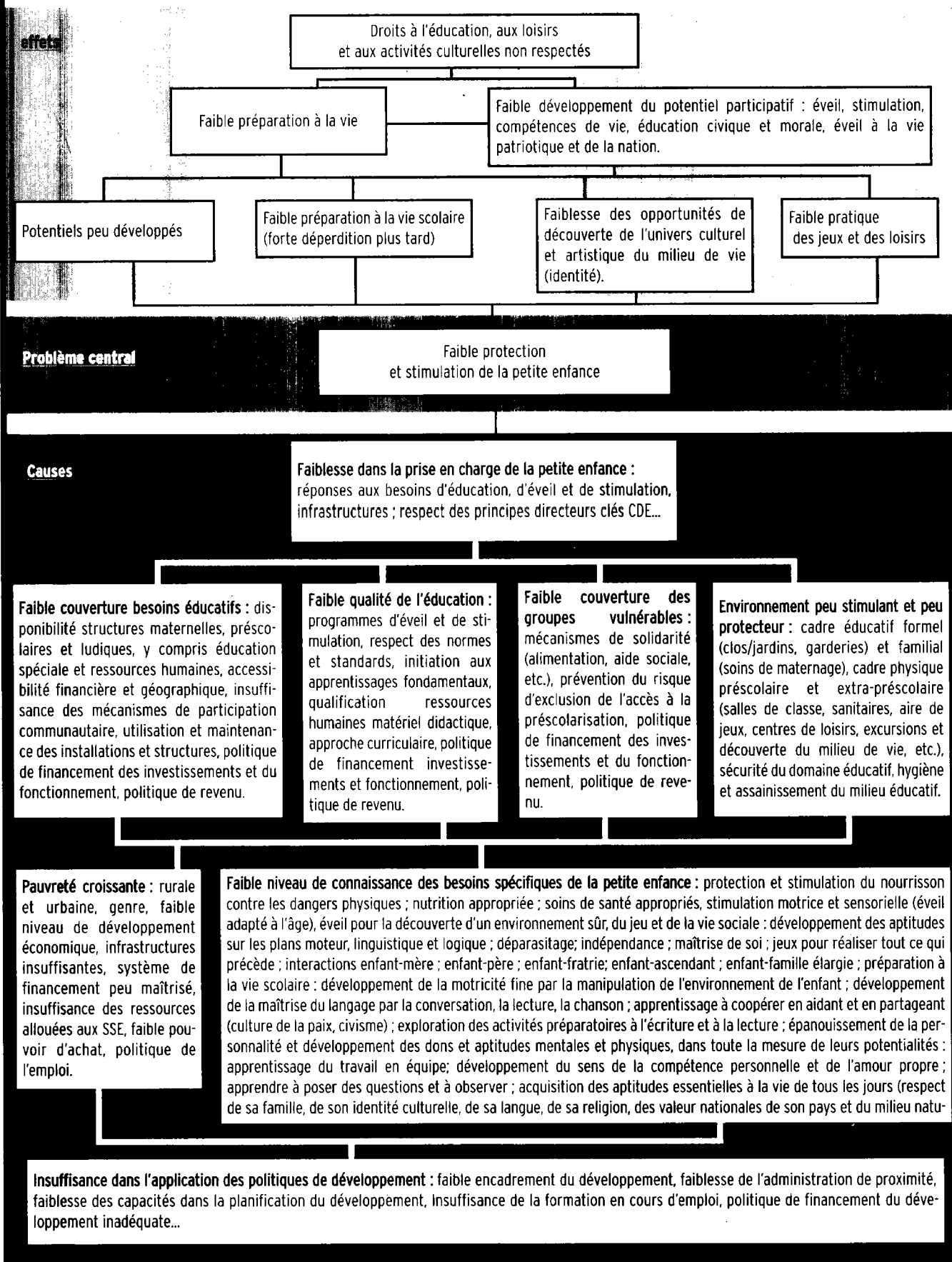
- Dans un pays extrêmement pauvre, la faible priorité accordée à la jeune enfance, en dépit de la haute rentabilité de l'investissement en ce domaine, et l'absence d'une politique de coûts et de financement, pourraient compromettre le développement global de la société en rendant les prises en charge ultérieures plus coûteuses et moins efficaces ;

- L'amélioration de l'efficacité et de l'effectivité des mesures (comme le système de contrôle indépendant), la pertinence des interventions, la réalisation des objectifs, l'exploration approfondie du domaine, les modifications des comportements clés devront reposer sur un système performant d'informations statistiques.

« **La prépondérance des comportements dans l'entrave à l'exercice de ce droit implique une plus grande capacité d'analyse, de conception, de planification et de gestion** »

Schéma n° 3 :

Schéma de l'analyse causale - éducation, loisirs, activités culturelles/jeune enfance



1.C. Droits civils et libertés

1.C. a) Description

Le concept de droits civils et libertés constitue un processus par lequel l'Etat, les parents ou, le cas échéant, les membres de la famille élargie ou de la communauté (tel que le prévoit la coutume locale), les tuteurs ou autres personnes légalement responsables de l'enfant, doivent assurer à celui-ci la préservation de son intégrité et de son identité. En outre, ils doivent donner à l'enfant, d'une manière qui corresponde au développement de ses capacités, l'orientation et les conseils appropriés à l'exercice des libertés. On entend par « Droits civils et libertés » :

- les droits civils : nom et nationalité, préservation de l'identité, protection de la vie privée, accès à une information appropriée, droit de ne pas être soumis à la torture ni à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants,

- les libertés : liberté d'expression, de pensée, de conscience, de religion, d'association et de réunion pacifique.

L'identité de l'enfant comprend fondamentalement le nom, la nationalité, les relations familiales. Elle est complétée notamment par des éléments comme la culture de l'enfant, sa religion, sa langue et son histoire. Le droit de l'enfant à préserver son identité recouvre à la fois la non-interférence sur l'identité, la tenue à jour de dossiers relatifs à sa généalogie, à l'enregistrement des naissances et des détails relatifs à la petite enfance dont il/elle ne peut se souvenir.

Dès sa naissance, l'enfant a droit à un ancrage au sein de la société qui l'a vu naître de manière à ce qu'il puisse bénéficier des mesures adoptées pour assurer que les libertés et droits civils qui lui sont reconnus par la loi sont effectivement mis en œuvre, y compris par les organes administratifs et judiciaires aux niveaux national, régional et local, voire international. Cet ancrage s'opère par la convergence de trois « approches législatives » : le droit coutumier local, le droit moderne malien et le droit international (CDE, CADBE, CEDEF, traités et autres accords pertinents). Cette symbiose de fait, dans son acceptation comme dans son application effective, n'est pas sans poser de problèmes.

Il en découle que la divergence de perception des droits de l'enfant dans nos différents milieux culturels constitue le problème central. Celui-ci relève des « problèmes émergents de type nouveau » liés à des besoins jusque-là peu ou pas pris en charge et sur lesquels les aspects comportementaux jouent fortement.

1.C. b) Analyse de la divergence de perception des droits de l'enfant dans les différents milieux culturels

DIAGNOSTIC DE SITUATION

L'analyse de la situation des droits civils et libertés du jeune enfant fait apparaître, au plan législatif, des lacunes dans le dispositif national en vigueur. Ainsi note-t-on le retard pris dans l'élaboration du code de protection sociale générale, du code de protection de l'enfant et du code de la famille, ce qui constitue un obstacle majeur dans l'harmonisation de la législation nationale avec les termes de la CDE, CADBE, CEDEF et autres conventions et traités internationaux.

Cependant, des efforts sont en cours pour remédier aux lacunes de la législation nationale par rapport à la CDE, la CADBE, la CEDEF et autres conventions et traités internationaux pertinents. Ainsi, la loi 87-27/AN-RM du 16 mars 1987 régissant l'état civil stipule, dans son article 31, l'obligation de déclarer les naissances et les décès, même survenus au domicile, dans un centre d'état civil, et, dans son article 32, l'obligation d'inscrire ces déclarations sur les cahiers de déclaration spécialement prévus à cet effet ; le titre III, relatif aux règles particulières aux divers actes d'état civil, fixe, dans ces chapitres 1, 2 et 3, les conditions de déclaration et d'établissement des actes de naissance, de reconnaissance et de légitimation de l'enfant.

Certains problèmes d'harmonisation, notamment la fixation de l'âge civil à 21 ans pour les garçons et 18 ans pour les filles (cf. loi 87-98/AN-RM du 9 février 1987 portant sur la minorité pénale et les institutions de juridiction pour mineurs), viennent partiellement de trouver une solution dans la loi portant code pénal qui fixe la majorité pénale pour filles et garçons à 18 ans.

Les perceptions des rôles respectifs des filles et des garçons demeurent stéréotypées.

« On note un retard dans l'élaboration du code de protection sociale générale, du code de protection de l'enfant et du code de la famille, ce qui constitue un obstacle majeur dans l'harmonisation de la législation nationale avec les termes de la CDE, CADBE, CEDEF et autres conventions et traités internationaux »

Pour la grande majorité des maliens, les travaux domestiques devraient être exécutés par les filles, alors que les travaux champêtres devraient revenir aux garçons. Ces résultats reflètent la division sociale du travail dans la société malienne, à ceci près que les femmes participent considérablement aux travaux agricoles. L'accès des enfants à l'école et leur cursus scolaire sont étroitement liés à la façon dont la société définit les rôles respectifs des hommes et des femmes. Dans les sociétés fondées sur le système patrilinéaire que l'on retrouve partout au Mali, ce sont les fils qui héritent des biens familiaux et qui perpétuent le nom de famille, alors que les filles finissent par s'intégrer dans la famille de leur mari. Dans ce contexte socio-culturel, la scolarisation des garçons est davantage valorisée que celle des filles, qui quittent leur famille d'origine au profit d'une autre.

L'image dominante est celle de la femme au foyer dont le statut ne favorise pas l'accès des filles à l'école et leur séjour prolongé dans cette institution. D'une manière générale, ces conclusions corroborent les résultats d'études entreprises ailleurs. Ainsi, selon Odaga et Heneveld (1995), dans de nombreux pays d'Afrique, les parents ont tendance à marginaliser les filles dans leur décision de scolariser leurs enfants. Cette marginalisation, à leurs yeux, s'explique par une attitude parentale vis-à-vis de l'école différenciée selon le genre.

Le mariage précoce, très répandu dans certains milieux, est un facteur déterminant de blocage de la scolarisation des filles. Nombre de parents préfèrent ne pas scolariser les filles pour éviter de rencontrer des réticences au moment du mariage. Notons qu'il est courant que les mariages soient célébrés sans acte civil ou que les enfants soient baptisés sans acte de naissance.

Ces comportements défavorables à la femme affectent la fille depuis le plus jeune âge. Ils illustrent les divergences de perception des droits de l'enfant dans les différents milieux socioculturels. Les violations du droit à l'égalité des chances se manifestent pour l'ensemble des droits : santé et bien-être, éducation, loisirs et activités culturelles, famille, succession, droits civils et libertés.

Malgré les dispositions contenues dans la Constitution de 1992, dans son article 1^{er} : – « La personne humaine est sacrée et inviolable. Tout individu a droit à la vie, à la liberté,

à la sécurité et à l'intégrité de sa personne », et dans son article 2 : « Nul ne sera soumis à la torture ni à des sévices ou traitements inhumains, cruels, dégradants ou humiliants » –, l'excision demeure une pratique très répandue qui n'a jamais été réprimée.

Des faiblesses subsistent toujours dans le code pénal, en ce sens que les dispositions du titre 3, chapitre 1^{er}, section 3, ne font pas expressément référence à l'excision (articles 207 et 213). Cette situation est confirmée par l'absence de plaintes enregistrées par les juridictions.

Les mutilations génitales féminines sont une forme typique et spécifique de la violence liée au genre, exercée habituellement à l'encontre des filles entre la première enfance

« Dans ce contexte socio-culturel, la scolarisation des garçons est davantage valorisée que celle des filles, qui quittent leur famille d'origine au profit d'une autre »

Synthèse des divergences de perception des droits civils/jeune enfance

- Plusieurs violations du droit à l'égalité des chances sont exercées sur la femme et affectent la fille depuis le premier âge.
- Le retard dans l'élaboration du code de protection sociale générale, du code de protection de l'enfant et du code de la famille constitue un obstacle majeur à l'harmonisation de la législation nationale avec les termes des Conventions et autres instruments internationaux pertinents.
- Les mutilations génitales féminines sont une forme typique et spécifique de la violence liée au genre et constituent une violation des droits civils.
- Les perceptions des rôles dévolus à la fille et au garçon reflètent en grande partie la division sociale du travail dans la société malienne et influencent négativement la scolarisation de la fille, voire la préscolarisation de la fillette.
- Les facteurs socioculturels associés à l'accès, au maintien et aux performances à l'école attestent les croyances et pratiques favorables à la scolarisation du garçon au détriment de la fille.
- D'une manière générale, ces différentes conclusions corroborent les résultats d'études entreprises ailleurs et confirment que la décision des parents de scolariser leurs enfants a tendance à marginaliser les filles.
- La pratique des mariages précoces, le non-établissement d'actes civils pour les mariages et les naissances, associés aux facteurs mentionnés ci-dessus, expliquent entre autres les réticences à envoyer les filles à l'école.

« **Le mariage précoce, très répandu dans certains milieux, est un facteur déterminant de blocage de la scolarisation des filles** »

(dès les premières semaines) et la puberté. Selon l'EDS-II 1995-96 : 75,3 % des femmes de 15-49 ans sont favorables à l'excision, 82% des excisions sont pratiquées par des exciseuses traditionnelles et 50 % sont faites avant l'âge de 7 ans (voir plus haut : droit à la santé et au bien-être). Le caractère massif de cette pratique explique sans doute l'embarras des pouvoirs publics pour traiter un problème qui est particulièrement délicat.

L'exercice des droits civils et des libertés des enfants se heurte à deux problèmes majeurs : la faible capacité d'encadrement du milieu de vie et la faible couverture des besoins de l'enfant. Les facteurs explicatifs concernent la production et la demande de services de qualité, les mécanismes de coordination de l'offre et de la demande et les mécanismes de financement et de solidarité.

EXAMEN DE L'OFFRE DE SERVICE - DISPONIBILITÉ ET QUALITÉ

L'offre devra être organisée suivant un rapprochement des visions des droits. Elle se caractérise actuellement par l'insuffisance des structures d'état civil, des programmes d'orientation des parents, de la capacité d'accueil des écoles, de la législation. S'agissant de l'état civil, des mesures doivent garantir la conservation, l'archivage, la tenue à jour de dossiers détaillés et, dans les cas des enfants abandonnés, de tous points susceptibles d'aider à leur identification tout en garantissant la confidentialité des dossiers. Cette offre est aussi tributaire de l'effectif du personnel technique et de ses compétences, des conditions de travail et de la politique adoptée.

EXAMEN DE LA DEMANDE POTENTIELLE DE SERVICE - ACCESSIBILITÉ ET UTILISATION

Dans la mesure où le problème central est émergent et de type nouveau, lié à des besoins jusque-là peu ou pas pris en charge et sur lesquels les aspects comportementaux sont déterminants, les efforts tendant à susciter l'expression de la demande seront essentiellement de l'ordre du plaidoyer et de la communication pour le changement des comportements, tant du côté des décideurs et des professionnels que des familles et de la communauté.

La demande potentielle de service est largement déterminée par une culture des droits de l'enfant encore peu développée. Pour qu'une offre adéquate puisse répondre à cette demande potentielle et être organisée dans les meilleures conditions d'efficacité, il est nécessaire que cette demande puisse s'exprimer dans ses différentes dimensions.

Ces conditions d'efficacité souffrent de l'absence d'un mécanisme d'information et de sensibilisation sur les droits de l'enfant à l'intention des parents, qui ne sont pas toujours au fait des Conventions et de la législation nationale relatives aux droits de l'enfant. Il n'est guère étonnant dès lors que l'accent ne soit pas mis sur le rôle des prestataires de service, sur l'importance de l'accueil des usagers, sur la diligence avec laquelle les documents sont délivrés, sur la conservation et la confidentialité de ceux-ci, ni non plus sur l'utilisation du potentiel des structures et des canaux d'information traditionnels et modernes, y compris les nouvelles technologies de l'information.

Synthèse de l'examen de l'offre de service Droits civils et libertés/jeune enfance

- Caractère émergent et fortement comportemental de l'offre à organiser.
- Insuffisance de la législation, des politiques, des programmes d'orientation des parents, de la capacité d'encadrement du milieu de vie (professionnel, famille, société civile, etc.).
- Insuffisance des mesures visant la conservation, l'archivage, la tenue à jour des dossiers et, dans le cas des enfants abandonnés, de tout ce qui peut aider à leur identification, tout en garantissant la confidentialité des dossiers.

La mise en place et le fonctionnement d'un tel dispositif se heurtent à l'insuffisance de financements aussi bien publics que communautaires et privés, ainsi qu'à l'absence de mécanismes efficaces d'incitation, qui seraient opérés à travers une politique de revenu ou de financement des investissements et un fonctionnement intégrant la participation communautaire.

Ces situations peuvent avoir des conséquences particulièrement défavorables : par exemple, le défaut d'acte de naissance (droit à un nom et à une nationalité) peut être déterminant pour l'inscription à l'école, comme peut l'être, plus tard, l'acte de mariage dans les questions d'effets civils du mariage.

COORDINATION DE L'OFFRE ET DE LA DEMANDE

Cette coordination concerne la couverture, le plaidoyer et la communication pour le changement des comportements.

L'analyse met en évidence l'unicité de la cible et la nécessité du rétablissement de ses droits civils et libertés. En raison du caractère émergent de ce domaine, il revient à l'Etat, à travers ses structures techniques, et aux professionnels, par le biais du plaidoyer et de la communication, de susciter les changements de comportement favorables à la réalisation progressive de ces droits.

Les structures techniques sont tenues d'approfondir la connaissance du domaine et de définir un cadre d'intervention approprié qui reconnaîtra à la famille toute son importance. Ce mécanisme facilitera l'identification et la coordination des départements et orga-

nismes responsables concernant directement ou indirectement l'enfant à tous les niveaux du gouvernement, des partenaires compétents, dont les ONG, la société civile et, enfin, de la famille.

1.C. c) Axes d'orientation

- Approfondissement de la connaissance du domaine, définition et mise en place d'un cadre d'intervention approprié qui reconnaîtra à la famille son importance et amélioration des compétences, connaissances et pratiques des professionnels ;
- Amélioration du rendement du système éducatif en vue de la réduction du nombre d'enfants ayant besoin de mesures spéciales de protection ;
- Renforcement du plaidoyer et de la communication pour le changement des comportements, compte tenu de la prépondérance des facteurs comportementaux dans l'entrave à l'exercice de ces droits ;
- Développement du mouvement associatif pour la défense et la promotion des droits de l'enfant ;
- Mise au point d'approches visant à responsabiliser les parents et les familles par rapport aux implications de leur comportement ;
- L'efficacité et l'effectivité des mesures, tels le système de contrôle indépendant, la pertinence des interventions, la réalisation des objectifs, l'exploration approfondie du domaine, les modifications obtenues des comportements clés, devront reposer sur un système performant d'informations statistiques.

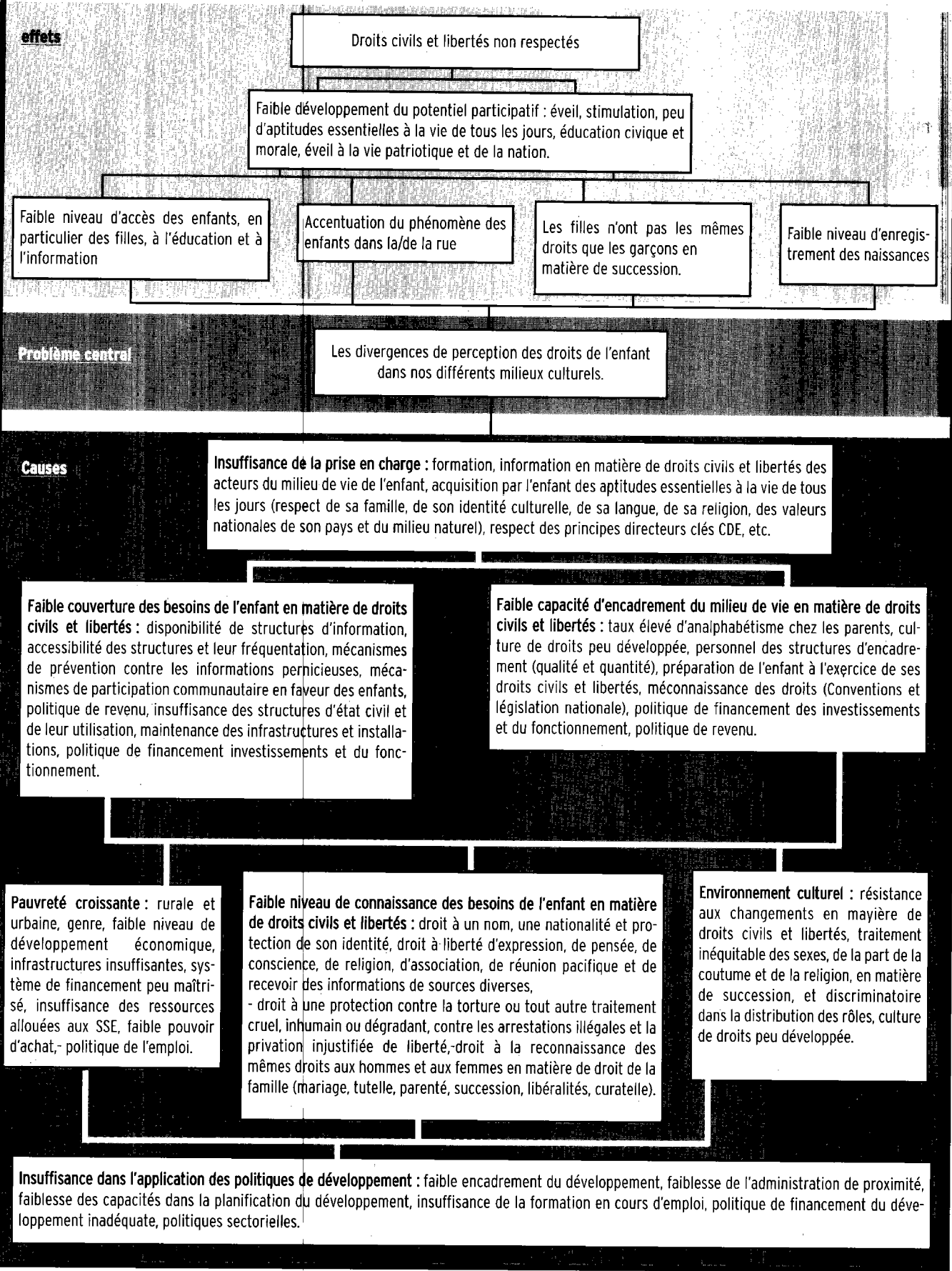
**« Selon
l'EDS-II 1995-96 :
75,3 %
des femmes
de 15-49 ans
sont favorables
à l'excision »**

Synthèse de l'examen de la demande potentielle de service Droits civils et libertés/jeune enfance

- Rôle primordial dévolu au plaidoyer et à la communication pour le changement des comportements tant du côté des décideurs et des professionnels que des familles et de la communauté, pour susciter l'expression de la demande et l'organisation de l'offre.
- Absence d'un mécanisme d'information et de sensibilisation sur les droits de l'enfant à l'intention des parents, des familles et des communautés, qui ne sont pas toujours au fait des Conventions et de la législation nationale relatives aux droits de l'enfant.

Schéma n° 4 :

Schéma de l'analyse causale - droits civils et libertés/jeune enfance



1.D. Droit des enfants et de leur famille

1.D. a) Description

La famille, unité fondamentale de la société et milieu naturel pour la croissance et le bien-être de tous ses membres, en particulier des enfants, doit recevoir la protection et l'assistance dont elle a besoin pour pouvoir jouer pleinement son rôle dans la communauté. Elle constitue la première réalité démocratique, modelée par les valeurs de tolérance, de compréhension, de respect mutuel et de solidarité qui renforcent l'aptitude de l'enfant à participer en connaissance de cause au processus de prise de décision.

Cette catégorie de droits recouvre l'orientation et la responsabilité parentales (responsabilité première qui incombe aux parents), les facteurs de la privation temporaire ou définitive de l'enfant de son milieu familial, la séparation d'avec les parents, le déplacement et le non-retour illicites, l'abandon ou la négligence et appelle des possibilités de solution, telles que la réunification familiale, le recouvrement de la pension alimentaire de l'enfant, l'adoption (y compris l'examen périodique du placement), la réadaptation physique et psychologique et la réinsertion sociale.

L'orientation parentale comprend l'ensemble des mécanismes par lesquels les membres de la famille et les parents donnent à l'enfant, conformément à la coutume locale et d'une manière qui corresponde au développement de ses capacités, l'orientation et les conseils appropriés à l'exercice des droits que lui reconnaissent la CDE, la CEDEF, et la CADBE, qui sont renforcés par le Pacte international relatif aux droits civils et politiques dans ses articles 23 – « la famille est l'élément naturel et fondamental de la société et a droit à la protection de la société et de l'Etat » – et 24 – « tout enfant a droit de la part de sa famille, de la société et de l'Etat aux mesures de protection qu'exige sa condition de mineur ».

Les services d'orientation familiale comprennent des programmes d'éducation destinés aux parents, des campagnes de sensibilisation des parents et des enfants aux droits de l'enfant au sein de la famille, des activités de formation, y compris les concepts de dialogue, de négociation et de participation des enfants à la vie familiale (socialisation, réponses aux

mauvais traitements, etc.). Ces services sont transmis aux acteurs intéressés (travailleurs socio-sanitaires, enseignants, familles, parents, etc.). L'évaluation de l'efficacité de ces services est comprise dans ce processus. La connaissance du développement de l'enfant, l'évolution de ses capacités et l'information en la matière relayée auprès des parents et des autres personnes responsables de l'enfant sont des éléments clé du contenu de l'orientation parentale.

Le renforcement de la fonction d'orientation parentale requiert une définition des notions de responsabilité et d'autorité parentale dans un cadre législatif incluant une assistance appropriée aux parents et aux tuteurs dans l'exercice de leur responsabilité éducative, ainsi qu'aux institutions, services et établissements pour les soins aux enfants. Ce cadre impose au parent le plein exercice de cette fonction et oblige l'Etat à assurer la formation et le suivi des acteurs. Il lui incombe de fournir une assistance appropriée lorsque les parents ne peuvent assumer leur responsabilité. Cet ensemble de dispositions doit permettre de répondre aux droits et aux besoins de l'enfant et de prévenir la délinquance juvénile.

Responsabilité parentale : la responsabilité première qui incombe aux deux parents ou, le cas échéant, aux représentants légaux est d'élever l'enfant et d'assurer son développement. Le soutien approprié de l'enfant à l'exercice des droits que lui reconnaissent la CDE, la CADBE, la CEDEF est renforcé par le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, qui stipule en son article 10 qu'« une protection et une assistance aussi larges que possible doivent être accordées à la famille, en particulier pour sa formation et aussi longtemps qu'elle a la responsabilité de l'entretien et de l'éducation d'enfants en charge ».

La responsabilité commune du père et de la mère dans l'éducation et le développement de l'enfant doit être définie par la loi dans le cadre des Conventions et autres traités pertinents. Il en est de même pour l'Etat en ce qui concerne les informations à fournir sur la loi relative à la responsabilité des parents et tuteurs légaux dans l'exercice de leur responsabilité éducative. Ces informations concernent les rôles et devoirs relatifs au développement et aux soins des enfants, la promotion de relations positives entre parents et enfants,

« La responsabilité première qui incombe aux deux parents ou, le cas échéant, aux représentants légaux est d'élever l'enfant et d'assurer son développement »

« On entend par « déplacement et non-retour illicites » les enlèvements et les gardes abusives d'enfants par les parents dans un cadre familial, ce qui les différencie de la vente ou traite d'enfants pour des motifs commerciaux ou sexuels »

la sensibilisation des parents aux préoccupations des enfants et à la participation à la vie familiale et communautaire.

D'autres mesures adoptées au niveau communautaire en faveur des enfants de familles monoparentales ou appartenant aux groupes les plus défavorisés, y compris ceux vivant dans une extrême pauvreté, de parents travailleurs et de mères ayant des enfants en bas âge engagent la responsabilité de la société, des institutions et de l'Etat pour aider ces parents à assurer la protection et le développement de leurs enfants.

La responsabilité parentale inclut la garantie du recouvrement de la pension alimentaire auprès du parent qui la doit (il convient de ne pas limiter la responsabilité commune au plan financier), le rôle actif des deux parents dans l'éducation de l'enfant, y compris l'enfant né hors mariage, la répartition équitable des responsabilités entre les parents pendant les séparations pour garantir et promouvoir les droits énoncés, la garantie par l'Etat de la mise en place effective d'institutions, d'établissements et de services chargés de veiller au bien-être des enfants, le devoir de prendre en charge ceux qui ne peuvent pas vivre dans leur famille, y compris par la création d'institutions adéquates.

Les enfants privés de leur milieu familial se trouvent dans l'impossibilité temporaire ou définitive de vivre au sein de leur famille, soit en raison de circonstances (décès, abandon, déplacement, etc.), soit pour des motifs inhérents à leur intérêt supérieur.

Cette situation conduit l'Etat à leur assurer une assistance et une aide spéciale qui garantissent la continuité de l'accès aux services sociaux de base, y compris sur les plans religieux, culturel et linguistique. La protection de remplacement peut intervenir sous forme de placement dans une famille d'adoption et, en dernier recours, de placement dans un établissement approprié pour enfants. Des instruments et des programmes adaptés doivent fournir des informations adéquates selon la nature de la mesure de protection de placement et permettre l'acquisition d'aptitudes indispensables à la réalisation progressive de ce droit.

La notion de « séparation d'avec les parents » concerne un ensemble de mesures qui visent à éviter cette situation, hormis pour l'intérêt supérieur de l'enfant (négligence, maltraitance), et à veiller, le cas échéant, à ce

que les procédures soient menées dans la transparence. Cette disposition est renforcée par le Pacte international relatif aux droits civils et politiques (article 14.1) et par les règles de Beijing (article 3.2). Ces deux textes internationaux insistent sur l'élargissement de la protection et de l'aide sociale à tous les mineurs, et sur la conduite appropriée de la procédure judiciaire (recours au huis-clos, rapidité, équité et souplesse, assistance d'un représentant, présence des parents, procédures d'appel, possibilité d'interrompre le procès, bonne tenue des dossiers, et politique fondée sur la recherche) ; ceci de manière à répondre aux différents besoins spéciaux des enfants concernés dans un climat de compréhension et de confidentialité. Cette disposition intègre l'opinion de l'enfant, le maintien des relations personnelles de l'enfant avec ses parents séparés et son accès aux renseignements sur les autres membres de sa famille, la garantie par l'Etat de contacts entre parents et enfants en matière de placement.

La gestion de la séparation de l'enfant d'avec ses parents repose essentiellement sur le principe de l'intérêt supérieur de l'enfant. La capacité d'encadrement de cette séparation se fonde sur des critères normatifs relatifs à l'intérêt supérieur de l'enfant. Ceci suppose une aptitude à déterminer ce qui constitue l'intérêt supérieur de l'enfant à travers la formation théorique (psychologie, travail social, aide psychosociale) ou les expériences pratiques (arbitrage communautaire ou religieux).

Les droits ayant trait au déplacement et au non-retour illicites d'enfants sont constitués par l'ensemble des mesures prises (pratiques, législatives, administratives ou judiciaires) pour empêcher ce phénomène ainsi que par les mécanismes du suivi de situations impliquant, par exemple, la surveillance aux frontières et les ordonnances judiciaires. On entend par « déplacement et non-retour illicites » les enlèvements et les gardes abusives d'enfants par les parents dans un cadre familial, ce qui les différencie de la vente ou traite d'enfants pour des motifs commerciaux ou sexuels.

Les rapports des services de sécurité aux frontières et des services sociaux, les données des compagnies de transport sont notamment nécessaires pour obtenir les informations permettant de localiser l'enfant enlevé ou retenu illégalement et le parent auteur de l'enlève-

ment. L'assistance judiciaire et financière de l'Etat aux parents est requise pour favoriser le retour. La puissance publique doit encourager la collaboration des populations et des compagnies de transport avec les institutions en charge de ces questions pour prévenir et dénoncer les cas. La formation et l'information suivant les principes de la Convention de La Haye relative aux aspects civils de l'enlèvement international d'enfants doivent être mises à profit pour soutenir ces actions.

Le groupe de droits « Abandon ou négligence, y compris la réadaptation physique et psychologique et réinsertion sociale » met l'accent sur les entraves et les possibilités de les dépasser. Les mauvais traitements comprennent les formes de violence (violences ou brutalités physiques ou mentales, abandon ou négligence, mauvais traitement ou exploitation, violence sexuelle) dont l'enfant est souvent victime. La réadaptation physique et psychologique et la réinsertion sociale ont pour fonction de corriger ces mauvais traitements. Des mesures législatives, administratives, sociales et éducatives appropriées sont prises pour protéger l'enfant contre toutes ces formes de brutalité pendant qu'il est sous la garde de ses parents ou d'autres personnes. Il s'agit là de l'affirmation du droit humain fondamental de l'enfant à l'intégrité de sa personne physique, qui est relié au droit à la vie, à la survie et au développement dans toute la mesure du possible.

La législation pénale et/ou le droit de la famille comprennent des dispositions pour assurer l'efficacité et l'effectivité de l'interdiction de toutes ces formes de violence, y compris les peines corporelles et les humiliations au sein de la famille proprement dite, de la famille nourricière, des institutions publiques et privées, telles que les établissements pénitentiaires et sociaux (écoles, services de santé).

Des mécanismes de recours sont prévus pour les enfants, les autorités et les populations. Les procédures de plaintes pour les enfants sont exécutées par l'intermédiaire d'un représentant en précisant les moyens de réparation à mettre à sa disposition. Les procédures conçues pour permettre l'intervention des autorités et autres personnes doivent être établies et appliquées, même sans que ces instances soient saisies, quand l'enfant a besoin d'être protégé. Des instruments doivent être mis en place aux fins d'identification

des victimes et des auteurs au moyen de rapports, d'enquêtes, de signalement obligatoire par les populations et les services d'aide auxquels l'enfant peut faire appel dans des conditions de confidentialité. Ces dispositions, qui visent à garantir la prise en charge des violations du droit et le déclenchement des procédures d'intervention judiciaire, sont confortées par l'établissement de programmes de formation, d'information et de sensibilisation relatifs aux mécanismes de réadaptation physique et psychologique, à la réinsertion sociale et à toute autre forme de prévention et de dénonciation au bénéfice de l'enfant et de ceux à qui il est confié.

Les formations spéciales sont destinées aux personnels des institutions d'aide et d'action sociale (centre d'accueil pour enfants, centre d'économie familiale, maison familiale), des écoles et de la justice. Des campagnes d'information et de sensibilisation sont destinées à ceux qui ont directement la charge de l'enfant et à toute autre personne pour prévenir les situations de violence par la promotion de formes de disciplines positives et de traitements non violents et pour encourager, le cas échéant, la dénonciation des cas de mauvais traitements d'enfant.

La réunification familiale comprend l'ensemble des mesures adoptées par l'Etat en vue de permettre à un ou plusieurs enfants ou à leurs parents d'entrer dans un pays ou de le quitter, y compris le leur, et d'y revenir librement s'ils le désirent. Dans le cas où les deux parents résident dans des pays différents, des mesures doivent être prises en vue de permettre à l'enfant d'entretenir des relations personnelles et des contacts directs et réguliers avec ses deux parents, ce qui impose à l'Etat de considérer la demande dans un « esprit positif, avec humanité et diligence ».

La Convention internationale sur la protection des droits de tous les travailleurs immigrants et des membres de leur famille, en son article 44, renforce la réunification familiale en exigeant des Etats contractants les mesures qu'ils jugent appropriées pour faciliter la réunion des travailleurs immigrants avec leur conjoint ainsi qu'avec les enfants mineurs à leur charge. Les familles essentiellement concernées sont les groupes de migrants économiques et de réfugiés.

Le recouvrement de la pension alimentaire de l'enfant s'inscrit dans le droit à un niveau de vie suffisant permettant à

« Les mauvais traitements comprennent les formes de violence (violences ou brutalités physiques ou mentales, abandon ou négligence, mauvais traitement ou exploitation, violence sexuelle) dont l'enfant est souvent victime »

« Le recouvrement de la pension alimentaire de l'enfant s'inscrit dans le droit à un niveau de vie suffisant permettant à l'enfant un plein développement (physique, mental, spirituel et social), dans toute la mesure possible et en fonction de ses potentialités »

l'enfant un plein développement (physique, mental, spirituel et social), dans toute la mesure possible et en fonction de ses potentialités. Ce droit relève de la responsabilité première des parents, avec l'aide de l'Etat, si nécessaire, qui prend également les mesures adaptées (législatives, administratives, judiciaires et accords internationaux conclus) pour assurer le recouvrement de la pension alimentaire auprès des parents ou des tuteurs légaux. Des mécanismes et des programmes sont adoptés et mis en place à cette même fin.

L'adoption concerne les droits de l'enfant adopté, compte tenu de son intérêt supérieur, dans les pays qui l'autorisent. L'application de ces droits repose sur un ensemble de mesures à caractère législatif, administratif ou judiciaire, la disponibilité de renseignements sur la loi et les procédures applicables, et toutes autres informations sur la situation de l'enfant par rapport aux parents (père, mère, parents et représentants légaux) dont le consentement peut être nécessaire pour éclairer la décision des autorités compétentes.

Il s'agit de garantir la libre expression du consentement des intéressés en vue d'envisager les solutions possibles et les effets de l'adoption sur les droits de l'enfant, notamment les droits civils, y compris son identité et le droit de connaître ses parents biologiques.

Le placement par le biais de l'adoption internationale doit être conforme aux dispositions de l'article 21 de la Convention de La Haye de mai 1993 sur la protection de l'enfant et la coopération en matière d'adoption internationale, aux normes équivalentes à l'adoption nationale, et ne doit en aucun cas se traduire par un profit matériel pour les acteurs.

L'examen périodique du placement implique les mesures prises à caractère législatif, administratif ou judiciaire en vue de reconnaître à l'enfant placé par les autorités compétentes en matière de protection de remplacement le droit à un examen périodique du traitement qui lui est dispensé dans un service ou un établissement public ou privé ou de toute autre question concernant son placement.

Ces mécanismes visent à la fois l'adéquation du placement et les progrès réalisés dans le traitement de l'enfant, conformément aux principes de l'équité et de l'égalité de genre. Par traitement de l'enfant, on entend non seulement les mesures cliniques prises pour

sa santé, mais aussi tous les autres aspects de sa vie dans l'institution, y compris la surveillance, les contacts de l'enfant avec sa famille et le monde extérieur, le retentissement de ces mesures sur son éducation et toute autre circonstance relative à son placement.

La formation, l'information, et la sensibilisation relatives aux circonstances et à l'examen du placement de l'enfant concerné (abandon, handicap, demandeurs d'asile, réfugiés, conflit avec la loi) concourent à l'acquisition des capacités d'encadrement et de suivi, y compris l'effectivité des mécanismes indépendants de recours.

L'épanouissement harmonieux de la personnalité de l'enfant requiert des relations adéquates entre l'enfant, ses parents et sa famille et l'Etat, aussi bien dans les situations normales que dans celles de conflit. En cas de séparation, d'adoption et de placement (y compris lors des vérifications périodiques), les liens de l'enfant avec ses parents et les autres membres de sa famille doivent être préservés afin de garantir son intérêt supérieur. L'Etat adhérera à des accords multilatéraux sur les aspects civils de l'enlèvement international d'enfants.

La responsabilité première des parents et l'aide obligatoire de l'Etat, liées à la ratification des Conventions, sont nécessaires à la création de conditions permettant à l'enfant de jouir de ses droits. L'inadéquation de l'éducation familiale pour réaliser les conditions de l'épanouissement harmonieux de la personnalité de l'enfant dans le contexte actuel apparaît comme le problème central. Celui-ci fait partie des « problèmes émergents de type nouveau » liés à des besoins jusque-là peu ou pas pris en charge et sur lesquels les aspects comportementaux jouent un rôle. Ainsi, le développement de l'enfant serait un critère objectif pour apprécier la façon dont les parents exercent leur responsabilité sous le regard vigilant de l'Etat.

1.B. b) Analyse : Inadéquation de l'éducation familiale dans le contexte actuel**DIAGNOSTIC DE SITUATION**

Au regard du problème central, deux formes d'éducation familiale sont visées : la forme traditionnelle et celle des institutions de placement (pouponnière, village d'enfants SOS).

L'éducation ne se limite pas à l'enseignement donné à l'école. Elle désigne le processus global de la société par lequel les personnes et les groupes sociaux apprennent à assurer consciemment, à l'intérieur de la communauté nationale et internationale et au bénéfice de celle-ci, le développement intégral de leur personnalité, de leurs capacités, de leurs attitudes, de leurs aptitudes, et de leur savoir.

Les premières années sont cruciales quant au droit de l'enfant de se développer « au maximum de ses potentialités ». Ce développement est d'ordre physique et physiologique, d'éveil de l'intelligence, de la formation de sa

personnalité et du comportement social et constitue une garantie pour un « bon départ dans la vie ».

Le droit des enfants et de leur famille renvoie à l'ensemble des mécanismes sociaux et des dispositifs juridiques permettant aux parents et, le cas échéant, à la famille élargie, aux tuteurs ou autres personnes légalement responsables de l'enfant, avec un devoir d'assistance de l'Etat d'assurer à l'enfant l'épanouissement harmonieux de sa personnalité dans un climat de bonheur d'amour et de compréhension, de l'élever dans l'esprit des idéaux de paix, de dignité, de tolérance, de liberté, d'égalité et de solidarité.

Compte tenu du problème central, l'orientation et la responsabilité parentales seront retenues pour apprécier les conditions de l'épanouissement harmonieux de la personnalité de l'enfant dans le contexte actuel.

Le fondement de l'éducation familiale.

Le modèle d'éducation familiale est fondé sur une hiérarchisation et une spécialisation des tâches et des rôles sur fond de distinction sexuelle. Ce modèle prévaut aussi bien en milieu urbain que rural, chez les lettrés

« *Le modèle d'éducation familiale est fondé sur une hiérarchisation et une spécialisation des tâches et des rôles sur fond de distinction sexuelle* »



« Le refus du statut traditionnel de la femme par la fille scolarisée fait peur aux parents qui estiment que l'école les empêche de préparer très tôt la fille au mariage auquel elle est destinée »

comme chez les illettrés. Tout comme l'éducation formelle, la société malienne disposait, dans ses principes, de méthodes éducatives appropriées socialisant l'enfant aux différents cycles de vie et favorisant l'épanouissement de sa personnalité, de ses dons et aptitudes mentales et physiques dans son contexte socio-culturel. Le refus du statut traditionnel de la femme par la fille scolarisée fait peur aux parents qui estiment que l'école les empêche de préparer très tôt la fille au mariage auquel elle est destinée. La scolarisation retarde le mariage et peut entraîner de la part de la fille le refus du mari qui lui est « attribué ». On lui attribue également la responsabilité des grossesses hors mariage et de la « débauche ». Dans cette optique traditionnelle, l'école est considérée comme le lieu de toutes les perversions culturelles et sociales et la fille doit être maintenue à l'écart de celle-ci. Cette perception conforte le fondement de l'éducation familiale selon lequel chaque famille, groupe social ou communauté souhaite éduquer l'enfant selon ses valeurs en le préservant de toute influence extérieure. Elle explique largement, entre autres, la pratique des mariages précoces.

Niveau d'instruction des parents.

Des études menées sur le niveau d'instruction ont montré : 1) que les parents (père et mère) ayant fréquenté l'école ont davantage tendance à scolariser leurs enfants que les parents illettrés ; 2) que les enfants dont la mère n'a pas d'instruction accusent deux fois plus de retard de croissance que ceux dont la mère a une instruction secondaire ou supérieure ; 3) que les enfants de mères ayant atteint le niveau d'éducation secondaire ont un taux de mortalité néonatale 1,77 fois inférieur à celui des enfants de mères analphabètes. Ces résultats dénotent une bonne aptitude des parents instruits, en particulier des mères, pour les soins de maternage et autres conditions favorisant l'épanouissement de la personnalité de l'enfant et le développement de ses dons et aptitudes mentales et physiques dans son contexte de vie.

L'instruction des parents, en particulier celle des mères, associée à la fourniture des prestations sociales et de services d'appui nécessaires aux femmes travailleuses et aux mères ayant des enfants en bas âge au niveau communautaire, pourront modifier favorablement le fondement de l'éducation familiale.

Les caractéristiques socio-démographiques et économiques. Le niveau de malnutrition chronique varie considérablement selon les caractéristiques socio-démographiques. Deux fois plus d'enfants accusent un retard de croissance en milieu rural qu'à Bamako. Quant à la forme sévère de malnutrition chronique, elle touche plus de trois fois plus d'enfants en milieu rural que dans la capitale. Une large majorité (61,4 %) d'enfants, tous groupes confondus, sont de parents de niveau socio-économique faible et seulement 2 % d'entre eux ont des parents de niveau socio-économique élevé. Ces derniers parents ont davantage tendance à scolariser leurs enfants, garçons et filles, que les autres. La majorité des parents étant de niveau socio-économique faible, peu de parents ont la possibilité de scolariser leurs enfants.

Médias et nouvelles technologies de l'information. La perception traditionnelle de l'accès à l'information au Mali et celle proposée par les Conventions s'accordent sur le besoin de protéger l'enfant contre l'information pernicieuse. Avec la multiplication des sources modernes de diffusion de l'information, les parents et les autorités éprouvent à cet égard un certain sentiment d'impuissance. Le dysfonctionnement de la Commission nationale de censure, l'installation de chaînes de rediffusion par satellite, les autoroutes de l'information - l'Internet, la prolifération des centres de vente et de location de cassettes vidéo, exposent les enfants à une consommation d'informations inadaptées. Par exemple, la chaîne de télévision d'Etat ne fait usage d'aucun signal pour prévenir les familles sur la nature des informations contenues dans les programmes.

Il ressort de l'analyse de la situation du droit des enfants et de leur famille au Mali qu'intervient une participation du privé à la prise en charge des besoins liés à ce droit, avec l'arrêté 90/2580/MSP.AS/CAB, qui fixe les modalités d'application du décret n° 208/PG-RM du 4 août 1987 portant organisation de l'exercice privé des professions sociales. Le décret n° 99-450/P-RM du 31 décembre 1999 fixe les conditions de création et détermine les modalités de fonctionnement des institutions privées d'accueil et de placement pour enfants et constitue un renforcement du décret 208.

Cette situation est caractérisée par une insuffisance notoire tant quantitative que

qualitative d'infrastructures publiques et privées. Les institutions d'aide ou d'action sociale sont de trois types : le centre d'accueil pour enfant (pouponnières, centre d'accueil pour filles mères) est chargé de recueillir les enfants dépourvus de parents et de substituts parentaux valables pour leur entretien et leur éducation. Le centre d'économie familiale (le centre et certaines écoles) initie ses clients à la gestion, à l'utilisation et au développement des ressources pour eux-mêmes et pour le bien-être des membres de leur famille. Quant aux maisons familiales (villages d'enfants SOS Sanankoroba et Sévaré-Sokura), elles ont pour vocation l'hébergement, la restauration et l'organisation des loisirs pour des personnes seules ou souffrant d'incapacités.

Malgré la reconnaissance des droits en faveur des parents travailleurs, de mères ayant

des enfants en bas âge au niveau communautaire et des familles monoparentales ou appartenant aux groupes les plus défavorisés, y compris ceux vivant dans une extrême pauvreté, la couverture en infrastructures demeure assez faible. D'où l'existence d'une double entrave aux droits : le non-respect de la responsabilité, d'une part, de la société, des institutions et de l'Etat pour aider ces parents et, d'autre part, de ces parents eux-mêmes pour assurer la protection et le développement de leurs enfants. Cette situation prive l'enfant de soins, de l'instauration de relations positives entre parents et enfants et de sa participation à la vie familiale et communautaire, du fait de la faible sensibilisation de ses parents à ses préoccupations.

L'exercice de la fonction d'orientation parentale qui repose sur la notion de respon-

**« Les enfants
dont la mère
n'a pas
d'instruction
accusent
deux fois plus
de retard
de croissance
que ceux
dont la mère
a une instruction
secondaire
ou supérieure »**

Synthèse du diagnostic - Droits des enfants et de leur famille/jeune enfance

- L'éducation ne se limite pas à l'enseignement donné à l'école, elle désigne le processus global de la société par lequel les personnes et les groupes sociaux apprennent à assurer consciemment à l'intérieur de leur communauté et au bénéfice de celle-ci leurs droits et devoirs.
- Le droit de l'enfant et de sa famille est l'ensemble des mécanismes sociaux et des dispositifs juridiques permettant aux parents, avec un devoir d'assistance de l'Etat, d'assurer à l'enfant l'épanouissement harmonieux de sa personnalité dans son milieu de vie.
- L'orientation et la responsabilité parentales sont essentielles pour assurer une bonne éducation des enfants.
- L'éducation familiale, sur fond de distinction sexuelle, repose sur le souhait de chaque famille, groupe social ou communauté, d'éduquer ses enfants selon ses valeurs en les préservant de toute influence extérieure jugée négative.
- Le niveau d'instruction des parents et les caractéristiques socio-démographiques et économiques peuvent modifier favorablement le fondement de l'éducation familiale.
- Il y a convergence de vue entre la perception traditionnelle et les Conventions sur l'accès des enfants à l'information, mais les parents et les autorités assistent souvent impuissants aux méfaits de la multiplication des sources modernes de diffusion de l'information.
- Malgré la reconnaissance des droits en faveur des parents travailleurs, de mères ayant des enfants en bas âge au niveau communautaire et des familles monoparentales ou appartenant aux groupes les plus défavorisés, y compris ceux qui vivent dans l'extrême pauvreté, la couverture en infrastructures reste assez faible.
- La définition par la loi de l'exercice de la fonction d'orientation parentale, reposant sur les notions de responsabilité et d'autorité parentales dans l'éducation et le développement de l'enfant, n'intègre pas suffisamment les Conventions et autres instruments internationaux pertinents.
- Cette faiblesse du cadre législatif prive les parents et les tuteurs ainsi que les institutions, services et établissements, d'une assistance appropriée pour l'exercice de leur responsabilité éducative, incluant les soins aux enfants, en l'absence de mécanismes indépendants de recours.

« **Le diagnostic fait ressortir la faible maîtrise des besoins relatifs aux droits de l'enfant et de sa famille, qui est à l'origine des défaillances constatées aux différents niveaux de prise en charge : enfants, parents et institutions** »

sabilité et d'autorité parentales, notamment celles communes au père et à la mère dans l'éducation et le développement de l'enfant, dont la définition par la loi n'intègre pas suffisamment les Conventions et autres traités pertinents, se trouve entravé. Il s'ensuit une faiblesse du cadre législatif privant les parents et les tuteurs ainsi que les institutions, services et établissements d'une assistance appropriée pour l'exercice de leur responsabilité éducative, incluant les soins aux enfants. L'absence de mécanismes indépendants de recours les prive de tout moyen de rétablissement de ce droit.

Cet ensemble de dispositions visant à satisfaire les besoins et les droits de l'enfant et à prévenir ces situations se trouve affaibli par l'insuffisance des formations, informations et sensibilisations tendant à encourager notamment le suivi, la collaboration et la dénonciation des cas.

Ces insuffisances expliquent la difficulté d'identifier les cas de privation de ce droit, bien que les motifs qui les occasionnent soient souvent apparents. Les séparations de parents et d'enfants interviennent principalement dans les cas de divorce, d'abandon des enfants par les parents (pauvreté extrême, enfants hors mariage), d'abandon des parents par les enfants (violence, négligence) et enfin de parents et d'enfants qui perdent contact sous la pression des événements (parents incarcérés, immigration et expulsion, maladies).

Le diagnostic fait ressortir la faible maîtrise des besoins relatifs aux droits de l'enfant et de sa famille, qui est à l'origine des défaillances constatées aux différents niveaux de prise en charge : enfants, parents et institutions.

Ces facteurs concernent l'organisation de l'offre (disponibilité et qualité), la demande potentielle (accessibilité et utilisation) et la coordination de l'offre et de la demande potentielle (couverture, plaidoyer et communication pour le changement de comportement).

EXAMEN DE L'OFFRE DE SERVICE - DISPONIBILITÉ ET QUALITÉ

L'éducation familiale en milieu traditionnel et en situation de placement sont les deux formes d'offre à organiser. Elle se caractérise par la faiblesse de la couverture et de la qualité de la prise en charge des droits et besoins relatifs à l'enfant et à sa famille. Elle s'organise autour des mécanismes sociaux et des dispositifs d'ordre législatif, administratif et judiciaire mis en place.

Les déficiences des structures, les vides et insuffisances juridiques et la faible culture des droits n'ont pas permis jusqu'ici une mise en œuvre effective des mécanismes sociaux. Ces derniers désignent un ensemble d'aptitudes conférées aux acteurs et bénéficiaires dans l'exercice de leurs responsabilités et de leurs droits à travers la formation, l'information, la sensibilisation, et la dénonciation (ou bienveillance sociale). L'absence de dispositifs de suivi, de contrôle et de voies de recours indépendants, ajoutée à la modicité de l'assistance et des mécanismes de solidarité, constituent des entraves de taille à l'organisation de l'offre.

Celle-ci souffre de nombreux dysfonctionnements et d'insuffisances et vides juridiques relevés par le Programme décennal de déve-

Synthèse de l'examen de l'offre de service Droit des enfants et de leur famille/jeune enfance

- L'insuffisance des mécanismes sociaux et des dispositifs d'ordre législatif, administratif et judiciaire explique la faiblesse de la couverture et de la qualité de la prise en charge des droits et besoins de l'enfant et de sa famille.
- L'absence de dispositifs de suivi, de contrôle et de voies de recours indépendants, ajoutée à la modicité de l'assistance et des mécanismes de solidarité, handicape fortement l'organisation de l'offre.
- Les dysfonctionnements et insuffisances d'ordre juridique relevés par le Programme décennal de développement de la justice (PRODEJ) sont importants.

loppement de la justice (PRODEJ) : absence de codes de déontologie des professions juridiques et judiciaires, lacunes dans leur statut, mauvaise gestion du personnel, excessive simplification des textes. Il convient de procéder à une harmonisation tendant à réduire les disparités des règles applicables, notamment en matière coutumière, de combler les vides juridiques dans certains domaines, de rendre les règles plus accessibles à la majorité des citoyens et de prendre en compte les domaines nouveaux qui émergent.

EXAMEN DE LA DEMANDE POTENTIELLE DE SERVICE - ACCESSIBILITÉ ET UTILISATION

La demande potentielle s'articule autour des besoins ressentis par l'enfant à ce stade : vivre et entretenir des contacts réguliers avec ses parents biologiques s'ils sont séparés et être protégé contre les gardes abusives et les enlèvements ; protection de remplacement si l'enfant est privé de son milieu familial (placement, adoption) et en cas d'enlèvement ; protection contre les maltraitances ou la négligence ; examen périodique de toute forme de placement à des fins de soins, de protection ou de traitement ; engagement de l'Etat à aider sa famille afin d'assurer le développement de ses capacités ; assistance de l'Etat (judiciaire et financière aux parents pour favoriser le retour, la formation, l'information) ; système d'information (information nécessaire pour localiser l'enfant enlevé ou retenu illégalement, les auteurs d'enlèvement, les organismes en charge).

Cette demande potentielle revêt deux aspects. Le premier – Education familiale en situation de placement – correspond à une demande clairement exprimée (vivre et entretenir des contacts réguliers avec ses parents, protection de remplacement et mesures de suivi, protection contre les maltraitances ou la négligence, engagement de l'Etat, etc.) à laquelle correspond une « offre organisée » mais insuffisante. Le second – Education familiale en milieu traditionnel – représente la demande dont il faut susciter l'expression (aptitude individuelle et collective et capacité institutionnelle favorables au rétablissement des droits : bienveillance sociale en faveur de l'enfant et de la fille) et organiser une « offre conséquente ».

Le faible taux d'instruction et d'alphabétisation, les considérations liées aux coûts d'opportunité, les facteurs socio-démographiques, l'insuffisance des structures techniques d'encadrement des parents et familles, l'absence de mécanismes indépendants de recours et la modicité de l'assistance de l'Etat, le privilège accordé aux formes modernes, sont autant d'éléments qui limitent l'expression du second aspect de la demande potentielle et entraînent l'exclusion de la majorité de la population. L'expression de la demande potentielle d'éducation en situation de placement (premier aspect de la demande) est entravée par une triple faiblesse : celle du personnel technique d'encadrement en matière de placement, celle des programmes de formation à leur intention, celle des mécanismes de suivi du placement.

« L'expression de la demande potentielle d'éducation en situation de placement est entravée par une triple faiblesse : celle du personnel technique d'encadrement en matière de placement, celle des programmes de formation à leur intention, celle des mécanismes de suivi du placement »

Synthèse de l'examen de la demande potentielle de service Droit des enfants et de leur famille/jeune enfance

- La demande potentielle s'articule autour des besoins relatifs aux besoins d'éducation familiale en situation de placement et en milieu traditionnel.
- Faible encadrement des familles par rapport à l'orientation et à la responsabilité parentale.
- Faible capacité de l'encadrement technique en matière de placement.
- Absence d'une approche structurée d'expression de la demande potentielle.

« A cet âge, les besoins essentiels sont les soins de maternage (santé, nutrition, hygiène), l'éveil et la stimulation, la protection (environnement, identité) et la préparation à la vie scolaire »

COORDINATION DE L'OFFRE ET DE LA DEMANDE

L'offre actuelle répond à une demande à caractère spontané. En l'absence d'une approche structurée d'expression de la demande potentielle, il est clair que diverses sensibilités, notamment de genre, ne pourront être prises en compte.

1.D c) Axes d'orientation

- Modification du fondement de l'éducation familiale au moyen d'un système éducatif performant et d'une bonne politique de développement social et économique, telle qu'elle est définie dans le CSLP ;
- Amélioration de la couverture en infrastructures, notamment pour les parents travailleurs, les mères ayant des enfants en bas âge au niveau communautaire et les familles appartenant aux groupes les plus défavorisés, y compris ceux vivant dans une extrême pauvreté ;
- Renforcement du cadre législatif incluant les mécanismes indépendants de recours pour assurer aux parents et aux tuteurs ainsi qu'aux institutions, services et établissements, une assistance appropriée pour l'exercice de leur responsabilité éducative, y compris les soins aux enfants ;
- Promotion de l'éducation familiale fondée sur un système performant d'éducation et la mise en œuvre de programmes d'éradication de l'analphabétisme en particulier pour les femmes ;
- Structuration de la demande potentielle et renforcement des capacités de l'encadrement technique, notamment en matière de placement ;
- Mise en place d'un système performant d'informations statistiques permettant d'améliorer l'efficacité et l'effectivité des mesures, à savoir le système de contrôle indépendant, la pertinence des interventions, la réalisation des objectifs, l'exploration approfondie du domaine, les modifications des comportements clés obtenues.

1.E Coordination en faveur de la réalisation progressive des droits du jeune enfant

L'unicité de la cible, sa vulnérabilité et la multiplicité des acteurs requièrent une organisation de l'offre et de la demande à travers un système de détection précoce des risques potentiels, car toutes les analyses mettent en évidence les effets néfastes d'une prise en charge tardive.

L'organisation de l'offre et de la demande potentielle doit être coordonnée de manière à :

- maîtriser les besoins spécifiques et évolutifs du jeune enfant ;
- éliminer les comportements inhérents à la méconnaissance de ces besoins ou à la négligence ;
- assumer des responsabilités à plusieurs niveaux :
 - prise de conscience par les parents et la communauté (englobant tous les acteurs),
 - niveau d'impact qui vise la famille,
 - pressions et actions assurées par la société civile,
 - politiques, stratégies, législation assurées par l'Etat.

1.E. a) Besoins de l'enfant

La tranche d'âge 0-8 ans représente la phase de la vie de l'enfant la plus délicate. Afin d'assurer la prise en charge précoce des besoins spécifiques de l'enfant, l'entourage de celui-ci doit maîtriser des connaissances et des pratiques de base lui garantissant un développement adéquat.

A cet âge, les besoins essentiels sont les soins de maternage (santé, nutrition, hygiène), l'éveil et la stimulation, la protection (environnement, identité) et la préparation à la vie scolaire.

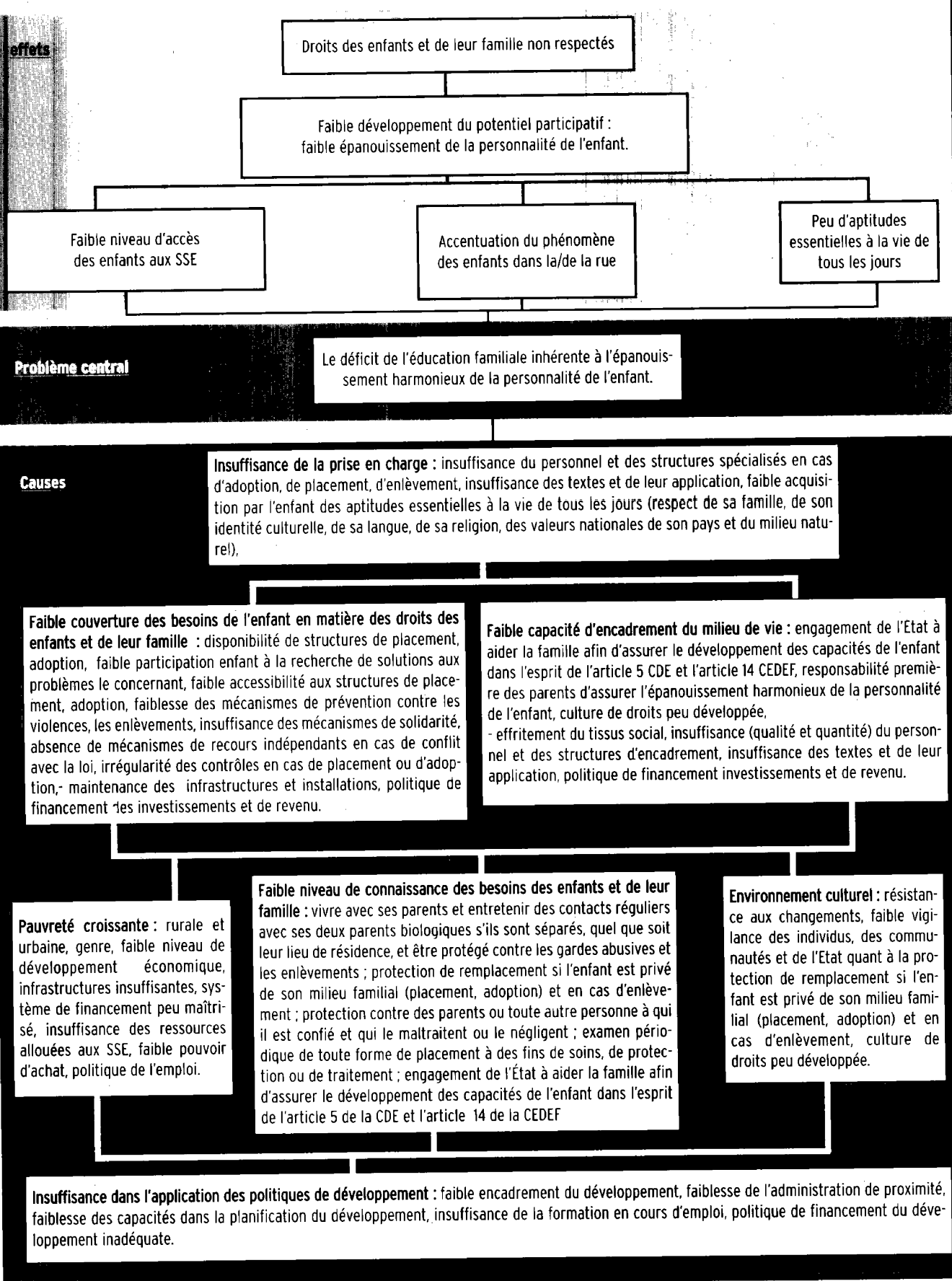
1.E. b) facteurs facilitant ou entravant l'exercice des droits

L'exercice ou le rétablissement des droits du jeune enfant sur la base de l'égalité des chances est tributaire d'une série de facteurs :

- La méconnaissance, l'ignorance et le faible niveau d'instruction de la population, en particulier des mères, sont parmi les principales causes des entraves faites aux droits de l'enfant, surtout lorsqu'aucune information ne permet aux femmes, aux familles et à

Schéma n° 5 :

Schéma de l'analyse causale - droits des enfants et de leur famille/jeune enfance



« **La faiblesse des résultats atteints en matière de lutte contre le VIH/Sida s'explique en partie par l'absence de données désagrégées sur la transmission mère-enfant (périodes de risque, mécanismes de prévention et prise en charge) et sur les orphelins du Sida, associée aux problèmes de prise en charge psychologique** »

la société civile de discerner les signes d'un danger, de prendre conscience de la nécessité d'une action rapide et de savoir où s'adresser pour rechercher de l'aide ;

- La faiblesse des résultats atteints en matière de lutte contre le VIH/Sida s'explique en partie par l'absence de données désagrégées sur la transmission mère-enfant (périodes de risque, mécanismes de prévention et prise en charge) et sur les orphelins du Sida, associée aux problèmes de prise en charge psychologique ;

- Les MGF, en particulier l'excision, forme typique et spécifique de la violence liée au genre qui atteint son paroxysme entre 0 et 8 ans, constituent à la fois une violation des droits à la santé et au bien-être, et des droits civils et libertés de la jeune fille ;

- Le progrès accompli dans la réduction de la mortalité néonatale est plus important que celui réalisé sur les taux de mortalité infantile et infanto-juvénile en dépit de l'attention des politiques pour ces deux derniers stades. Une telle évolution indique la nécessité d'un recentrage sur les premières semaines de vie de l'enfant.

- L'intérêt de l'éducation de la femme pour l'accès de l'enfant aux soins, son éveil et la stimulation de son potentiel ;

- Le droit de l'enfant à une identité (état civil), assuré très tôt, le protège contre des situations dramatiques à un coût très faible impliquant moins de départements ministériels (Santé et Administration territoriale) que lorsqu'il est mené tard, avec le concours d'autres structures comme la justice (jugement supplétif par exemple),

- L'investissement doit être une priorité à cet âge, de façon à aider les familles à briser la chaîne de transmission de la pauvreté d'une génération à une autre et à éviter aux collectivités des charges ultérieures plus coûteuses et moins efficaces.

Compte tenu de ces opportunités, le rôle de leadership de l'Etat doit s'exprimer, en invitant l'ensemble de ses structures techniques ainsi que les autres acteurs à définir et à dégager les priorités dans la prise en charge des besoins spécifiques de la jeune enfance.

1.E. c) Rôle et responsabilité des acteurs

Bien qu'étant bénéficiaire de services que lui reconnaît le droit, le jeune enfant n'est pas lui-même capable d'exercer ce droit. L'incapacité du mineur fait obligation aux parents, aux autres membres de la famille, au tuteur, à la communauté, à l'Etat et à la coopération internationale de favoriser la réalisation de ce droit et sa jouissance par l'enfant.

L'ETAT

Son rôle :

- Elaborer les politiques et leurs instruments de mise en œuvre pour traduire de façon cohérente et effective la volonté de la collectivité nationale dans le sens de l'intérêt supérieur de l'enfant, et de plus d'équité, de justice et de solidarité ;

- Mettre en place et renforcer les infrastructures physiques et le dispositif législatif, administratif et réglementaire, y compris les mécanismes indépendants de recours, pour assurer et veiller au bien-être de l'enfant ;

- Assurer que l'instauration et le fonctionnement des institutions, services et établissements qui ont la charge de l'enfant et qui assurent sa protection soient conformes aux normes fixées ;

- Renforcer ses capacités propres et celles des autres acteurs ;

- Mettre en place un système d'informations statistiques performant et fiable pour évaluer l'impact des politiques et des mesures sur les enfants et en vue de mieux les orienter ;

- Assurer à l'enfant la protection et les soins nécessaires à son bien-être, avec l'assistance de l'Etat et compte tenu des droits et devoirs de ses parents, de ses tuteurs ou des autres personnes responsables de lui ;

- Développer l'éducation familiale et faire connaître les responsabilités parentales qui incombent conjointement aux deux parents ou, le cas échéant, aux représentants légaux de l'enfant ;

- Développer l'éducation préscolaire et les formes traditionnelles en vue d'une meilleure préparation de l'enfant à la vie scolaire.

LA COMMUNAUTÉ

Elle a pour responsabilité de :

- Agir au niveau local, aux côtés de l'Etat, dans le respect des engagements pris collectivement au niveau national, en veillant au respect des valeurs d'équité, de justice et de solidarité ;
- Développer des initiatives, y compris avec l'assistance de l'Etat, visant :
 - au renforcement et à la création des infrastructures et à leur gestion efficace,
 - au développement de comportements favorables à l'amélioration des fondements de l'éducation familiale et à la participation du jeune enfant aux activités de son milieu de vie,
 - à l'épanouissement harmonieux de la personnalité du jeune enfant dans son milieu de vie.

LA FAMILLE

Première réalité sociologique, économique et culturelle prenant en charge la socialisation de l'enfant, la famille assure l'épanouissement harmonieux de sa personnalité, renforce son aptitude et le prépare à la vie scolaire.

LA SOCIÉTÉ CIVILE (SECTEUR PRIVÉ COMPRIS)

Au-delà de son action au sein de la communauté, elle joue un rôle de soupape de sécurité pour attirer l'attention des autorités de tutelle sur toute forme de déviance et de violation des droits de l'enfant.

Elle procède également à la création de structures indépendantes de contrôle et de suivi-évaluation alternatives.

1.E. d) Axes d'orientation

Le rôle des acteurs doit se concrétiser à travers des axes prioritaires spécifiques et communs aux catégories de droits. Ces axes se déclinent à deux niveaux pour chacune des catégories de droits : les aspects à consolider et les aspects à susciter.

Les axes spécifiques étant largement développés au sein de chaque catégorie de droits, on se limitera ici aux axes communs aux catégories de droits, qui sont transversaux :

- L'unicité de la cible et la multiplicité des acteurs constituent le socle de la coordination ;

l'efficacité de celle-ci réside dans une meilleure définition du problème, une organisation efficace des interventions, l'identification des acteurs pertinents, la reconnaissance de l'importance des ménages et la mise au point d'instruments de suivi ;

- La prise en compte du droit ne peut être effective sans l'expression du leadership de l'Etat, qui doit inviter l'ensemble de ses structures techniques et les autres acteurs à définir et à dégager les priorités dans la prise en charge des besoins spécifiques de la jeune enfance ;

- La promotion d'une véritable politique de développement des ressources humaines incluant :

- les aspects quantitatif, qualitatif et de spécialisation,

- la gestion de carrière, y compris la stabilité du personnel au niveau périphérique et de la première référence,

- la répartition équilibrée entre les différents niveaux de la pyramide sanitaire en donnant la priorité aux zones difficiles (critères de viabilité, caractéristiques physiques, problèmes sociologiques)

- La promotion de l'éducation familiale reposant sur un système performant d'éducation pour :

- améliorer le niveau général d'instruction des futurs parents,

- mettre en œuvre des programmes d'éradication de l'analphabétisme, en particulier chez les femmes,

- inciter les familles à se familiariser avec les rôles et devoirs de parents (développement et soins aux enfants, promotion et instauration de relations positives entre parents et enfants, sensibilisation aux préoccupations des enfants) et leur encouragement à favoriser la participation des enfants aux activités familiales et communautaires, qui doivent être assumés par l'Etat ;

- améliorer les connaissances des femmes et de leur famille en vue de développer des aptitudes à discerner les signes d'un danger, à prendre conscience de la nécessité d'une action rapide et à savoir où s'adresser pour rechercher de l'aide ;

- L'extension de la couverture des SSE pour la réalisation des droits du jeune enfant et de la famille au triple plan géographique, des groupes sociaux et de l'étendue des droits ;

- Le renforcement de la sensibilisation contre les MGF – en particulier l'excision comme forme typique et spécifique de la vio-

**« La prise
en compte
du droit
ne peut être
effective
sans l'expression
du leadership
de l'Etat »**

« **La consolidation
de la participation
des communautés
à la création
et à la gestion
des
infrastructures
est une priorité** »

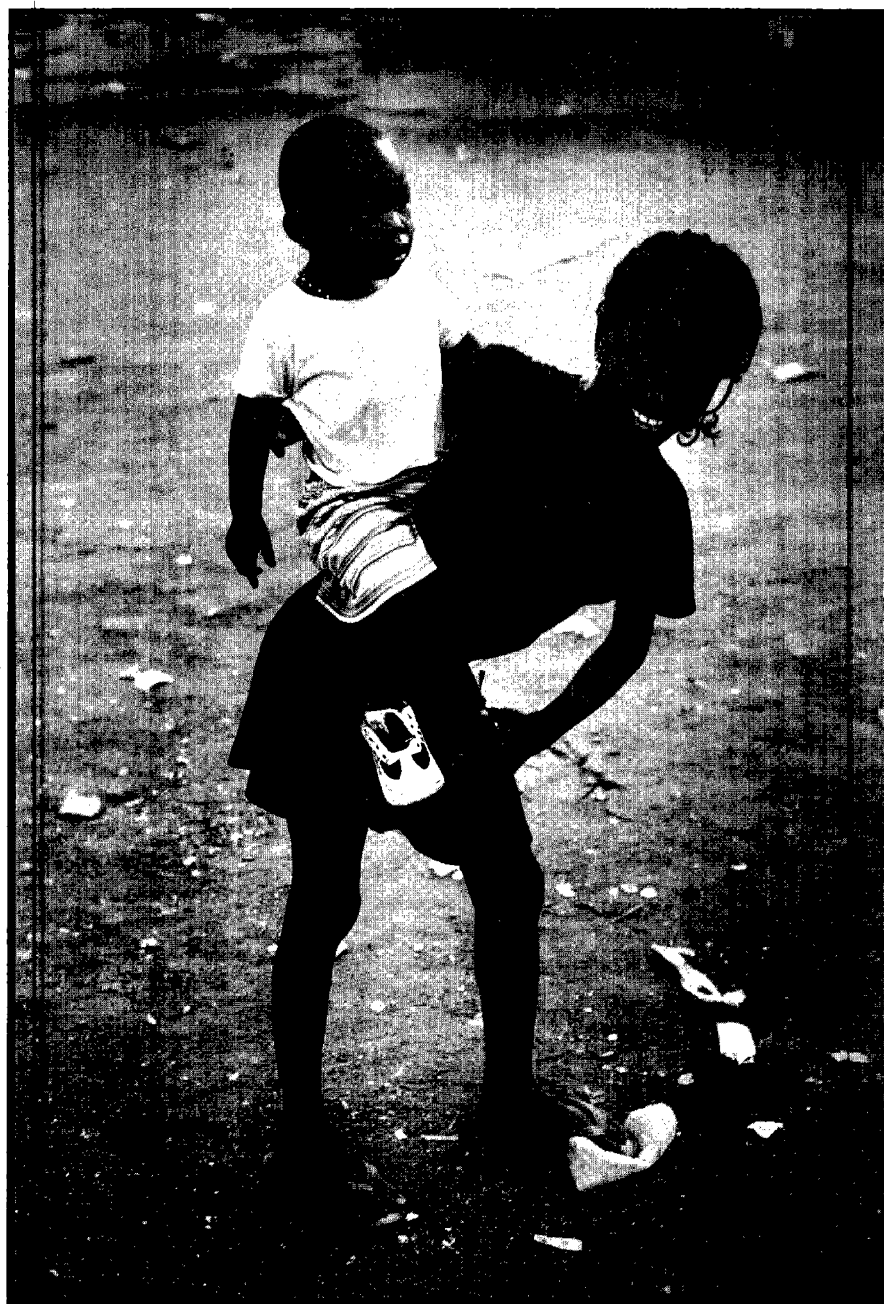
lence liée au genre, exercée habituellement à l'encontre des filles dès les premières semaines de la vie – aux conséquences néfastes sur la santé et le bien-être de la jeune fille ;

- Le renforcement et la systématisation des supervisions et du suivi en vue d'améliorer l'utilisation des services existants : respect des normes techniques et des engagements, qualité de la prestation, accueil, mobilisation des ressources locales, etc. ;

- La consolidation de la participation des communautés à la création et à la gestion des infrastructures, à travers le cofinancement et la responsabilisation de la communauté, des familles et de l'Etat, en tenant compte de la capacité contributive des populations ;

- Le renforcement du plaidoyer et de la communication pour le changement des comportements au regard de la prépondérance des facteurs comportementaux entravant l'exercice des droits et l'émergence d'une culture de droits ;

- La consolidation de l'efficacité et de l'effectivité des mesures, par un système de contrôle indépendant et de planification des divers intervenants devant reposer sur un système performant d'informations statistiques.





2.



Enfance : acquisition des compétences de vie

Les filles et les garçons de cette tranche d'âge ont déjà fêté leur cinquième anniversaire et ont bénéficié d'un certain nombre de soins et de préparatifs de base. Il s'agira à ce stade de consolider les acquis de la jeune enfance et d'apprécier leur aptitude à amorcer la vie scolaire et l'ère de l'adolescence. Cette appréciation permettra d'identifier les droits et devoirs de l'enfant et de son entourage afin qu'il puisse franchir ce cap.

L'enfance étant « l'antichambre » de l'adolescence, l'inventaire a révélé la similitude des problèmes relatifs aux catégories de droits « civils et libertés », « enfants et familles », « protection spéciale » pour ces deux groupes d'âge. Cette similitude justifie leur prise en charge à ce stade de la vie en vue d'anticiper les effets liés aux changements importants survenant à l'adolescence. Dès lors, l'analyse portera sur la tranche d'âge 6-18 ans, qui correspond à l'enfance et à l'adolescence.

2.A. Droit à la santé et au bien-être

2.A. a) Description

La santé, qui est un état de complet bien-être physique, mental et social, est un droit fondamental de l'être humain. L'accession au niveau de santé le plus élevé possible est un objectif social important qui suppose la participation de nombreux secteurs socio-économiques autres que celui de la santé.

La couverture sociale est un moyen de prévention et de prise en charge des besoins de santé et de bien-être de l'enfant. Dans ce cadre, le mauvais état sanitaire et de bien-être des enfants apparaît comme le problème central. Les autres problèmes identifiés constituent des facteurs explicatifs (réf. analyse causale).

Le problème ainsi identifié appartient aux « problèmes classiques » qui requièrent des actions de consolidation. En effet, en 1999, la proportion de la population ayant accès à une structure de santé située dans un rayon de 5 km se chiffre à 36 % et dans un rayon de

15 km à 59 %. Ces taux cachent de grandes disparités quant à la couverture géographique et aux difficultés d'accès. A Koulikoro par exemple, dans un rayon de 5 km, le taux d'accès se chiffre à 18,9 %, alors que dans un rayon de 15 km, ce taux est plus que deux fois supérieur (39,1 %). En revanche, à Kidal, ces taux sont respectivement de 25,1 % et 27,8 %. La configuration spécifique de ces deux zones est révélatrice des problèmes de concentration démographique qui vont se traduire par des différences de coût et d'approche pour atteindre des résultats comparables.

Cette situation de faible accès est confirmée par l'incidence élevée du paludisme estimée à 54,4 % pour 530 197 cas de fièvre présumée d'origine palustre en 1999. S'agissant du statut sérologique, sur les 125 enfants (0-15 ans) dépistés en 1998, 27,2 % sont séropositifs contre 37,8 % des 193 dépistés en 1999. La faible couverture ampute les capacités de l'enfant à amorcer une vie scolaire normale et à affronter l'adolescence.

2.A. b) Analyse : mauvais état sanitaire et de bien-être des enfants

DIAGNOSTIC DE SITUATION

Le défi de la nutrition concerne l'ensemble du cycle de vie. La mauvaise nutrition pendant l'enfance, l'adolescence et la grossesse aggrave le problème du faible poids de l'enfant à la naissance, handicap qui se poursuit de l'adolescence à la vie adulte, particulièrement pour la fille et la femme.

Le mauvais état nutritionnel des enfants maliens est confirmé par l'EDS-II dont les principaux résultats sont consignés dans « Santé et bien-être du jeune enfant ». Cette enquête ne prend pas en compte les enfants d'âge préscolaire et scolaire. Les enfants de 0-3 ans portent avec eux cet héritage. Ainsi a-t-il été constaté que la plupart des infections qui affectent l'enfant à l'âge préscolaire persistent pendant les années de scolarisation.

« L'enfance étant l'antichambre de l'adolescence, l'inventaire a révélé la similitude des problèmes relatifs aux catégories de droits « civils et libertés », « enfants et familles », « protection spéciale » pour ces deux groupes d'âge »



« Il est désormais établi qu'investir dans la nutrition de la mère et de l'enfant aura des bénéfices à court et à long terme sur la réduction des coûts de santé tout au long de la vie, sur la capacité éducationnelle et intellectuelle, et sur la productivité des adultes »

La santé et la nutrition de l'enfant en âge scolaire n'ont pas encore bénéficié d'une attention particulière alors que la prévalence de la malnutrition est élevée dans ce groupe et que les problèmes nutritionnels affectent la fréquentation, la performance et l'apprentissage scolaires.

Il est désormais établi qu'investir dans la nutrition de la mère et de l'enfant aura des bénéfices à court et à long terme sur la réduction des coûts de santé tout au long de la vie, sur la capacité éducationnelle et intellectuelle, et sur la productivité des adultes.

Les soins de santé appropriés (préventifs, curatifs, promotionnels) à cet âge sont étroitement tributaires de l'état nutritionnel décrit ci-dessus. Le Mali est situé dans la ceinture méningitique, ce qui exige des mesures préventives, comme la surveillance épidémiologique, la constitution de stocks en vaccins et médicaments dans toutes les régions, des campagnes d'information sur les manifesta-

tions de la maladie en vue d'une prise en charge rapide, et l'organisation de campagnes de vaccination en cas d'épidémie.

Il n'y a pas de prise en charge spécifique à cet âge. Les enfants sont également victimes de l'insuffisance qualitative et quantitative de la couverture et des soins. Le développement de la santé scolaire et les stratégies menées par les structures périphériques sont des occasions privilégiées pour les activités de déparasitage, les consultations préventives et la surveillance nutritionnelle (test de goitre, avitaminose A).

La pratique généralisée des mutilations génitales féminines, ses risques de complication et les mesures législatives inhérentes ont été largement abordées dans « Santé et bien-être du jeune enfant ». On s'attachera ici à apprécier la prévention des MGF et la prise en charge des complications.

Toute mesure de prévention doit partir du postulat que l'excision est à la fois une viola-

Synthèse du diagnostic de l'état sanitaire et de bien-être de l'enfant

- Unicité de la cible et multiplicité des acteurs.
- La mauvaise nutrition pendant l'enfance, l'adolescence et la grossesse aggrave l'effet négatif du faible poids de l'enfant à la naissance et se poursuit de l'adolescence à la vie adulte, particulièrement pour la fille et la femme.
- Les enfants d'âge préscolaire et scolaire ne sont pas couverts par les enquêtes nutritionnelles au Mali, alors qu'il n'est pas établi que l'enfant ayant survécu jusqu'à l'âge scolaire ne court plus de risque.
- La plupart des infections qui affectent l'enfant à l'âge préscolaire persistent pendant les années de scolarisation.
- Les problèmes nutritionnels affectent la fréquentation, la performance et l'apprentissage scolaires.
- Investir dans la nutrition de la mère et de l'enfant permet de réduire les coûts de santé tout au long de la vie, d'accroître la capacité éducationnelle et intellectuelle, et la productivité des adultes.
- Le développement de la santé scolaire et les stratégies menées par les structures périphériques sont des occasions privilégiées pour les activités de déparasitage, les consultations préventives et la surveillance nutritionnelle (test de goitre, avitaminose A).
- L'excision est à la fois une violation du droit à l'intégrité physique de la personne humaine et un problème de santé publique.
- Les victimes de l'excision sont dans l'ignorance totale de l'existence d'un problème sanitaire immédiat ou latent inhérent à cette pratique.



tion du droit à l'intégrité physique de la personne humaine et un problème de santé publique. Compte tenu du caractère particulièrement sensible de la question, il importe que toute stratégie de lutte contre l'excision soit fondée sur des connaissances précises provenant d'une recherche approfondie sur le phénomène. Une action de plaidoyer auprès des décideurs, des corps professionnels, et de communication pour le changement des comportements en direction des parents, des familles et des communautés, doit être entreprise. Elle s'appuiera sur les données de recherche sur la prévalence, l'incidence et la récurrence des différents types de mutilations sexuelles dans les communautés où elles sont pratiquées et leurs conséquences sanitaires. Il convient également d'examiner l'efficacité des approches utilisées pour prévenir et éliminer cette pratique. A cette action de communication sera associé le soutien aux réseaux de la société civile, y compris aux parents et aux familles et à la formation des professionnels socio-sanitaires pour la prévention et la prise en charge précoce des conséquences sanitaires qui sont de plusieurs ordres. Le plus souvent, les victimes sont dans l'ignorance totale de l'existence d'un problème sanitaire, immédiat ou latent, inhérent à l'excision.

Les conséquences vont de la fermeture du méat urinaire provoquée par l'œdème inflammatoire, qui entraîne la rétention d'urine, à l'infection locale ou généralisée, notamment le tétanos et l'atteinte de l'arbre génito-urinaire.

Plus tardivement, la petite fille peut souffrir d'une cicatrisation vicieuse du méat urinaire. A la puberté, elle peut présenter une dysménorrhée due à la diminution de l'orifice vaginal, ce qui peut être provoqué par l'infibulation. La mise en place de mécanismes de détection précoce de ces problèmes sanitaires pourrait permettre leur suivi médical et anticiper certaines des complications décrites ci-dessus. Ce suivi pourrait être entrepris par la constitution d'un dossier médical individuel retraçant l'histoire pathologique, la structure concernée et le patient étant chacun détenteur d'un exemplaire du dossier pour les besoins de suivi à chaque contact.

EXAMEN DE L'OFFRE DE SERVICE - DISPONIBILITÉ ET ACCESSIBILITÉ

Il ressort globalement du diagnostic que l'épanouissement de la personnalité de l'enfant et le développement de ses dons et aptitudes mentales et physiques, dans toute la mesure de ses potentialités, reposent sur une nutrition adéquate, des soins de santé appropriés, la prévention des MGF et l'organisation d'une prise en charge précoce des complications. La prévention de l'excision comportera l'identification des enfants non encore excisés en vue de leur protection, l'identification des personnes qui décident de cette pratique parmi les parents, en vue de leur sensibilisation, et la surveillance médicale de celles qui sont déjà excisées. Pour prévenir le risque de

**«Toute mesure
de prévention
doit partir
du postulat
que l'excision
est à la fois
une violation
du droit
à l'intégrité
physique
de la personne
humaine
et un problème
de santé publique»**

Synthèse de l'examen de l'offre de service de santé et de bien-être/Enfance

- Mise en place d'un système de surveillance préventive orienté vers la détection précoce des risques potentiels, compte tenu des effets néfastes et souvent irréversibles consécutifs à une prise en charge tardive.
- Renforcement des capacités des acteurs par des programmes pertinents de formation, d'information et de planification des activités et par la mise en place de mesures de suivi/évaluation.
- L'adoption d'un système de dossier médical individuel peut constituer un élément de solution. Le développement des nouvelles technologies de l'information et de la communication offre une opportunité pour la mise en place d'un réseau entre les différentes structures impliquées dans le suivi de l'enfant.
- L'accent sera mis sur l'élaboration des statistiques désagrégées afin de mieux suivre l'évolution de la situation de la cible.

Synthèse de l'examen de la demande potentielle de service de santé et de bien-être/Enfance

- L'expression de la demande potentielle de service repose sur la connaissance des besoins inhérents à l'offre par l'ensemble des acteurs.
- Une réorientation des pratiques dans les formations sanitaires s'impose aussi bien qu'un encadrement efficace de proximité dans la communauté et dans les familles.

maladie, y compris la malnutrition, une surveillance médicale bien conduite doit être conçue.

L'organisation de l'offre portera sur la mise en place d'un système de surveillance préventive orienté vers la détection précoce des risques potentiels, compte tenu des effets néfastes et souvent irréversibles d'une prise en charge tardive.

Ce dispositif reposera en premier lieu sur le personnel socio-sanitaire et sur celui de l'éducation, en étroite collaboration avec la société civile, les parents et les familles. Le renforcement des capacités de ces acteurs au sein de ce dispositif est indispensable à sa réussite, qui requiert un encadrement de proximité.

Ce renforcement des capacités suppose des programmes pertinents de formation, d'information et de planification des activités, ainsi que des mesures de suivi/évaluation. L'adoption d'un système de dossier médical individuel, tel que décrit ci-dessus, peut constituer un élément de solution. Le développement des nouvelles technologies de l'information et de la communication offre une opportunité pour la mise en place d'un réseau entre les différentes structures impliquées dans le suivi de l'enfant.

EXAMEN DE LA DEMANDE DE SERVICE - ACCESSIBILITÉ ET UTILISATION

L'expression de la demande potentielle de service reposera sur les besoins inhérents à l'offre, à savoir une nutrition adéquate, y compris l'accès à l'eau potable (alimentation diversifiée et suffisante, éducation nutritionnelle, hygiène alimentaire, pratique effective de l'hygiène en milieu scolaire, etc.), des soins de santé appropriés (la méningite, les maladies de l'enfance, le suivi médical et le déparasitage

dans le milieu de vie), enfin la prévention des MGF et la prise en charge précoce des complications.

Pour susciter l'expression de cette demande, une réorientation des pratiques dans les formations sanitaires s'impose, de même qu'un encadrement efficace de proximité dans la communauté et dans les familles. Celles-ci devront apprendre à valoriser la production et la consommation alimentaires locales pour améliorer l'état nutritionnel des enfants. Les formations à l'économie familiale devront être davantage vulgarisées ainsi que les techniques simples de surveillance nutritionnelle et de contrôle de l'état de santé. Un tel programme doit reposer sur des démarches rigoureuses pour assurer un coût-efficacité en vue de la pérennisation des approches, les premières tentatives ayant échoué à cause de leur coût exorbitant.

COORDINATION DE L'OFFRE ET DE LA DEMANDE

L'unicité de la cible et la multiplicité des acteurs constituent le socle de la coordination. Son efficacité réside dans une meilleure définition du problème, une organisation efficace des interventions, l'identification des acteurs pertinents, la reconnaissance de l'importance des ménages et la mise au point d'instruments de suivi.

La disponibilité de capacités locales pour la mise en œuvre des interventions, la faisabilité de ces dernières, y compris la modification des comportements clés, l'identification des aspects spécifiques au contexte pour le comportement concerné, des audiences-cible et la mise au point de stratégies pour modifier les comportements clé et les audiences-cible, sont indispensables à la coordination, au succès des efforts et donc au rétablissement du droit.



Les stratégies pour modifier les comportements clé relèveront d'un choix raisonné parmi différents axes :

- La communication pour le changement de comportement vise les jeunes, les enfants et les adultes ;
- La mobilisation sociale cible les réseaux : ONG, associations, institutions de recherche ;
- Le plaidoyer vise les leaders politiques, traditionnels.

L'effet conjugué de ces interventions devra permettre le rétablissement des droits et leur jouissance par l'enfant.

2.A. b) Axes d'orientation

- L'amélioration de l'efficacité de la coordination, notamment par la reconnaissance de l'importance des ménages et la mise au point d'instruments de suivi.

• La promotion de l'investissement dans la nutrition de la mère et de l'enfant doit reposer sur un système performant de suivi nutritionnel incluant les enfants d'âge préscolaire et scolaire pour réduire les coûts de santé tout au long de la vie, accroître la capacité éducative et intellectuelle, et la productivité des adultes.

• Le développement de la santé scolaire et de la stratégie menée par les structures périphériques sont des opportunités pour les activités de déparasitage, de consultation préventive, de surveillance nutritionnelle (test de goitre, avitaminose A), de dépistage et de prise en charge des séquelles des infections qui affectent l'enfant à l'âge préscolaire.

• Toute mesure de prévention doit partir du postulat que « l'excision est à la fois une violation du droit à l'intégrité physique de la personne humaine et un problème de santé publique » et toute stratégie de lutte contre l'excision doit être fondée sur des résultats de recherches solides.

• Mise en place d'un système performant d'informations statistiques permettant d'améliorer l'efficacité et l'effectivité de mesures, telles qu'un système de contrôle indépendant, la pertinence des interventions, la réalisation des objectifs, l'exploration approfondie du domaine, les modifications des comportements clé obtenues.

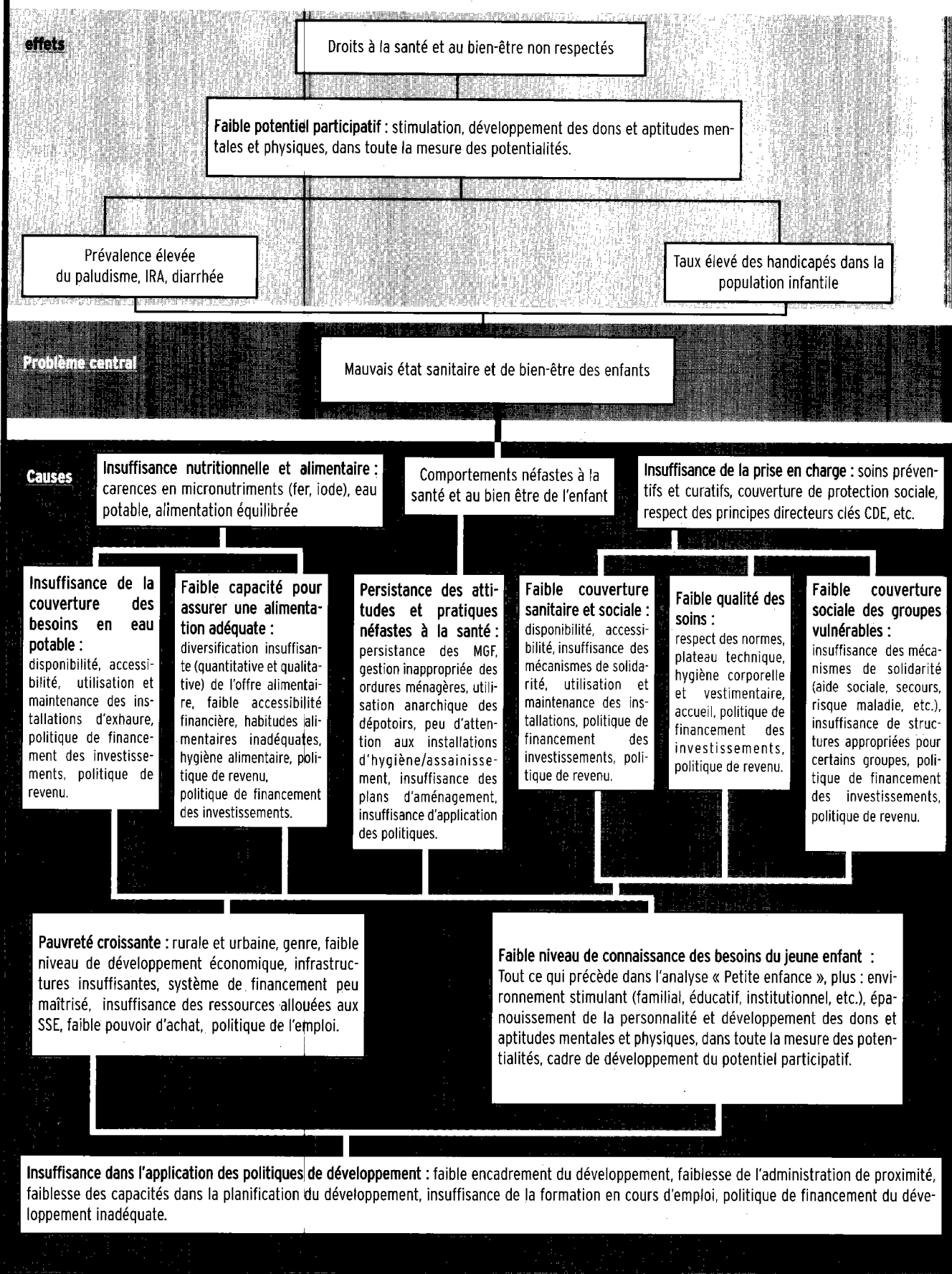
« L'organisation de l'offre portera sur la mise en place d'un système de surveillance préventive orienté vers la détection précoce des risques potentiels, compte tenu des effets néfastes et souvent irréversibles d'une prise en charge tardive »





Schéma n° 6 :

Schéma de l'analyse causale - droit à la santé et bien-être/enfance





2.B Droit à l'éducation, aux loisirs et aux activités culturelles

2.B. a) Description

La définition de l'éducation est la même que celle qui est proposée pour la jeune enfance.

Pour l'enfance, le droit à l'éducation, aux loisirs et aux activités culturelles requiert un système éducatif performant. La faible performance de l'éducation de base apparaît ici comme le problème central. Elle se caractérise essentiellement par le faible niveau de couverture, d'équité et de rendement interne. Le problème identifié s'inscrit dans les problèmes « classiques » nécessitant des actions de consolidation.

2.B. b) Analyse : Faible performance de l'éducation de base

DIAGNOSTIC DE SITUATION

La loi n° 94/010 du 24 mars 1994 réorganisant l'enseignement en République du

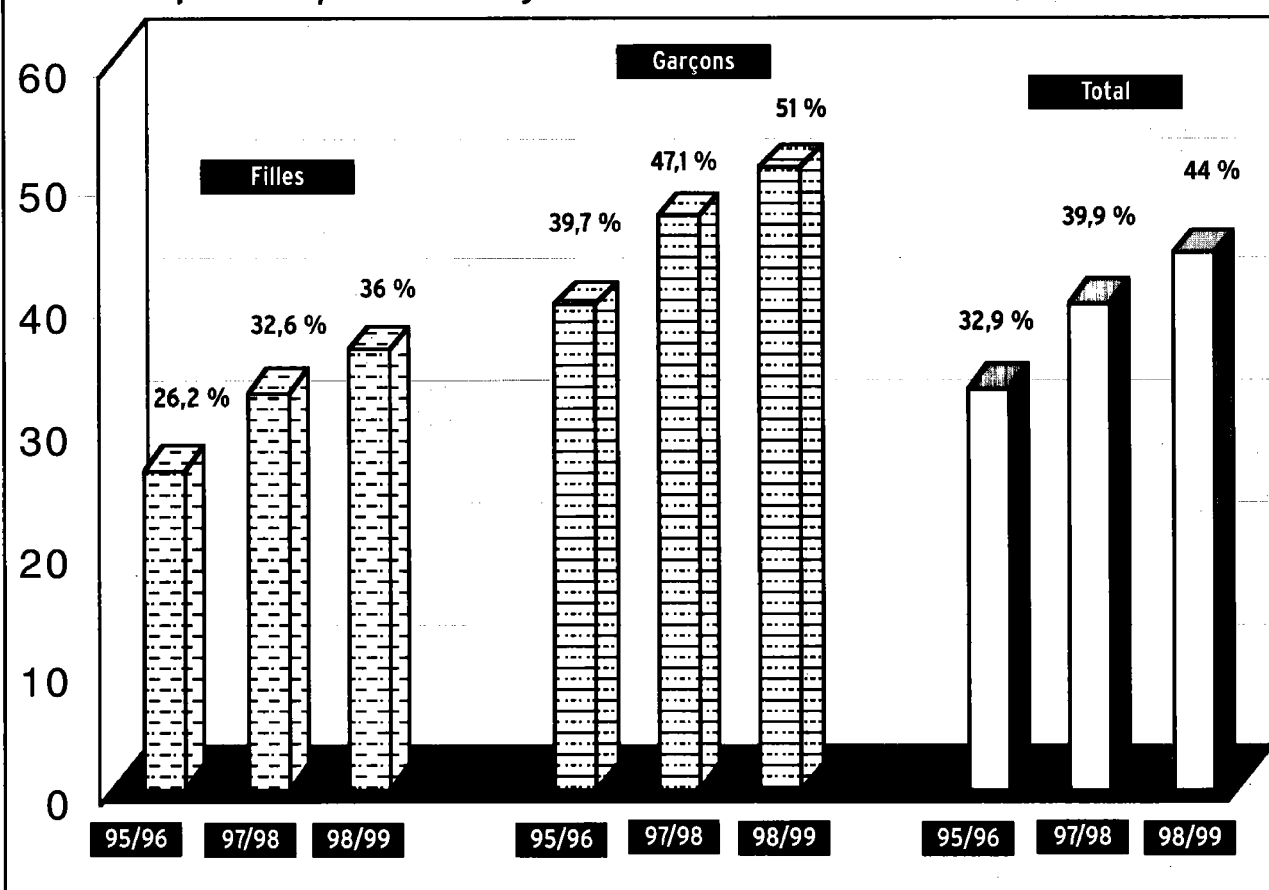
Mali stipule que celui-ci est laïc et comprend les ordres et types suivants : enseignement préscolaire, fondamental, secondaire général, technique et professionnel, supérieur, éducation non formelle, éducation spéciale.

La loi n° 99-046 du 28 décembre 1999 portant loi d'orientation sur l'éducation précise dans son chapitre 2 « Des principes » à l'article 4 que le droit à l'éducation est garanti à chaque citoyen. Ce droit s'exerce à travers l'accès à l'éducation et à la fréquentation des établissements d'enseignement public ou privé. La même loi stipule à son titre 3, chapitre 1, section 2, article 34 que l'enseignement fondamental est un bloc unique de neuf années. Il accueille les enfants à partir de 6 ans.

Le taux brut d'inscription en première année s'est considérablement amélioré entre 1989-90 et 1998-99, en passant de 24,8 % à 40,6 %. Malgré une prédominance de l'inscription des garçons (31,6 % à 55,5 %), on note une réduction de la disparité, le taux

Graphique n° 6

Evolution du taux net de scolarisation dans le premier cycle de l'enseignement fondamental entre 95/96, 97/98 et 98/99



« **L'absence de modèle féminin alternatif au modèle traditionnel, surtout en milieu rural, constitue une entrave sérieuse à l'inscription des filles à l'école** »

d'inscription des filles passant de 18,1 % à 43,5 % sur la même période. En revanche, le taux net d'inscription en première année dans ce laps de temps a fléchi, passant de 18,3 % à 17,5 %. La dégradation ainsi constatée est due à une réduction du taux net d'inscription des garçons (21,5 % et 19,7 %), alors que celui des filles (15,1 % et 15,3 %) reste stationnaire (environ 15 %). Cet écart important entre taux bruts et nets d'inscription en première année traduit un report cumulé des déficits de capacité d'accueil d'un système éducatif incapable de faire face à l'afflux continu de la demande d'éducation.

Le taux brut de scolarisation en premier cycle de l'enseignement fondamental était de 42,3 % en 1995/96 (51,3 % pour les garçons et 33,4 % pour les filles). En 1997/98, il était de 50 % (59,9 % pour les garçons et 40,3 % pour les filles). Les taux nets étaient respectivement, sur la même période, de 32,9 % (39,7 % pour les garçons, 26,2 % pour les filles) et de 39,9 % (47,1 % pour les garçons, 32,6 % pour les filles) (voir graphique 6).

Le taux d'admission au second cycle de l'enseignement fondamental, qui était de 12 % en 1995/96 (soit 16,3 % pour les garçons, 7,8 % pour les filles) atteignait, en 1997/98, 18,1 % (soit 23,5 % pour les garçons et 12,7 % pour les filles). **Le taux brut de scolarisation en second cycle** était de 14,5 % en 1995/96, soit 19,3 % pour les garçons et 9,9 % pour les filles. Deux ans plus tard, il était de 17,9 %, (23,4 % pour les garçons, 12,3 % pour les filles). Le taux net s'est élevé sur la même période de 19,7 % (garçons : 25 %, filles : 14,3 %) à 25,3 % (garçons : 31,9 % et filles : 18,6 %).

On enregistre un taux global de redoublement de 15 % et de 3 % d'abandon en 2000. La sortie du système se traduit par un taux d'achèvement faible de 43,4 % pour les filles et de 53,5 % pour les garçons en 1999-2000. A ces médiocres performances s'ajoute la défaillance de la vocation sociale de l'école d'être un milieu attrayant pour l'enfant, stimulant ses aptitudes aux jeux, aux loisirs et aux activités culturelles. Ainsi, l'école apparaît-elle comme le prolongement normatif de l'éducation familiale.

L'étendue de l'aire de recrutement est l'une des difficultés majeures du système en

terme d'accès. Elle est la conséquence d'une insuffisance d'infrastructures attestée par le ratio élèves/maitre très élevé pour le premier cycle avec 72 contre 30 pour le second. Lorsque l'aire de recrutement est grande, les élèves des villages les plus éloignés de l'école doivent faire face à de sérieux problèmes de déplacement, de logement et de nourriture. Dans une telle situation, aux yeux des parents, la petite fille est moins bien placée que le garçon pour aller à l'école.

En raison du manque de personnel enseignant, des salles de classe en bon état restent fermées. Par ailleurs, l'absence de modèle féminin alternatif au modèle traditionnel, surtout en milieu rural, constitue une entrave sérieuse à l'inscription des filles.

L'insuffisance du dynamisme des associations de parents d'élèves (APE) s'est manifestée dans leur fonction d'animation et de sensibilisation pour la scolarisation des filles et de mobilisation des communautés autour des objectifs de l'école. Lorsque l'APE est formée et responsabilisée, elle peut fortement stimuler la demande d'éducation.

La contribution des enfants aux travaux familiaux est un facteur de rétention des parents à l'inscription des enfants (coûts d'opportunité). Cette participation est particulièrement marquée au moment des semis et des récoltes, périodes clés pour les activités scolaires. Les frais d'inscription en milieu urbain et semi-urbain, de coopératives scolaires, d'achat de fournitures scolaires et de manuels, d'appui aux examens, les frais de construction et d'équipement des écoles constituent des coûts directs qui retiennent bien des parents d'inscrire leurs enfants, surtout s'ils en ont plusieurs.

Certains problèmes relatifs à l'accès se posent également pour le maintien de l'enfant à l'école : distance de la résidence de l'enfant par rapport à l'école, manque de logeurs dans le village d'implantation de l'école, état de délabrement des locaux, coûts d'écologie et coûts d'opportunité des enfants. D'autres facteurs pèsent particulièrement sur le maintien à l'école de l'enfant, comme l'absence de latrines, notamment pour les filles à l'âge de la puberté. La distance de la structure de second cycle la plus proche est également une difficulté au maintien à l'école une fois que l'enfant est admis à l'examen d'entrée en 7^e en raison de problèmes d'hébergement.



Les acquisitions¹¹ des élèves ont été mesurées à partir des scores aux tests de mathématiques et de français. Construits sur la base du contenu des programmes de 3^e et de 5^e années, ces tests ont été administrés dans les classes de 4^e et de 6^e années dans la mesure où les élèves de ces niveaux ont déjà suivi ces programmes au cours de l'année 1997/98. Pour chaque test, la réussite aux items à 65 % a constitué le seuil minimal de maîtrise élevée. La réussite aux items à 32,5 % a constitué le seuil minimal de maîtrise moyenne et, en dessous de ce seuil, les résultats ont été attribués à une maîtrise faible.

Ces données révèlent une faible maîtrise des objectifs des élèves de 4^e et 6^e années aux épreuves construites sur la base du contenu des programmes de 3^e et de 5^e années en français et en mathématiques, les deux disciplines fondamentales qui déterminent la réussite scolaire d'un élève. Ce résultat s'explique en grande partie par le manque de manuels dans la quasi-totalité des écoles.

D'une manière générale, on n'observe pas de relation systématique entre le niveau d'éducation des parents et les acquisitions

scolaires en français ou en mathématiques, et ce quels que soient la classe, la région ou le genre de l'élève.

L'insuffisance en matière de salles de classes et/ou de personnel, notamment en milieu urbain et semi-urbain, où le ratio élèves/classe est souvent supérieur à 100, handicape également le processus d'apprentissage.

Les enseignants se sont plaints de la qualité des formations reçues à la suite de l'introduction d'un nouveau manuel ou programme, ou encore d'une innovation pédagogique. Ils mettent notamment en question le manque de temps consacré aux formations, l'insuffisance des supports didactiques et la rapidité des changements opérés. Les enseignants, en particulier les vacataires et les volontaires de l'éducation, estiment ne pas recevoir une formation suffisante, ce qui joue négativement sur leur pratique pédagogique et, par ricochet, sur les performances scolaires. L'analyse des performances des élèves en fonction du statut des enseignants accrédite ces critiques.

Pour faire face aux contraintes du système d'éducation classique, le gouvernement a

« La faible maîtrise des objectifs par les élèves aux épreuves de français et de mathématiques s'explique en grande partie par le manque de manuels dans la quasi-totalité des écoles »





conçu les centres d'éducation pour le développement (CED), où la parité est exigée en vue de donner aux jeunes filles et garçons non scolarisés ou précocement déscolarisés une formation intellectuelle et pratique dans plusieurs domaines de l'activité socio-économique et de faire des ruraux des producteurs modernes. Les auditeurs âgés de 9 à 15 ans sont admis pour trois ans et apprennent, en plus du calcul, de l'écriture et de la lecture, la gestion et les métiers. Faute de données, il n'a pas été possible de faire l'analyse de ce type d'enseignement.

EXAMEN DE L'OFFRE DE SERVICE - DISPONIBILITÉ ET ACCESSIBILITÉ

L'offre à fournir est celle d'une éducation de base de qualité pour les enfants en âge scolaire et d'une formation pré-professionnelle pour les jeunes filles et garçons non scolarisés ou précocement déscolarisés. Elle se

caractérise par la grande faiblesse de la couverture et de la qualité de l'éducation de base et des CED. Elle s'organise autour de considérations techniques et de mesures législatives et réglementaires relatives à cet ordre et type d'éducation.

Les considérations techniques portent sur le personnel, les infrastructures, les équipements, la logistique, le matériel didactique, les fournitures scolaires, les normes et procédures pédagogiques. Les mesures d'ordre législatif et réglementaire définissent les attributions, les modes d'organisation et de fonctionnement, de contrôle et de suivi/évaluation des différentes structures et acteurs de ce domaine.

Pour suppléer au déficit quantitatif et qualitatif de ressources humaines, le Programme décennal de l'éducation (PRODEC) prévoit des réformes institutionnelles visant le développement de carrière du personnel enseignant et d'administration.

Synthèse du diagnostic Education, loisirs et activités culturelles/Enfance

- Faiblesse générale des taux bruts et nets d'inscription en première année, assortie d'un écart important entre les deux taux consécutif à une réduction du taux net d'inscription des garçons ; légère disparité en faveur des garçons.
- Insuffisance, vétusté et sous-équipement de l'infrastructure, disparité en faveur du milieu urbain occasionnant des problèmes de logement, de nourriture, de déplacement pour les enfants des villages éloignés, ou pratiques (absence de latrines, notamment pour les filles en âge de puberté).
- Insuffisance de l'approche communautaire créant un dysfonctionnement des APE, ce qui entraîne une faible maîtrise des objectifs d'éducation, une faible sensibilisation des parents à l'importance du suivi scolaire à domicile, à l'amélioration du ratio élèves/livre, à la scolarisation des filles et aux barrières que peuvent occasionner les coûts d'opportunité et les charges directes à l'inscription des enfants.
- Faiblesse du personnel (enseignant et administration) en quantité et en qualité, de la formation initiale et continue incluant le genre, des écoles de formation. Insuffisance de l'incitation des enseignants vers le milieu rural et de l'application stricte des textes réglementant le travail à l'école.
- Faible maîtrise des objectifs par les élèves aux épreuves de français et de mathématiques, deux disciplines fondamentales pour la réussite scolaire de l'élève.
- Absence de données pour faire l'analyse des CED.



Les structures se caractérisent par un sous-équipement chronique, situation aggravée par l'existence d'un système inapproprié de maintenance des infrastructures et des installations et par l'absence d'une politique d'amortissement et de financement des investissements. Ces facteurs jouent à la fois sur la motivation du personnel, la prestation pédagogique, la continuité et la qualité de l'enseignement.

Le Département de l'éducation a élaboré et mis en œuvre plusieurs normes et procédures techniques relatives aux méthodes pédagogiques, à la langue d'enseignement, au volume horaire, au contenu des programmes et aux méthodes d'évaluation. Le PRODEC préconise à tous les niveaux de l'éducation de base la pédagogie convergente (PC) qui est une méthode active valorisant la langue maternelle de l'apprenant et la langue seconde à travers leur enseignement concomitant. Cependant, des difficultés liées au choix de la langue d'enseignement dans les milieux multilingues, à l'insuffisance de maîtres locuteurs de certaines langues, à l'élaboration et à la distribution de matériels didactiques, limitent son efficacité.

Les dispositions ne prennent pas en compte l'aide de l'Etat aux familles et aux communautés pour l'accomplissement de leur devoir d'encadrement de l'enfant.

Cette situation se traduit par la précarité et le faible attrait (distance, coût, qualité) de l'offre entravant le rétablissement du droit à l'éducation.

Au-delà des considérations techniques, la précarité et le manque d'attrait de l'offre en ce domaine résident principalement dans la faible application des mécanismes de contrôle des normes d'implantation, du fonctionnement des organes de gestion et de la qualité des prestations, incombant aux autorités de l'éducation par voie législative et réglementaire.

EXAMEN DE LA DEMANDE DE SERVICE - ACCESSIBILITÉ ET UTILISATION

La demande potentielle s'articule autour des besoins de l'enfant : acquisition des apprentissages fondamentaux (éducation de base formelle et non formelle, institutions d'éducation spéciale) ; accès à un établissement d'enseignement fondamental (y compris medersas et institutions d'éducation spéciale), à un centre d'éducation pour le développement (CED), à un centre d'alphabétisation et à un centre d'apprentissage, notamment féminin ; achèvement du premier, puis des autres cycles de l'enseignement fondamental ; apprentissage de qualité dans l'enseignement fondamental (apprendre à compter, à lire et

Synthèse de l'examen de l'offre Education, loisirs et activités culturelles/Enfance

- L'offre, caractérisée par la grande faiblesse de sa couverture et de sa qualité, est celle d'une éducation de base pour les enfants d'âge scolaire et d'une formation professionnelle pour les jeunes filles et garçons non scolarisés ou précocement déscolarisés ;
- La faiblesse des éléments constitutifs de l'offre – le personnel, les ressources matérielles, les normes et procédures pédagogiques et les mesures législatives et réglementaires relatives à ces ordres et types d'éducation – la rendent peu attrayante.
- La faible capacité des familles et de la communauté et l'insuffisance de l'aide de l'Etat pour accomplir leur devoir d'encadrement de l'enfant traduisent la précarité et le faible attrait (distance, coût, qualité) de l'offre.
- La faible application des normes d'infrastructures, de l'obligation de l'éducation pour tous, le mauvais fonctionnement des organes de gestion et la piètre qualité des prestations qui relèvent des autorités de l'éducation et de la communauté (APE) par voie législative et réglementaire, l'absence de mécanismes indépendants de recours et de contrôle influencent négativement l'offre d'éducation.

écrire, se livrer aux activités de résolution de problèmes), dans les CED (expression orale et écrite en français et en langue nationale ; initiation au calcul ; formation pré-professionnelle), dans les centres d'alphabétisation et/ou d'apprentissage féminin (expression orale en langue nationale ; apprentissage de techniques simples), les loisirs, jeux, activités sportives, culturelles et artistiques (musique, danse, cinéma, colonies de vacances, excursions, visites de musées et de sites historiques, lecture, poésie).

L'expression de la demande est fortement limitée par le faible niveau d'éducation, d'information et de connaissance des besoins de l'enfant par ceux qui assurent sa prise en charge.

L'insuffisance des structures, leur sous-équipement et leur concentration en milieu urbain, l'absence d'une politique de coût et de financement (frais d'écolage libre pour une population majoritairement pauvre) et de mécanismes de solidarité, illustrent la faiblesse de la prise en charge de la demande formelle par « l'offre organisée ».

COORDINATION DE L'OFFRE ET DE LA DEMANDE

L'analyse met en évidence l'unicité de la cible et la nécessité du rétablissement de son droit. Afin que l'offre puisse répondre à la demande potentielle, il est essentiel de définir au préalable un cadre cohérent et stratégique d'intervention définissant l'objet, les rôles et les responsabilités de chaque intervenant. Ce cadre pourra notamment contenir les éléments de la réforme en faveur de l'enfance, en favorisant ses performances scolaires, les instruments de mise en œuvre et de contrôle, les composantes pertinentes du CSLP et les mécanismes indépendants de recours.

Synthèse de l'examen de la demande potentielle Education, loisirs et activités culturelles/Enfance

- La demande potentielle s'articule autour des besoins de l'enfant peu maîtrisés par les communautés et partiellement satisfaits par les autorités de l'éducation.
- Le faible niveau d'éducation, d'information et de connaissance des besoins de l'enfant par ceux qui assurent sa prise en charge limite considérablement l'expression de la demande.

Ce cadre facilitera l'identification et la coordination des départements et organismes responsables de l'enfant, directement ou indirectement, au niveau du gouvernement, des partenaires compétents parmi les ONG et la société civile et enfin de la famille. La prépondérance des comportements dans l'entraîne à l'exercice de ce droit requiert une meilleure capacité d'analyse, de conception, de planification et de gestion.

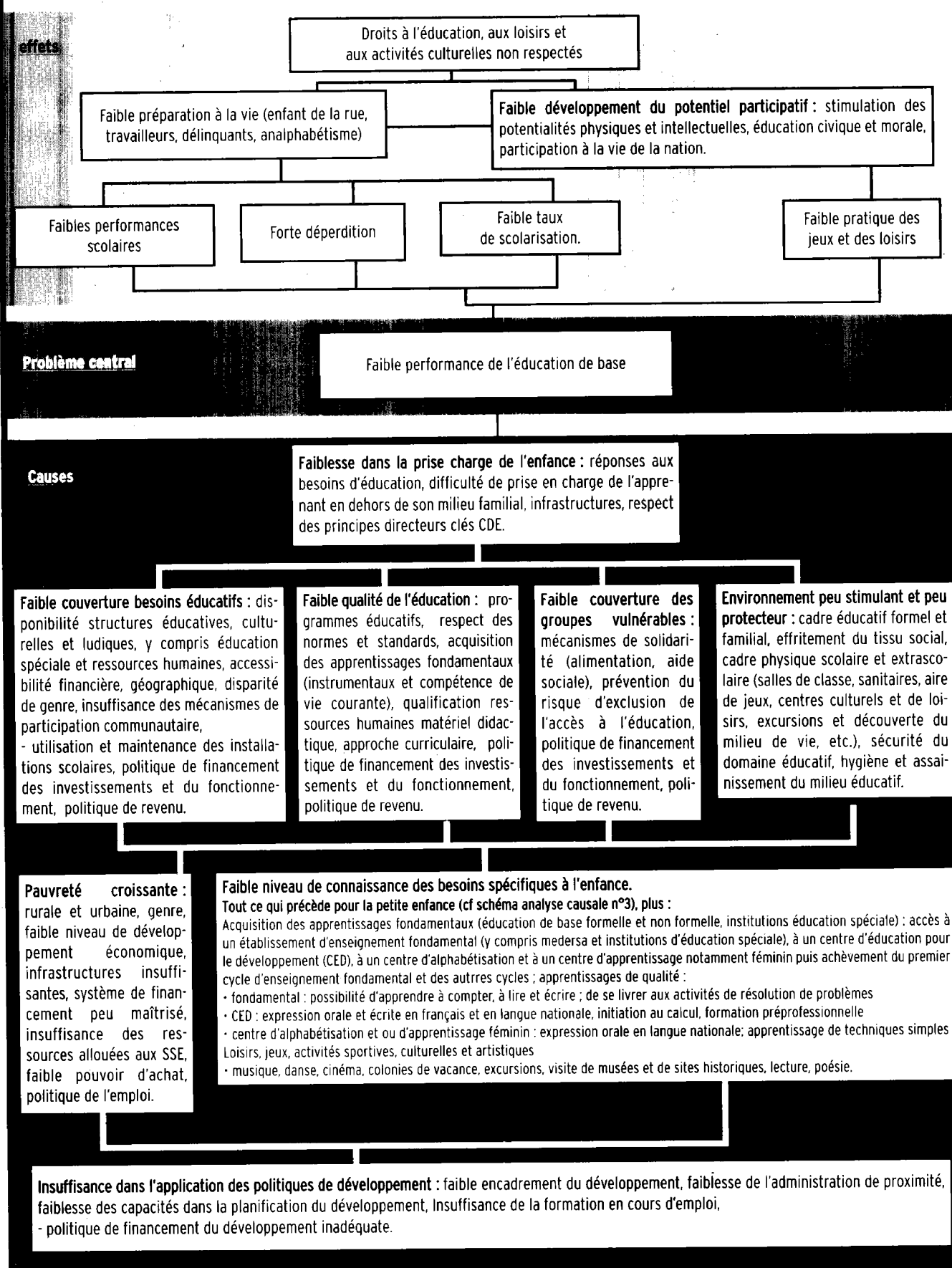
2.B. c) Axes d'orientation

- Renforcement de l'approche communautaire en vue d'une meilleure prise en charge des objectifs et des facteurs de rétention des enfants à l'inscription à l'école et à leur maintien ;
- Mise en place de réformes institutionnelles visant :
 - le développement des ressources humaines (enseignants et administration scolaire) intégrant l'incitation des enseignants vers le milieu rural et l'application stricte des textes réglementant le travail à l'école ;
 - le développement des performances scolaires pour tous les ordres et types d'éducation ;
 - le fonctionnement effectif des CED pour les enfants non scolarisés ou précocement déscolarisés ;
 - l'amélioration de l'accès sur une base d'égalité des chances entre zones rurales et urbaines ;
- Meilleure application des mécanismes de suivi du respect des normes d'infrastructures, de l'obligation de l'éducation pour tous, du fonctionnement des organes de gestion et de la qualité des prestations conférés aux autorités de l'éducation et de la communauté (APE) par voie législative et réglementaire et la mise en place de mécanismes indépendants de recours et de contrôle ;
- Mise en place d'un système performant d'informations statistiques destiné à améliorer l'efficacité et l'effectivité de mesures telles qu'un système de contrôle indépendant, la pertinence des interventions, la réalisation des objectifs, l'exploration approfondie du domaine, les modifications des comportements clés obtenues



Schéma n° 7 :

Schéma de l'analyse causale - éducation, loisirs, activités culturelles/enfance



« *L'attitude majoritaire se caractérise par une réticence à l'égard du principe de participation de l'enfant* »

2.C. Droits civils et libertés

2.C. a) Description

La définition des droits et libertés ne diffère pas de celle qui prévaut dans le cycle du jeune enfant. A ce stade de son évolution, la jouissance des droits civils et libertés se manifeste à travers son niveau d'éducation et/ou d'alphabétisation, sa capacité à exploiter et à utiliser librement l'information dans le respect des valeurs de sa communauté et de sa nation. Dans ce contexte, la faible préparation de l'enfant, en particulier de la fille, à la participation aux espaces d'échange et de formation apparaît comme le problème central. Ce dernier relève des « problèmes de type nouveau » liés à des besoins jusque-là peu ou pas pris en charge et sur lesquels les aspects comportementaux jouent également.

En matière de participation, les enfants doivent être associés aux processus qui les amènent à acquérir de nouvelles compétences et à renforcer leur estime de soi. Il faut les aider à lutter contre le sens d'impuissance souvent associé à l'enfance, leur permettre de s'attaquer aux violations et à la méconnaissance de leurs droits. Un certain nombre de principes guideront ces actions :

- tout enfant est capable d'exprimer une opinion,
- tout enfant a le droit d'exprimer librement son opinion,
- tout enfant a le droit d'être entendu sur toute question le concernant (se référer aux droits des enfants et de leur famille),
- tout enfant a le droit d'être pris au sérieux, en ce sens que l'on accorde à son opinion une juste considération.

Cependant, l'attitude majoritaire se caractérise par une réticence à l'égard du principe de participation de l'enfant. On constate que les adultes n'ont pas toujours agi dans son intérêt supérieur, ce qui a conduit aux abus de pouvoir sur les enfants, aux constantes omissions de les consulter ou de les faire participer, à l'insuffisance de leur prise en compte dans les politiques publiques et dans la répartition des ressources.

L'exercice de ces droits ne saurait être effectif en l'absence de capacités conférées par les droits à la santé et au bien-être, à l'éducation, aux loisirs et aux activités culturelles, les droits de la famille et les acquis en

matière de droits civils et libertés. Ceci traduit l'indivisibilité des droits et la vision holistique de l'enfant dans une démarche de satisfaction de ses besoins.

2.C. b) Analyse : faible préparation de l'enfant à la participation aux espaces d'échanges et de formation

DIAGNOSTIC DE SITUATION

En référence à la position charnière de l'enfance, l'accent sera mis sur l'orientation et les conseils appropriés à l'exercice du droit à la participation, notamment à travers la liberté d'expression, d'association, de réunion pacifique et l'accès à une information diversifiée (article 5 CDE et article 7 CEDEF) d'une manière qui corresponde au développement de ses capacités. Rappelons que les droits civils garantis à chacun dans la charte internationale des droits de l'Homme s'appliquent bien aux enfants. L'article 19 du pacte international relatif aux droits civils et politiques exprime la même idée.

Au Mali, bien que la Constitution garantisse les droits aux libertés d'expression, d'association et de réunion dans ses articles 4 et 5, les textes d'application sont encore insuffisants et ne mentionnent pas spécifiquement les enfants. A titre d'exemple, les ordonnances n° 36/PCG et 41/PCG du 28 mars 1959, portant respectivement loi sur la liberté de réunion et sur les associations, ne fixent que les conditions d'ordre général. Malgré cette insuffisance institutionnelle, des initiatives visant à favoriser la participation de l'enfant se concrétisent.

Tout enfant est capable d'exprimer une opinion. Il n'y a pas de limite d'âge minimum à l'exercice du droit de participation. Ceux qui n'arrivent pas à s'exprimer, en raison de leur jeune âge ou d'un handicap de langage, peuvent être encouragés à le faire à travers le dessin, la poésie, le jeu, l'écriture, les ordinateurs ou par des signes.

La préparation de l'enfant à l'exercice du droit de participation souffre de lacunes dans le dispositif législatif national en vigueur, en raison notamment d'un retard dans l'élaboration des différents codes (de protection sociale générale, de protection de l'enfant et de la famille).



L'encadrement de l'enfant dans son milieu de vie à travers les structures formelles et traditionnelles concourt à l'organisation de l'expression et de la participation de l'enfant. A cet égard, l'accès à l'information, la capacité de la traiter et de l'utiliser convenablement sont des composantes essentielles de la préparation de l'enfant aux espaces d'échanges. Au Mali, la famille, tant en milieu urbain que rural, est loin de rejeter la participation de l'enfant. Les acteurs de cette tradition sont d'abord les grand-parents, puis les autres membres de la famille. Il reste entendu toutefois que les limites de cette participation sont déterminées à l'avance par les parents, eu égard à l'âge et à au degré de maturité de l'enfant.

Le développement du paysage médiatique a permis la création d'espaces d'expression des enfants. On peut citer « Nous les enfants », la campagne radiophonique conçue sur des récits s'inspirant des articles de la CDE, le développement d'une presse écrite et de la littérature enfantine, et biens d'autres créations. Ces espaces d'expression aménagés par les médias sont tributaires de financement, le plus souvent extérieurs, en dehors de l'ORTM et de l'AMAP, qui assurent une mission de service public.

Les dispositions spéciales pour assurer la liberté d'expression de l'enfant handicapé sont insuffisantes, voire inexistantes. Quant au mineur privé de liberté par son statut de détenu, on note une amélioration de sa participation grâce à la réhabilitation du centre de détention et de réinsertion de Bollé et l'adoption en juin 2001 du nouveau code pénal et de la loi portant sur la minorité pénale et l'institution de juridictions pour mineurs. Sous l'impulsion de la société civile, la promotion des handicapés a connu un nouvel essor avec une contribution exceptionnelle et appréciable de l'Etat sous forme de subvention à travers le programme triennal de réadaptation à base communautaire (RBC).

Tous les enfants ont le droit d'exprimer librement leur opinion. Le rôle de l'adulte est déterminant pour cette expression. Il est de son devoir en sa qualité de parent, de professionnel et de politique, de garantir ce droit avec le consentement de l'enfant.

L'avènement de la Cité des Enfants répond au souci d'épanouissement général de l'enfant, de sa socialisation, de sa culture et de son ouverture sur le monde moderne à travers

**« Il n'y a pas
de limite d'âge
minimum
à l'exercice
du droit
de participation »**



« **Le Parlement des enfants, créé par décret, est un forum d'expression, d'information et de plaidoyer pour et par les enfants ouvert à tous les enfants** »

les nouvelles technologies de l'information et de la communication, l'audiothèque, la bibliothèque, la médiathèque, le Salon du livre pour enfants de Bamako (SALIBA), les manèges et les espaces sportifs. L'ensemble de ses activités sera soutenu par la recherche et la mobilisation sociale. Toutefois, la Cité, localisée à Bamako, n'est pas accessible à la grande majorité des enfants du pays. Les infrastructures restent encore incomplètes. Les coûts de fonctionnement, d'entretien et d'amortissement rendent hypothétique sa viabilité.

La création des centres d'écoute et d'orientation pour les enfants ayant besoin de mesures spéciales de protection a permis de contribuer à la résolution de leurs problèmes. Au sein de ces centres, les enfants participent à la diffusion des droits de l'enfant à travers la réalisation de sketches portant sur divers thèmes, tels que la scolarisation de la petite fille, le Sida, le travail des enfants, la vaccination, la réhydratation par voie orale. En outre, sous l'impulsion de certaines associations et ONG, les enfants s'organisent de plus en plus autour d'activités comme l'environnement et le soutien aux enfants défavorisés. Ces activités dépendant essentiellement de financements extérieurs mobilisés à travers les associations et ONG. Le bénévolat, qui se caractérise par une grande mobilité du personnel, constitue un facteur de vulnérabilité des acquis.

Tout enfant a le droit de voir son opinion prise en considération. Cette considération doit refléter son niveau de compréhension des questions abordées, eu égard à son âge et à son degré de maturité.

Le Parlement des enfants, créé par décret, est un forum d'expression, d'information et de plaidoyer pour et par les enfants ouvert à tous les enfants. Depuis sa création, il a évolué suivant trois étapes : institutionnalisation et régionalisation, évolution de sa mission vers le renforcement du plaidoyer et de la communication et enfin définition et application des critères assurant une meilleure représentativité des enfants au sein de ses différents organes. Le rôle joué par le Parlement des enfants à travers la célébration d'événements spéciaux, comme la Journée internationale de l'enfant (20 novembre), la Journée de l'enfant africain (16 juin), la Journée de la radio et de la télévision en faveur des enfants (deuxième dimanche de décembre), est une forme d'éducation civique qui doit préserver les valeurs sociales et préparer l'entrée de l'enfant dans la vie civile et dans les droits et devoirs de la citoyenneté. Malgré la définition de critères de représentativité, les enfants scolarisés sont largement majoritaires dans les organes de cette institution. Il en résulte des dysfonctionnements importants auxquels s'ajoute la difficulté de la mise en place d'un encadrement approprié (en termes de cadre institutionnel,

Synthèse du diagnostic - Droits civils et libertés/Enfance

- Le droit de participation est peu maîtrisé et peu développé à cause de la faible connaissance des besoins spécifiques et de l'insuffisance du cadre législatif ; ceci relève de la responsabilité des parents et de l'Etat.
- Les formes traditionnelles de préparation de la participation de l'enfant, bien que répandues, ne sont pas valorisées.
- Les dispositions spéciales pour assurer la liberté d'expression à l'enfant handicapé et au mineur privé de liberté en raison de son statut de détenu sont limitées par l'insuffisance du cadre législatif.
- L'émergence de quelques structures d'encadrement, telles que la Cité des enfants ou les centres d'écoute et d'orientation, concourent à l'épanouissement général de l'enfant, à sa socialisation, à sa culture et à son ouverture sur le monde moderne.
- Bien que l'efficacité interne du système éducatif soit faible, les aptitudes développées dans ce cadre assurent une plus grande représentativité des enfants scolarisés dans ces institutions au détriment des enfants appartenant aux structures moins organisées.
- L'insuffisance quantitative et qualitative du personnel d'encadrement et la précarité des sources de financement limitent l'impact des investissements.



de profil du personnel, de moyens, de rationalisation du temps pour les acteurs, etc.).

L'exercice de ce droit se heurte à trois problèmes majeurs : la faible capacité d'encadrement du milieu de vie, la faible couverture des besoins de l'enfant et le poids des us et coutumes. Ces facteurs sont relatifs à l'organisation de l'offre (disponibilité et qualité), à la demande potentielle (accessibilité et utilisation) et à la coordination de l'offre et de la demande potentielle (couverture, plaidoyer et communication pour le changement de comportement).

EXAMEN DE L'OFFRE DE SERVICE - DISPONIBILITÉ ET QUALITÉ

L'offre se caractérise par la faiblesse de la couverture et de la qualité de la prise en charge du droit de participation de l'enfant dans le cadre des droits civils et libertés. Elle s'organise autour de la couverture des besoins de l'enfant et de la capacité d'encadrement de son milieu de vie.

Cette offre se heurte à un environnement peu structuré : le dispositif légal, qui définit les attributions, les modes d'organisation et de fonctionnement, de contrôle et de suivi/évaluation des différentes structures et des acteurs, est à mettre en place.

La couverture des besoins du droit de participation se caractérise par l'insuffisance numérique et l'inégale répartition géographique des structures. L'expérience de création de structures d'accueil et d'orientation pour filles n'a pas été concluante. Notons qu'elles fréquentent très peu les structures mixtes du même type. Les installations requises pour assurer la fonctionnalité de ces structures en vue du développement d'aptitudes favorisant l'exercice de ce droit demeurent coûteuses. A cette difficulté d'organiser une offre accessible à tous s'ajoute le peu d'intérêt manifesté pour valoriser les formes traditionnelles de préparation de la participation de l'enfant. L'absence d'une politique ou d'une stratégie de promotion du droit de participation combinant ces deux formes limite considérablement l'offre potentielle. Pour les mêmes raisons, un système de partage de coûts entre l'ensemble des acteurs (parents, Etat, secteur privé, etc.) et les mécanismes sociaux couvrant les enfants handicapés et ceux issus de familles d'indigents n'ont pas été explorés.

Du fait de l'absence d'un développement récent du droit de participation, de la faible couverture des besoins et de l'insuffisance de la stratégie de promotion, l'offre organisée n'a pas intégré la spécificité du genre. Cette exclusion de la fille du bénéfice de cet encadrement, corroboré par les faibles taux de préscolarisation et de scolarisation des filles, s'explique principalement par les comportements discriminatoires à son égard.

L'orientation et les conseils appropriés au développement des capacités de l'enfant pour l'exercice de ce droit, relevant de la responsabilité des professionnels et des parents, font largement défaut. L'absence de programmes de formation, de suivi et de contrôle destinés aux professionnels et aux parents n'a pas permis à ces derniers de développer dans le milieu de vie de l'enfant des comportements favorables à la participation des enfants, notamment des filles.

EXAMEN DE LA DEMANDE POTENTIELLE DE SERVICE - ACCESSIBILITÉ ET UTILISATION

La demande potentielle s'articule autour des besoins de l'enfant, à savoir la liberté d'association, de réunion pacifique et celle de recevoir des informations de sources diverses, conformément à l'article 5 de la CDE et à l'article 7 de la CEDEF, et la connaissance des

« L'exclusion de la fille du bénéfice de cet encadrement, corroboré par les faibles taux de préscolarisation et de scolarisation des filles, s'explique principalement par les comportements discriminatoires à son égard »

Synthèse de l'examen de l'offre Droits civils et libertés/Enfance

- Les structures d'encadrement des enfants en vue de la préparation de leur participation sont en nombre insuffisant et leur répartition est inégale.
- Le dispositif légal et la stratégie de promotion du droit de participation sont à renforcer.
- L'intérêt pour la valorisation des formes traditionnelles de préparation de la participation de l'enfant est insuffisant.
- La fille est exclue du bénéfice de l'encadrement préparant à la participation aux espaces d'échanges et de formation.
- Professionnels et parents sont peu préparés à assumer leurs responsabilités dans l'orientation et les conseils appropriés au développement des capacités de l'enfant, notamment des filles.

« La tradition de la participation de l'enfant dans la famille malienne constitue un atout pour valoriser et développer des formes traditionnelles de préparation de la participation en vue d'atteindre le plus grand nombre d'enfants »

textes nationaux et internationaux en vue de sa préparation à participer aux espaces d'échanges et de formation.

La demande potentielle du droit de participation est largement exprimée par le groupe des enfants encadrés. L'offre correspondante est peu organisée et insuffisante. Quant au second groupe, majoritaire, l'expression de sa demande n'est pas suscitée.

Le faible taux de scolarisation, la forte déperdition scolaire, l'insuffisance des structures techniques d'encadrement de la jeunesse, le coût élevé de certaines prestations, le privilège accordé aux formes modernes, sont autant de facteurs qui limitent l'expression de la demande potentielle et entraînent l'exclusion de la majorité des enfants.

L'offre actuelle répond à une demande à caractère spontané. En l'absence d'une approche structurée d'expression de la demande potentielle, les diverses sensibilités, notamment de genre, ne sont pas prises en compte.

COORDINATION DE L'OFFRE ET DE LA DEMANDE

Cette coordination concerne la couverture, le plaidoyer et la communication pour le changement des comportements.

L'analyse met en évidence l'unicité de la cible et la nécessité du rétablissement de son droit. L'efficacité et l'effectivité de l'offre du droit de participation de l'enfant requiert la mise en place d'un cadre cohérent définissant les priorités, les modes d'action et les rôles des différents acteurs. Ce mécanisme facilitera l'identification et la coordination des départe-

ments et organismes responsables directement ou indirectement de l'enfant à tous les niveaux du gouvernement, des partenaires compétents parmi les ONG et la société civile et enfin de la famille.

L'aboutissement des efforts conjugués se heurte à la faiblesse des capacités à planifier la communication et le plaidoyer permettant d'isoler et d'analyser les facteurs déterminant les comportements qui affectent la demande. La pertinence et l'efficacité des interventions ne pourront être effectives que si elles reposent sur un système performant d'informations statistiques.

2.C. c) Axes d'orientation

Au terme de l'analyse de la faible préparation de l'enfant, en particulier de la fille, à la participation aux espaces d'échanges et de formation, un ensemble d'orientations a émergé en vue de consolider des acquis et d'explorer un terrain encore mal connu.

- Peu maîtrisé, le droit de participation nécessite la mise en place d'un cadre législatif et d'une stratégie de promotion.

- L'amélioration de la performance du système d'éducation est une condition nécessaire au développement des capacités de l'enfant, notamment de la fille, à participer aux espaces d'échanges et de formation dans le cadre des droits civils et des libertés.

- La tradition de la participation de l'enfant dans la famille malienne constitue un atout pour valoriser et développer des formes traditionnelles de préparation de la participation en vue d'atteindre le plus grand nombre d'enfants.

- Une meilleure préparation des professionnels et des parents à assumer leur responsabilité dans l'orientation et les conseils appropriés au développement des capacités de participation de l'enfant devrait réduire la réticence des adultes à l'égard du principe de participation de l'enfant, notamment des filles, et favoriser l'émergence de comportements positifs.

- La convergence de perception des Conventions internationales et des pratiques maliennes sur la nécessité d'assurer une protection adéquate de l'enfant contre les informations pernicieuses ouvre des perspectives pour l'organisation de l'accès à une information saine et diversifiée.

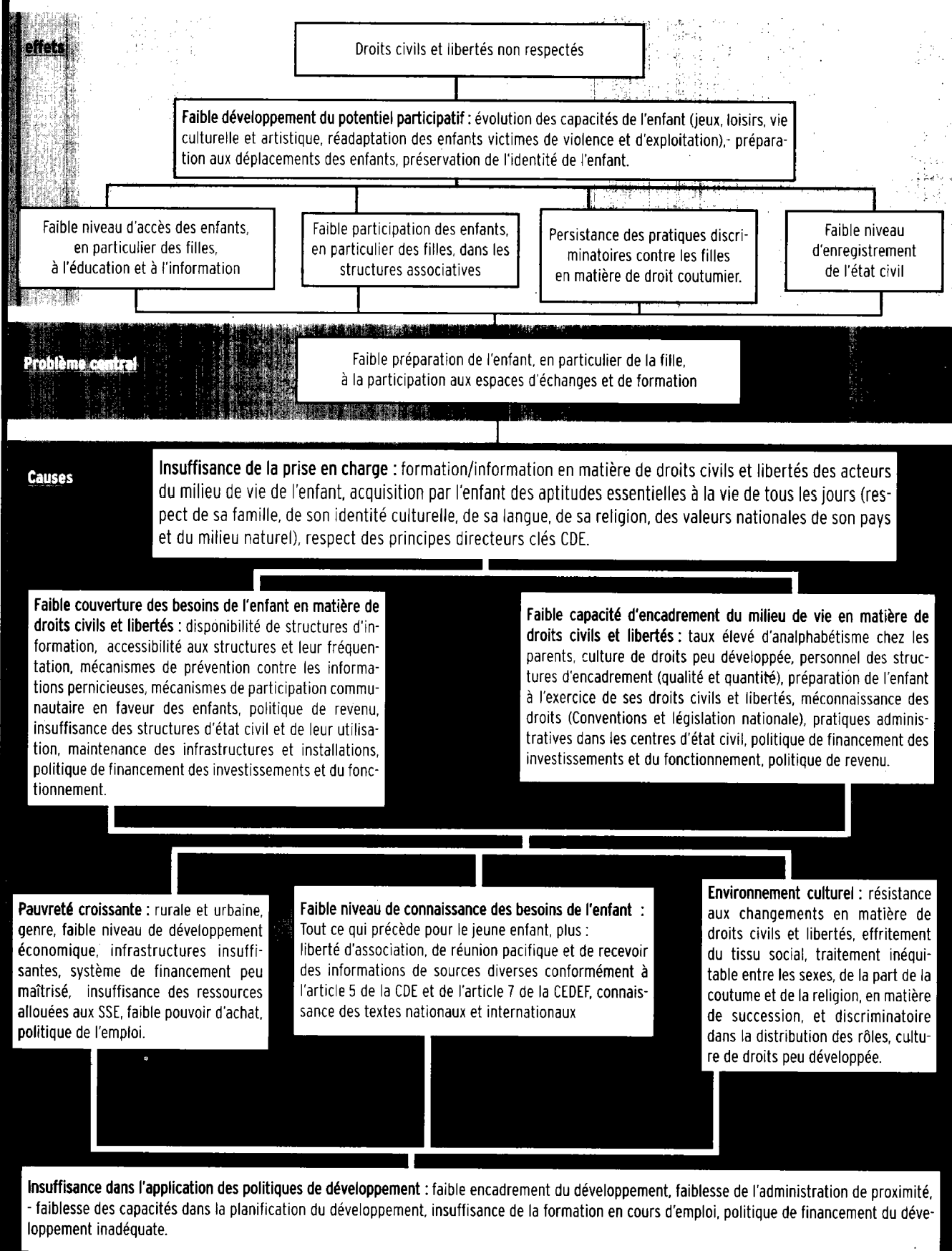
Synthèse de l'examen de la demande potentielle de service Droits civils et libertés/Enfance

- La demande potentielle du droit de participation est largement exprimée par le groupe des enfants encadrés.
- La demande potentielle de la grande majorité des enfants (hors des structures d'encadrement) n'est pas suscitée.
- Le rendement interne du système éducatif est faible.
- L'absence d'une approche structurée d'expression de la demande potentielle n'a pas permis la prise en compte des différentes sensibilités, notamment de genre.



Schéma n° 8 :

Schéma de l'analyse causale - droits civils et libertés/enfance



« Selon l'EDS-II, les femmes maliennes se marient très jeunes. Celles en union à 15 ans représentaient 22 % des filles de cet âge. Parmi les femmes âgées de 15 à 49 ans au moment de l'enquête, 50 % étaient déjà mariées à l'âge de 16 ans (âge médian) »

- L'efficacité et l'effectivité des mesures, telles qu'un système de contrôle indépendant, la pertinence des interventions, la réalisation des objectifs, l'exploration approfondie du domaine, les modifications des comportements clés obtenues, devront reposer sur un système performant d'informations statistiques.

2.D. Droit des enfants et de leur famille

2.D. a) Description

Dans cette catégorie de droits, la contribution de la famille est essentielle à l'émergence de la personnalité de l'enfant et à sa mise en confiance. Dans ce contexte, l'exclusion de l'enfant de la recherche de solutions aux problèmes le concernant devient le problème central. Ce problème relève des « problèmes de type nouveau », liés à des besoins jusque-là peu ou pas pris en charge, et fortement influencés par les aspects comportementaux.

2.D. b) Analyse : exclusion de l'enfant du processus de résolution de ses problèmes

DIAGNOSTIC DE SITUATION

La question des infrastructures a été traitée dans le cycle de vie précédent. Ici, il faut entendre par couverture, l'amélioration de la juste considération à accorder à l'opinion de l'enfant et le renforcement de sa participation dans la recherche de solutions aux problèmes le concernant. Tout enfant a le droit d'être entendu sur toute question le concernant. Ce principe de participation concerne la vie de l'enfant au sein de sa famille, de son école, de sa communauté et de sa nation. Il s'applique individuellement (choix du domicile en cas de séparation des parents) et collectivement (législation sur l'âge minimum pour le travail des enfants).

L'ordonnance n° 36 CMLN du 31 juillet 1973 portant code de la parenté traite en son chapitre 3 de la filiation et en sa section 2 (articles 56 à 70) de l'adoption. Si elle a le mérite de distinguer l'adoption-protection (enfant de plus de 5 ans) de la filiation adoptive (enfant de moins de 5 ans), ainsi que du droit à l'enfant d'être entendu

(article 59.2), elle ne traite pas suffisamment des autres formes de placement (famille, institution) et des mécanismes de suivi. Ce dernier aspect est pris en compte en matière d'adoption internationale depuis la ratification de la Convention de La Haye sur la coopération et la protection des enfants. En l'absence de données, il est difficile d'apprécier la pratique en ce domaine.

L'organisation de l'assistance à l'enfant dans le cadre de la protection contre les arrestations illégales et la privation injustifiée de liberté vient d'être renforcée par une nouvelle loi portant sur la minorité pénale. Celle-ci stipule en ses articles 19, 20 et 21 que « les parents ou tuteurs de tout mineur appréhendé sont immédiatement informés, tout mineur de moins de 15 ans ne peut être placé en garde à vue, le mineur sera informé promptement et en détail des faits qui lui sont reprochés, du droit à l'assistance d'un conseil à la charge de l'Etat et du droit à la présence d'un parent ou d'un tuteur. » En l'absence de mécanismes indépendants de suivi et de contrôle, et compte tenu de la faible information des populations et des professionnels sur ce dispositif, on peut s'interroger sur son utilisation effective et son efficacité à venir.

La loi n° 62-17/AN-RM du 3 février 1962 portant code du mariage et de la tutelle, complétée par l'ordonnance n° 26 CMLN du 10 mars 1975 relative au conseil de famille, stipule en son chapitre 3, article 4, que le garçon avant 18 ans révolus et la fille avant 15 ans accomplis ne peuvent contracter mariage. Il n'est fait mention de l'avis de l'enfant ni en cas de mariage, ni en cas de séparation des parents. Dans ce dernier cas, l'enfant est mis aux soins de l'un ou l'autre des époux ou d'une tierce personne, en application de l'article 65, pour son plus grand avantage. Pour le mariage du mineur, seule une décision du ministre de la Justice peut accorder la dispense.

Selon l'EDS-II, les femmes maliennes se marient très jeunes. Celles en union à 15 ans représentaient 22 % des filles de cet âge. Parmi les femmes âgées de 15 à 49 ans au moment de l'enquête, 50 % étaient déjà mariées à l'âge de 16 ans (âge médian). Le code du mariage et de la tutelle interdit le mariage forcé et dispose : « Il n'y a pas de mariage lorsqu'il n'y a pas consentement. » Le code pénal stipule en son article 227 que l'individu qui aura accompli ou tenté d'accomplir



l'acte sexuel autorisé par la coutume sur une fille âgée de moins de 15 ans sera puni de 1 à 5 ans d'emprisonnement sans préjudice des peines qu'il encourra pour les crimes ou délits commis à l'occasion de l'accomplissement de cet acte. La fille mineure est généralement victime de cette situation sous la pression morale des parents pour plusieurs raisons à la fois sociales et matérielles : levirat (remariage à un parent du mari défunt), sororat (sœur qui remplace sa sœur mariée défunte), fiançailles précoces, etc. Cette précocité du mariage, instituée par la loi et confortée par la coutume, est discriminatoire pour la fille à double titre : elle ne tient compte ni de son âge ni de son opinion. Il arrive que sa scolarité, sa formation et sa santé, voire sa vie, soient sacrifiées.

Les implications du mariage précoce ont été présentées par plusieurs études récentes¹². Le risque pour les adolescentes de mourir des

suites d'un accouchement est deux fois supérieur à celui des femmes âgées de 20 à 29 ans. Il est cinq fois plus élevé pour celles qui ont moins de 15 ans. Les enfants nés de mères de moins de 20 ans ont une probabilité de mourir avant leur premier anniversaire 1,5 fois supérieure à celle des enfants nés de mères âgées de 20 à 29 ans.

Au Mali, l'une des formes les plus connues de déplacement et de non-retour illécite d'enfants est le trafic transfrontalier d'enfants à des fins économiques. Ce trafic se définit comme le processus par lequel un enfant est déplacé dans des conditions qui le transforment en valeur marchande pour l'un au moins des adultes en présence, quelle qu'en soit la finalité. La législation en vigueur dans le cadre de la lutte contre le trafic d'enfants institue un titre de voyage tenant lieu d'autorisation de sortie du pays et criminalise le trafic d'enfants. Si ce dispositif définit

« Le risque pour les adolescentes de mourir des suites d'un accouchement est deux fois supérieur à celui des femmes âgées de 20 à 29 ans. Il est cinq fois plus élevé pour celles qui ont moins de 15 ans »

Synthèse du diagnostic - Droit des enfants et de leur famille/Enfance

- L'exclusion de l'enfant de la recherche de solutions aux problèmes le concernant est sous-tendue par la conjugaison du poids de la tradition et de la méconnaissance des implications de la faible connaissance des avantages liés à ce droit de la part des autorités, ce qui expliquerait la faiblesse ou l'absence de la législation en vigueur, des mécanismes de prise en charge institutionnelle et de recours indépendants.
- La passivité des populations face aux problèmes des enfants (trafic d'enfant, absence de prise en charge institutionnelle, enfants de la rue ayant besoin de mesures spéciales de protection) s'expliquerait par la méconnaissance des implications de la faible connaissance des avantages liés à ce droit, par la faible culture de droits et par l'absence de mécanismes indépendant de recours.
- Les mariages précoces sont largement pratiqués avec leur corollaire de mortalité maternelle et infantile élevée.
- L'effectivité du droit de l'enfant d'être entendu sur toute question le concernant est réduite :
 - la préparation de la fille à l'exercice du droit de participation n'a pas pu être isolée dans les expériences passées en revue, ce qui confirme la faible maîtrise du droit de participation et l'insuffisance des stratégies développées ;
 - la fille est victime de nombreuses discriminations, tels le mariage précoce, la succession, la distribution des rôles, imputables aux lacunes du dispositif législatif et réglementaire et au poids des us et coutumes ;
 - le dysfonctionnement des mécanismes de protection de l'enfant contre les informations d'ordre pernicieux interpelle les parents et l'Etat ;
- Un éveil des consciences doit faire émerger une assise institutionnelle dont les cadres d'intervention soient mieux définis. Il doit aussi entraîner l'adoption de nouvelles dispositions pour protéger l'enfant contre les arrestations illégales, les privations injustifiées de libertés, les déplacements et non-retour illicites (trafic transfrontalier).

« Le trafic d'enfants se définit comme le processus par lequel un enfant est déplacé dans des conditions qui le transforment en valeur marchande pour l'un au moins des adultes en présence, quelle qu'en soit la finalité »

les conditions du déplacement et punit l'acte, la famille favorise de façon bien souvent innocente le départ au détriment de l'intérêt supérieur de l'enfant. Cette attitude des parents est dictée par des facteurs socio-économiques. Pour certains parents, l'enfant (quel que soit son sexe) contribue ainsi à la prise en charge financière de son mariage et à ses besoins d'entretien que ne peut supporter l'unité de production agricole de la famille. D'autres pensent que l'enfant perpétue de cette manière une tradition d'exode qui existait même avant l'indépendance.

EXAMEN DE L'OFFRE ET DE LA DEMANDE POTENTIELLE DESERVICE - DISPONIBILITE ET QUALITE / ACCESSIBILITE ET UTILISATION

Malgré la ratification des Conventions et autres traités pertinents, du fait de la faible connaissance du domaine, le leadership de l'Etat ne s'est manifesté que timidement. La création du Département de la Promotion de la femme, de l'enfant et de la famille, du Développement social, et l'émergence d'une société civile dynamique constituent le socle d'un dispositif d'ordre législatif, juridique et administratif permettant une meilleure maîtrise du phénomène d'exclusion des enfants de la recherche de solutions aux problèmes les concernant. Aussi, les réformes en cours, notamment dans les domaines de la justice, de l'éducation, de la famille et de la promotion de l'enfant et de la femme, augurent de perspectives nouvelles pour l'organisation de l'offre et l'expression de la demande en vue de la prise en charge de la participation de l'enfant à la résolution de ses problèmes.

COORDINATION DE L'OFFRE ET DE LA DEMANDE

L'analyse met en évidence l'unicité de la cible et la nécessité du rétablissement de son droit. En raison du caractère émergent de ce domaine, il revient à l'Etat, à travers ses structures techniques, de jouer un rôle moteur. Priorité doit être donnée au plaidoyer et à la communication pour le changement des comportements.

Les structures techniques doivent approfondir la connaissance du domaine et définir un cadre d'intervention approprié qui reconnaîtra à la famille son importance.

La prépondérance des comportements dans l'entrave à l'exercice de ce droit requiert une plus grande capacité d'analyse, de conception et de planification dans les domaines du plaidoyer et de la communication pour le changement des comportements.

L'organisation et la disponibilité d'une offre attrayante et l'expression de sa demande dépendront de la capacité à hiérarchiser les comportements au niveau des familles, des professionnels et des décideurs.

Le renforcement de cette capacité permettra d'élaborer des programmes qui prendront en compte la faisabilité de la modification des comportements, les ressources disponibles et les capacités locales pour la mise en œuvre de tels programmes. De même, il permettra de définir des stratégies pour cibler les comportements clés en identifiant les aspects spécifiques au contexte, les audiences cibles, les approches pour modifier les comportements et les filières appropriées pour faire passer les messages.

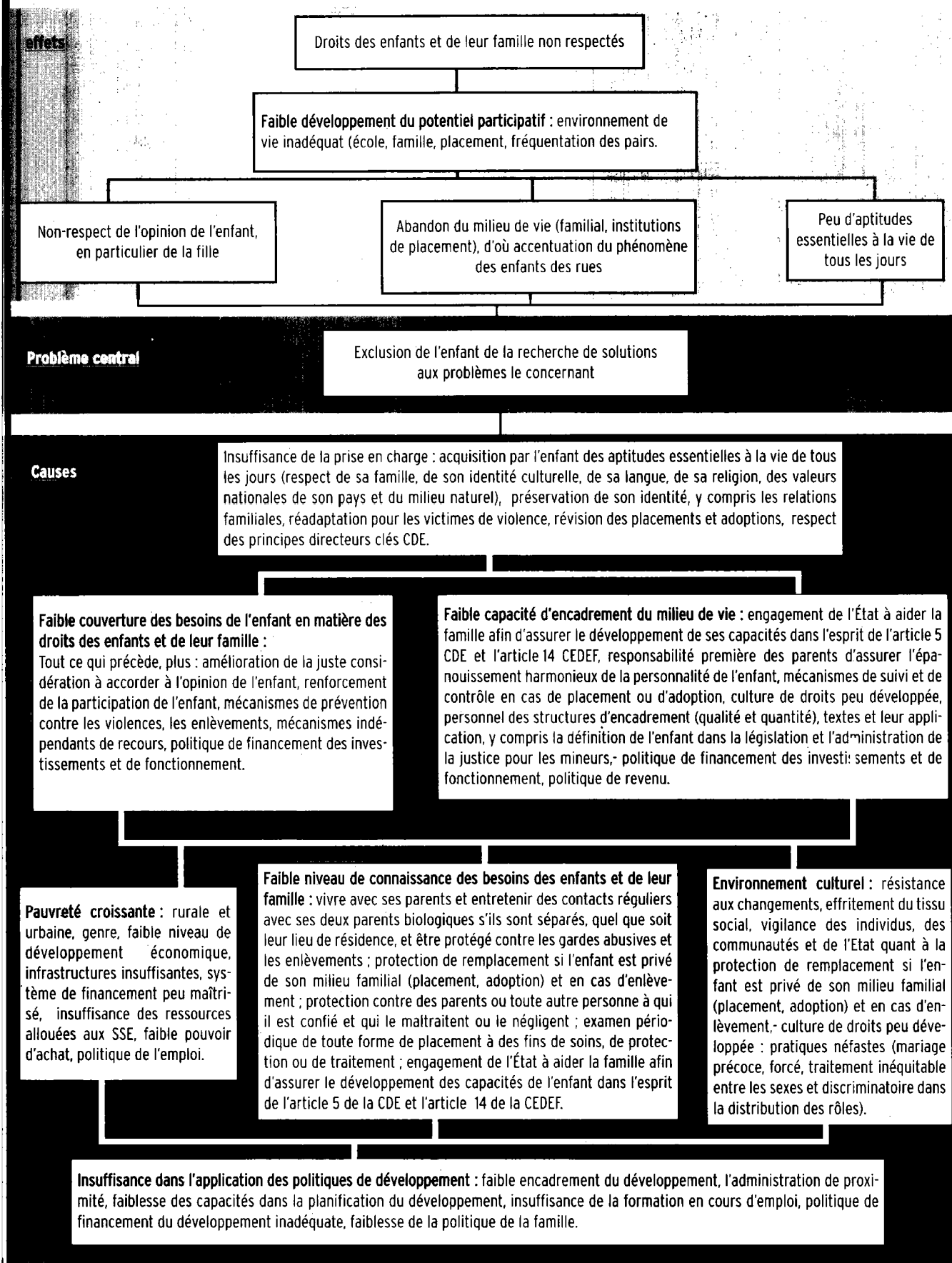
2.D. c) Axes d'orientation

- Nécessité de mettre en place une assise institutionnelle pour l'approfondissement de la connaissance du domaine et une meilleure définition du cadre d'intervention reconnaissant l'importance de la famille.
- Promotion du droit de l'enfant à être entendu sur toute question le concernant, en particulier préparation de la fille à l'exercice du droit de participation, élimination du poids des coutumes discriminatoires qui pèsent sur elle (mariage précoce, succession, distribution des rôles sociaux) et renforcement du dispositif législatif et réglementaire.
- Renforcement du plaidoyer et de la communication pour le changement des comportements, au regard de la prépondérance des facteurs comportementaux entravant la participation de l'enfant à la recherche de solutions aux problèmes qui le concernent.
- Mise en place d'un système performant d'informations statistiques permettant d'accroître l'efficacité et l'effectivité des mesures (système de contrôle indépendant, pertinence des interventions, réalisation des objectifs, exploration approfondie du domaine, modifications des comportements clé).



Schéma n° 9 :

Schéma de l'analyse causale - droits des enfants et de leur famille/enfance



« La défaillance de l'éducation formelle, familiale et communautaire, et l'incidence élevée de la pauvreté ont entraîné des phénomènes nouveaux qui s'avèrent difficiles à identifier : enfants des rues en milieu urbain, enfants victimes de violence, de négligence, d'exploitation économique (sexuelle, trafic, travail, mendicité), enfants en conflit avec la loi »

2.E. Droit à des mesures spéciales de protection

2.E. a) Description

La catégorie de droits relative aux mesures spéciales de protection vient en correction des dysfonctionnements constatés dans l'application des autres catégories de droits, à savoir : « Santé et bien-être », « Education, loisirs et activités culturelles », « Droits civils et libertés », « Enfant et famille ».

En ce sens, elle consiste pour l'Etat, les parents et, le cas échéant, la famille élargie, les tuteurs ou autres personnes légalement responsables de l'enfant, en l'obligation de mettre en place les dispositifs juridiques et sociaux visant la prévention des dysfonctionnements constatés dans l'application des autres droits et la réparation des préjudices encourus (réadaptation physique, psychologique et réinsertion sociale) par les enfants ayant besoin de mesures spéciales de protection.

La défaillance de l'éducation formelle, familiale et communautaire, et l'incidence élevée de la pauvreté ont entraîné des phénomènes nouveaux qui s'avèrent difficiles à identifier : enfants de rue en milieu urbain, enfants victimes de violence, de négligence, d'exploitation économique (sexuelle, trafic, travail, mendicité), enfants en conflit avec la loi. Ce phénomène d'enfants ayant besoin de mesures spéciales de protection apparaît dès lors comme le problème central. Celui-ci relève des « problèmes de type nouveau », liés à des besoins jusque-là peu ou pas pris en charge, et fortement influencés par les aspects comportementaux.

2.E. b) Analyse : prévalence du phénomène d'enfants ayant besoin de mesures spéciales de protection

DIAGNOSTIC DE SITUATION

Les mesures spéciales de protection ont un caractère intersectoriel : elles s'inscrivent dans les textes régissant la justice, la famille, l'emploi, l'éducation, la santé, les stupéfiants, la solidarité, la formation au travail social, la recherche, etc. Des Conventions internationales ratifiées par le Mali sont venues renforcer ce cadre institutionnel. Il s'agit principalement des CDE, CEDEF, CADBE, de la

Convention 182 de l'OIT sur les pires formes du travail des enfants, de la Convention 138 de l'OIT sur l'âge minimum d'admission à l'emploi, et de la Convention sur l'interdiction de l'utilisation, du stockage, de la production et du transfert des mines antipersonnelles. Cependant, le retard dans l'élaboration du code de protection sociale générale, du code de protection de l'enfant et du code de la famille demeure un obstacle majeur dans le rétablissement des droits de l'enfant. Il est donc urgent d'harmoniser la législation nationale avec les termes des Conventions et des autres traités pertinents en vue de garantir la réalisation progressive de ces droits.

La prévalence du phénomène d'enfants ayant besoin de mesures spéciales de protection est en grande partie due aux coûts d'opportunité¹³ de l'éducation et à la faible efficacité interne du système éducatif. Cette perte économique (coût d'opportunité) subie par la famille du fait de l'inscription de l'enfant à l'école englobe les manques à gagner provenant du non-accomplissement des travaux domestiques ou champêtres ou de toute autre activité économique que l'enfant aurait normalement exécutée pour la famille, n'eût été son absence pour raison d'études.

La forte proportion d'enfants victimes de la réévaluation de la perte économique subie par les parents ajoutée à l'importante déperdition scolaire expliquent la croissance du phénomène. Les motivations liées au coût d'opportunité trouvent leur explication dans le peu d'intérêt manifesté pour la scolarisation des enfants et l'incidence élevée de la pauvreté.

La notion d'enfant en conflit avec la loi renvoie à l'administration de la justice des mineurs, au traitement réservé à l'enfant privé de liberté, y compris les enfants soumis à toute forme de détention, d'emprisonnement ou de placement dans un établissement surveillé, aux peines prononcées à l'égard des mineurs et enfin à la réadaptation physique et psychologique et à la réinsertion sociale. Cet aspect a été abordé dans l'examen de la participation de l'enfant à la recherche de solutions aux problèmes le concernant.

Les réformes entreprises récemment dans le secteur de la justice ont intégré les dispositions des principes directeurs de Ryad et les règles de Beijing dans les nouvelles lois sur la minorité pénale et le code pénal, qui consti-

**Encadré n°5 :****Trafic transfrontalier d'enfants entre le Mali et la Côte d'Ivoire**

Le cadre de référence juridique de la lutte contre l'exploitation et le trafic d'enfants reste sur le plan institutionnel la Convention universelle des droits de l'enfant et la Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant. Les instruments juridiques internationaux déterminent clairement la responsabilité des Etats et des parents dans la prise de mesures spéciales de protection des enfants. Devant le constat que le trafic d'enfants dans sa pire forme est pratiqué au Mali et dans la sous-région, la Ministre de la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille, a conduit en 1999 une délégation nationale en vue d'explorer la situation à Sikasso. Il en est résulté un programme à court et moyen terme dont un des volets est la réalisation d'une enquête prospective. Celle-ci a été menée à l'aide de guides d'entretien et de questionnaires auprès des autorités locales, des forces de sécurité, des leaders communautaires, des transporteurs, des enfants et parents victimes du trafic, dans les principales zones de départ que sont les régions de Sikasso, Ségou et Mopti, principalement dans la zone frontalière entre le Mali et la Côte d'Ivoire. D'une manière générale, les victimes ont honte de se déclarer ou de dénoncer les auteurs et se sentent menacées. Néanmoins l'enquête* a pu faire la démonstration de la réalité du trafic des enfants maliens par des maliens, en a montré l'ampleur et les mécanismes ainsi que la perception qu'en ont les victimes et autres membres de la communauté.

Plusieurs types de trafic ont été mis en lumière : 1) les enfants volés partout dans le pays, aussi bien des bébés que des enfants de 14 à 15 ans ; 2) les enfants achetés à Bamako : 4 à 5 points de ventes ont été identifiés, dont des filles destinées à la Guinée ; 3) les enfants migrants détournés en cours de chemin ; 4) les enfants prêtés contre une somme de 100 000 F CFA par saison ; 5) les migrants de tout âge, surtout des filles, qui sont « négociés » depuis leur village. Les enfants qui font l'objet de ces trafics sont principalement vendus à des planteurs, mais ils sont également utilisés à d'autres fins (sacrifices, délinquance, mendicité).

Les acteurs impliqués sont principalement : les transporteurs dont les coxeurs qui sont des intermédiaires, les maîtres coraniques, les grandes dames qui se font appelées « hadja », les douaniers qui amènent les filles en Arabie Saoudite. Ces acteurs, qui bénéficient de complicités à différents niveaux, notamment dans l'appareil d'Etat, fonctionnent souvent en réseaux. La responsabilité des transporteurs (coxeurs, chauffeurs et apprentis) est apparue clairement, y compris par leurs comportements hostiles à l'enquête. La majorité des forces de sécurité interrogées (71 %) considère que les maîtres coraniques jouent un rôle déterminant dans ce trafic. Elles ont également mis en évidence l'immixtion des supérieurs et des élus locaux dans leur travail. Ainsi, de nombreux maires estiment que la gendarmerie n'a pas le droit d'effectuer ses contrôles de routine dans leur commune et encore moins d'y ratisser le terrain de manière systématique. Une typologie a été établie entre « zones victimes » (Segou, Bla, Mopti) et « zones coupables » (Bougouni, Sikasso, Kadiolo, Zégoua, Koutiala et San). La demande de main d'œuvre émane des planteurs qui expriment leurs besoins aux coxeurs et autres acteurs de ce trafic.

Les témoignages des enfants rescapés des plantations de Côte d'Ivoire sont accablants. Ils doivent exécuter les mêmes travaux que les adultes et ceux qui n'en ont pas la force sont souvent torturés à mort. Ils se nourrissent de maïs et logent à même le sol, ne recevant pour tout médicament que de la poudre de charbon. Tout empêchement pour raison de maladie est sanctionné par une torture qui aboutit généralement à la mort. Les fuyards sont éliminés. Les enfants esclaves qui ont pu être rapatriés sont profondément atteints : perte de l'usage de la parole, démence, délinquance, refus de retourner dans la famille par honte.

* « Rapport final de l'étude sur le trafic transfrontalier d'enfants entre le Mali et la Côte d'Ivoire », Mamadou Sékou Touré, Ministère de la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille et UNICEF, janvier 2000

« La fille est d'autant plus vulnérable au risque d'exploitation à des fins économiques qu'elle est séduite et dirigée par des adultes qui lui font miroiter le rêve d'une vie paradisiaque, d'un bon salaire et de conditions de vie attractives »

tuent une avancée en matière de justice des mineurs et de lutte contre le trafic d'enfants.

Bien que l'assistance à l'enfant soit organisée et assurée par les articles 19, 20 et 21 de la nouvelle loi portant sur la minorité pénale, son application reste hypothétique en raison de l'absence de mécanismes indépendants de suivi et de contrôle, de la sous-information des populations et des professionnels, du manque de juges pour enfants (11 juges en 2001), de l'insuffisance et de la non-fonctionnalité des tribunaux pour enfants, et de l'inexistence de centres de détention spécialisés dans les régions. Il est encore difficile d'apprécier l'impact des efforts de réadaptation physique et psychologique et de réinsertion sociale menées par les structures publiques.

La notion d'enfant en situation d'exploitation, y compris leur réadaptation physique et psychologique et leur réinsertion sociale, comprend l'exploitation économique, notamment le travail des enfants, l'usage des stupéfiants, l'exploitation et la violence sexuelles, la vente, la traite et l'enlèvement d'enfants et toute autre forme d'exploitation.

La législation malienne, à travers le code pénal, protège largement l'enfant victime d'exploitation. Ce code protège le mineur contre l'incitation à la mendicité (art. 183) et contre le trafic d'enfants (article 244), la fille ou la femme contre la débauche et le proxénétisme (art. 229), l'enfant de moins de 13 ans contre la pédophilie (article 228) et l'enfant âgé de moins de 15 ans contre l'attentat à la pudeur (art. 225), le viol (art. 226) et l'enlèvement (art. 241). Il prévoit de lourdes peines allant de 5 à 20 ans de réclusion contre les auteurs.

Pour la prise en charge de la réadaptation physique et psychologique et de la réinsertion sociale, il existe un vide juridique concernant la définition du rôle de l'Etat, des autres intervenants, des normes de prise en charge et des mécanismes de suivi et de contrôle. Cependant, cette prise en charge est partiellement assurée dans la pratique. Le développement des structures de prise en charge des enfants ayant besoin de mesures spéciales de protection est le fait d'associations, d'ONG et de fondations avec l'appui de l'Etat et des partenaires techniques et financiers.

On dénombre 32¹⁴ centres d'accueil et d'orientation, foyers d'hébergement et d'édu-

cation non formelle prenant en charge plus de 6 101 enfants en vue de leur réadaptation physique et psychologique et de leur réinsertion sociale. L'engagement de la société civile est contrecarré par l'insuffisance de son professionnalisme et sa dépendance vis-à-vis du financement extérieur, ce qui rend précaire l'efficacité de son assistance et limite son rôle d'interpellation en matière de violations des droits des enfants.

Au regard de ces chiffres, le phénomène prend une dimension d'autant plus inquiétante qu'aucune action coercitive n'est envisagée contre l'exploitation économique de cette prise en charge. L'objectif d'un tel encadrement étant la réintégration de l'enfant dans la société en l'aidant à jouer un rôle constructif, les données disponibles ne permettent pas d'apprécier son efficacité en termes de nombre d'enfants totalement « récupérés », voire réinsérés, d'enfants récidivistes et difficilement récupérables.

La mise en œuvre du Programme national de lutte contre le travail des enfants, l'élaboration et l'exécution du Plan d'action national d'urgence de lutte contre le trafic transfrontalier d'enfants (2000-2001) donnent la mesure des efforts entrepris pour venir à bout du fléau. C'est dans ce cadre qu'ont été rapatriés 413 enfants victimes de trafics transfrontaliers.

La fille est d'autant plus vulnérable au risque d'exploitation¹⁵ à des fins économiques qu'elle est séduite et dirigée par des adultes qui lui font miroiter le rêve d'une vie paradisiaque, d'un bon salaire et de conditions de vie attractives. Ce mirage qui se nourrit des mêmes motifs que l'exode saisonnier, établit une relation de confiance qui ne tardera pas à être rompue par l'adulte pour arriver à ses fins. La fille est victime de cet abus de confiance dont les effets pervers sont, entre autres, la prostitution, les grossesses non désirées, le détournement de son salaire ou de ses biens, l'exposition aux IST/VIH/Sida.

Pour faire face à la progression de l'usage de la drogue chez les jeunes, des études sont en cours afin de rendre plus aisée l'application des textes. Au plan préventif, des mesures ont été prises, telles que la mise en place de la Commission nationale de lutte contre la drogue (CNLD), au sein de laquelle évoluent plusieurs associations et ONG. Mais l'état actuel des données ne permet pas d'apprécier l'impact de son action.



Des guides de formation sur la justice des mineurs, la CDE/CADBE et la CEDEF ont été élaborés et sont actuellement utilisés, et plusieurs supports de communication ont été produits et diffusés (articles de presse, micro-programmes, théâtre, traductions de la CDE en différentes langues nationales, etc.).

Les formations¹⁰ ont touché les agents de sécurité et travailleurs sociaux s'occupant d'enfants (30), les magistrats, les animateurs chargés de production audio (414), les administrateurs des radios de proximité (51), les hommes de culture (45 comédiens et 10 griots), les agents des services publics (30 dans les domaines de la santé, de l'éducation, de l'eau et de l'assainissement) et les formateurs sur la CDE (18).

En dépit de ces efforts, la sensibilisation de la population aux droits des enfants n'a pas donné les résultats escomptés. Une grande majorité de la population et nombre de responsables ignorent ces Conventions et les autres traités pertinents. Pour remédier à cette situation, il importe de s'attaquer à une série de problèmes, tels que l'orientation exclusive de ces formations sur le milieu urbain et les professionnels, l'absence de plan de suivi des agents formés, la non-prise en

compte dans les différents programmes de formation des vrais acteurs que sont les parents et les enfants et enfin la pertinence des stratégies de formation.

EXAMEN DE L'OFFRE ET DE LA DEMANDE POTENTIELLE DE SERVICE - DISPONIBILITÉ ET QUALITÉ/ACCESSIBILITÉ ET UTILISATION

La prévalence du phénomène d'enfants ayant besoin de mesures spéciales de protection relève des « problèmes de type nouveau » liés à des besoins jusque-là peu ou pas pris en charge et sur lesquels les aspects comportementaux jouent fortement.

Comme les problèmes centraux des catégories de droits « Enfant et famille » et « Mesures spéciales de protection » sont également de type nouveau et répondent aux mêmes principes d'organisation de l'offre et de la demande, le lecteur est prié de se référer à la catégorie de droits précédente.

« Une grande majorité de la population et nombre de responsables ignorent les Conventions et autres traités pertinents relatifs aux droits des enfants »

Synthèse du diagnostic

Droit à des mesures spéciales de protection/Enfance

- Les mesures spéciales de protection doivent corriger les dysfonctionnements constatés dans l'application des autres catégories de droits.
- La défaillance de l'éducation formelle, familiale et communautaire et l'incidence élevée de la pauvreté ont favorisé le développement du phénomène d'enfants ayant besoin de mesures spéciales de protection.
- La législation se révèle insuffisante : une harmonisation est nécessaire, les vides juridiques (notamment le rôle de leadership de l'Etat et les normes de prise en charge) doivent être comblés, et des mécanismes indépendants de recours prévus.
- La responsabilité implicite ou explicite des parents d'enfants ayant besoin de mesures spéciales de protection est engagée.
- Le dynamisme de la société civile est entravé par un manque de professionnalisme et par une dépendance vis-à-vis de financements extérieurs.
- Les parents et les professionnels méconnaissent les besoins des enfants en matière de protection spéciale.
- Les structures d'encadrement, le personnel qualifié et la formation sont insuffisants.

« La double responsabilité qui incombe à l'entourage du pré-adolescent concerne la prise en charge efficace de l'héritage du stade précédent et celle effective et adéquate des besoins nouveaux. »

COORDINATION DE L'OFFRE ET DE LA DEMANDE

L'analyse met en évidence l'unicité de la cible et la nécessité du rétablissement de son droit. En raison du caractère émergent de ce domaine, il revient à l'Etat, à travers ses structures techniques, de jouer un rôle moteur et de donner la priorité au plaidoyer et à la communication pour le changement des comportements (voir catégorie précédente).

2.E. c) Axes d'orientation

- Mise en place de dispositifs législatifs, juridiques, réglementaires et sociaux visant à prévenir les dysfonctionnements dans l'application des autres droits et à réparer les préjudices encourus (réadaptation physique, psychologique et réinsertion sociale) par les enfants ayant besoin de mesures spéciales de protection.
- Amélioration du rendement du système éducatif en vue de la réduction du phénomène d'enfants ayant besoin de mesures spéciales de protection.
- Mise au point d'approches visant à responsabiliser les parents et les familles par rapport aux implications de leur comportement vis-à-vis de ce phénomène.
- Développement du mouvement associatif pour la défense et la promotion des droits de l'enfant, qui joue un rôle crucial dans ce domaine.
- Amélioration des connaissances et des pratiques des parents et des professionnels en matière de droit à la protection spéciale.
- Mise en place d'un système performant d'informations statistiques pour évaluer l'efficacité et l'effectivité de mesures, telles qu'un système de contrôle indépendant, la pertinence des interventions, la réalisation des objectifs, l'exploration approfondie du domaine, les modifications des comportements clés obtenues.

2.F. Coordination en faveur de la réalisation progressive des droits de l'enfant

L'unicité de la cible, sa vulnérabilité et la multiplicité des acteurs imposent une organisation de l'offre et de la demande par la mise en place d'un système axé sur la détection précoce des risques potentiels, dans la mesure où toutes les analyses attestent du caractère irréversible des effets néfastes d'une prise en charge tardive.

La coordination à opérer en termes d'organisation de l'offre et de la demande potentielle doit chercher à :

- maîtriser les besoins spécifiques et évolutifs du jeune enfant ;
- éliminer les comportements inhérents à leur méconnaissance ou à la négligence ;
- assumer des responsabilités à plusieurs niveaux :
 - prise de conscience par les parents et la communauté (englobe tous les acteurs),
 - niveau d'impact qui vise la famille,
 - pressions et actions assurées par la société civile,
 - politiques, stratégies, législation assurées par l'Etat.

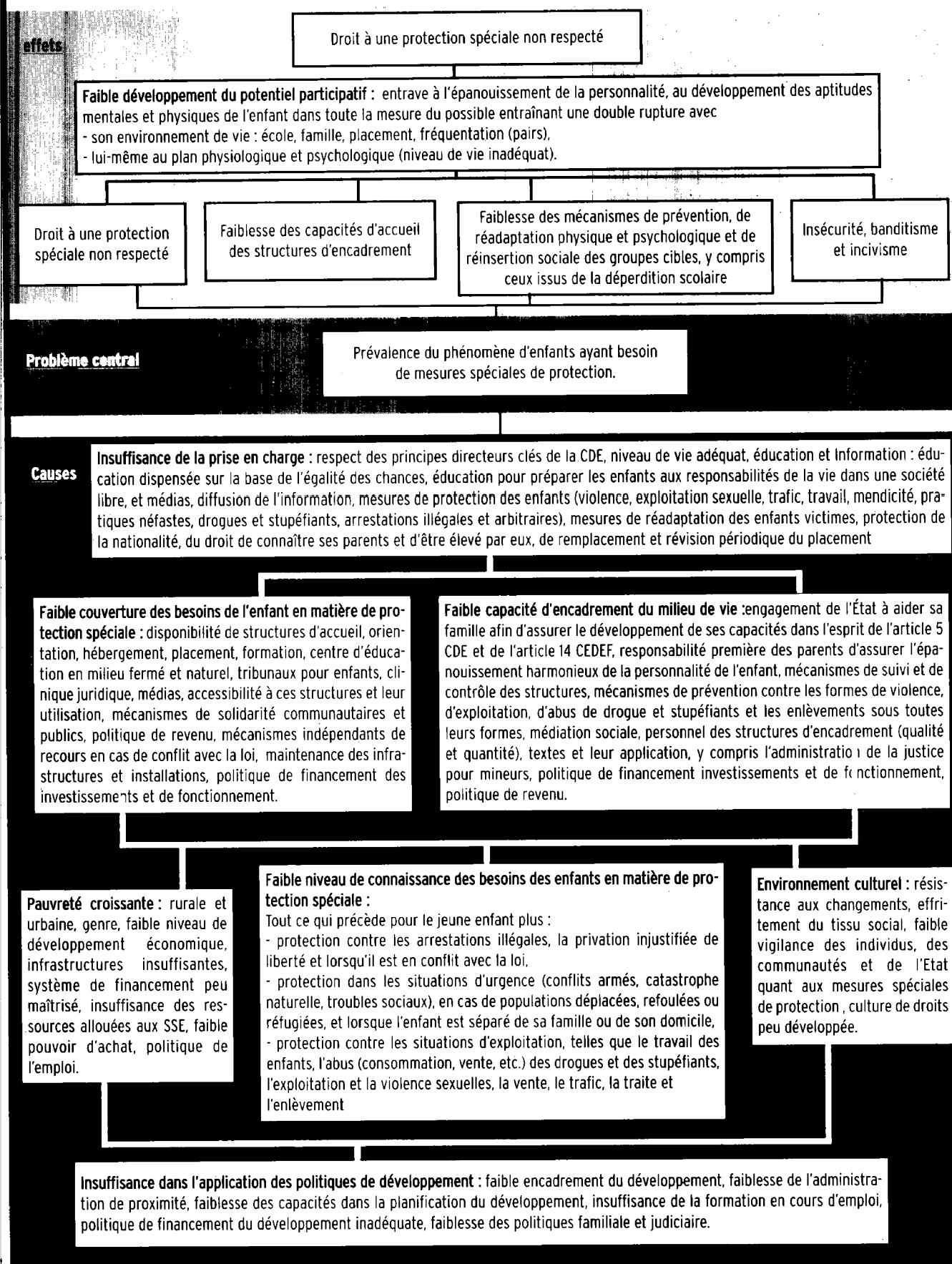
2.F. a) Besoins de l'enfant

Cette tranche d'âge – la pré-adolescence – constitue la transition de la jeune enfance à l'adolescence. Elle se caractérise par la prépondérance des séquelles (nutrition et infections) de la jeune enfance. A cette gestion des héritages du stade antérieur s'ajoutent des besoins comme la participation de l'enfant, le déparasitage, l'importance accrue des besoins nutritionnels, la préparation pour le stade adolescent caractérisé par l'affirmation de la personnalité et l'apparition de certains problèmes latents comme les troubles physiologiques, les conséquences psychologiques et sanitaires des MGF, les mariages précoces. La double responsabilité qui incombe à l'entourage du pré-adolescent concerne la prise en charge efficace de l'héritage du stade précédent et celle effective et adéquate des besoins nouveaux.



Schéma n° 10 :

Schéma de l'analyse causale - droits à des mesures spéciales de protection/enfance



« Les victimes de l'excision ignorent totalement l'existence d'un problème sanitaire immédiat ou latent inhérent à cette pratique »

2.F. b) Facteurs facilitant ou entravant l'exercice des droits

L'analyse met en évidence un nombre important de facteurs déterminant l'exercice ou le rétablissement des droits de l'enfant sur la base de l'égalité des chances :

- Les séquelles liées à la mauvaise nutrition et la persistante des infections acquises pendant la jeune enfance entravent la fréquentation, la performance et l'apprentissage scolaires, ainsi que l'accroissement de la capacité intellectuelle et, plus tard, la productivité des adultes.
- Les victimes de l'excision ignorent totalement l'existence d'un problème sanitaire immédiat ou latent inhérent à cette pratique.
- Un système performant d'éducation est une condition indispensable pour que l'enfant, notamment la fille, soit en mesure de participer aux espaces d'échanges et de formation.
- La tradition de participation de l'enfant, qui existe dans la famille malienne, constitue un atout pour valoriser et développer des formes traditionnelles de préparation à la participation d'un plus grand nombre d'enfants.
- La convergence des Conventions internationales et des pratiques maliennes relativement à une protection adéquate de l'enfant contre les informations pernicieuses ouvre des perspectives pour l'organisation de l'accès à une information saine et diversifiée.
- Un éveil des consciences a mené à l'adoption de nouvelles dispositions pour protéger l'enfant contre les arrestations illégales, les privations injustifiées de libertés, les déplacements et non-retour illicites (trafic transfrontalier).

2.F. c) Rôle et responsabilités des acteurs

Compte tenu des opportunités ainsi définies, l'Etat, dans son rôle de leadership, doit inviter l'ensemble de ses structures techniques ainsi que les autres acteurs à définir et à dégager les priorités dans la prise en charge des besoins spécifiques de l'enfant.

Bien qu'étant bénéficiaire de services que lui reconnaît le droit, l'enfant ne dispose pas de la capacité d'accéder de lui-même à l'exercice de ce droit. Cette incapacité liée à son statut de mineur, fait de la réalisation de ce droit une obligation pour les parents, les

autres membres de la famille, le tuteur, la communauté, l'Etat et la coopération internationale, pour favoriser la jouissance de ce droit.

Les rôles et responsabilités des différents acteurs (l'Etat, la communauté, la famille, la société civile et le secteur privé) étant d'ordre classique, il convient de rappeler que ces fonctions doivent être progressivement consolidées, compte tenu de l'évolution de la cible et de l'environnement.

2.F. d) Axes d'orientation

ASPECTS SPÉCIFIQUES AUX CATÉGORIES DE DROITS

Pour les aspects spécifiques, on se référera à chaque catégorie de droits où ces aspects sont largement développés.

ASPECTS TRANSVERSAUX COMMUNS AUX CATEGORIES DE DROITS

- L'unicité de la cible et la multiplicité des acteurs constituent le socle de la coordination ; l'efficacité de la coordination réside dans une meilleure définition du problème, une organisation efficace des interventions, l'identification des acteurs pertinents, la reconnaissance de l'importance des ménages et la mise au point d'instruments de suivi.
- L'exercice du droit ne peut être effectif sans l'expression du leadership de l'Etat, qui doit inviter l'ensemble de ses structures techniques et les autres acteurs à définir et à dégager les priorités dans la prise en charge des besoins spécifiques de l'enfance.
- La couverture des services sociaux essentiels, notamment l'enseignement fondamental et la justice des mineurs, doit être étendue pour la réalisation des droits de l'enfance et de la famille au triple plan géographique, des groupes sociaux et de l'étendue des droits.
- La promotion de l'éducation familiale doit reposer sur un système performant d'éducation.
- Il faut promouvoir une véritable politique de développement des ressources humaines incluant :
 - les aspects quantitatifs, qualitatifs et de spécialisation,
 - la gestion de carrière du personnel, y compris la stabilité au niveau périphérique et de première référence,



– la répartition équilibrée entre les différents niveaux de la pyramide sanitaire en donnant la priorité aux zones difficiles (critères de viabilité, caractéristiques physiques, problèmes sociologiques).

- Toute mesure de prévention de l'excision doit partir du postulat que cette pratique est « à la fois une violation du droit à l'intégrité physique de la personne humaine et un problème de santé publique ». Compte tenu du caractère sensible de cette question, il importe que toute stratégie de lutte contre l'excision soit fondée sur des connaissances précises alimentées par une recherche approfondie sur le phénomène.

- L'efficacité et l'effectivité de mesures, tels un système de contrôle indépendant, la pertinence des interventions, la réalisation des objectifs, l'exploration approfondie du domaine, les modifications des comportements clés obtenues, devront reposer sur un système performant d'informations statistiques.

- Un renforcement de l'approche communautaire doit axer les efforts sur une meilleure prise en charge à la base des objectifs de développement. Ceci vise entre autres les facteurs de rétention à l'inscription et au maintien des enfants à l'école, l'état civil, la fréquentation des centres de santé, l'adoption de comportements favorables à l'assainissement, à l'hygiène, à l'exercice des droits.

- Le mouvement associatif pour la défense et la promotion des droits de l'enfant doit être développé, étant donné le rôle crucial qu'il joue dans ce domaine.

- Pour influencer positivement l'offre de services sociaux essentiels, il faut promouvoir des mécanismes de contrôle des normes d'infrastructures, du fonctionnement des organes de gestion et de la qualité des prestations conférées aux autorités des SSE par voie législative et réglementaire, ainsi que des mécanismes indépendants de recours et de contrôle.

- Un système performant d'éducation est une condition indispensable pour développer les capacités de l'enfant, notamment de la fille, à participer aux espaces d'échanges et de formation, et pour réduire le nombre d'enfants nécessitant des mesures spéciales de protection.

- Il est nécessaire de créer une assise institutionnelle par :

- l'approfondissement de la connaissance du domaine et une meilleure définition du cadre d'intervention qui doit reconnaître à la famille son importance,

- la mise en place d'un cadre législatif et d'une stratégie pour promouvoir le droit de participation, qui est peu maîtrisé,

- la mise en place de dispositifs législatifs, juridiques, réglementaires et sociaux visant la prévention des dysfonctionnements dans l'application des autres droits et la réparation des préjudices encourus (réadaptation physique, psychologique et réinsertion sociale) au niveau des enfants ayant besoin de mesures spéciales de protection.

- Une meilleure préparation et responsabilisation des professionnels et des parents aux questions touchant à la participation de l'enfant, les amenant à orienter et à dispenser les conseils appropriés au développement des capacités de l'enfant, devrait réduire la réticence des adultes à l'égard du principe de participation de celui-ci, notamment des filles, et favoriser l'émergence de comportements positifs.

- Il faut renforcer le plaidoyer et la communication pour le changement des comportements, au regard de la prépondérance des facteurs comportementaux dans l'entrave à l'exercice du droit de participation de l'enfant.

**« Un renforcement
de l'approche
communautaire
doit axer
les efforts
sur une meilleure
prise en charge
à la base
des objectifs de
développement »**

3.



Adolescence (12-18 ans) : préparation à la vie active

« Selon les données préliminaires de l'EDS-III, 67,4 % des adolescentes ne sont pas pesées en cours de grossesse et 3,7 % d'entre elles donnent naissance à des enfants de poids inférieur à 2,5 kg »

Période charnière entre l'enfance et l'âge adulte, l'adolescence constitue une phase de fragilité sur les plans physiologique et psychosocial. En effet, les transformations physiologiques, notamment l'éveil de la sexualité et des fonctions de reproduction, les décisions sociales relatives au mariage, à l'emploi, à la responsabilité sociale s'annoncent. Ces transformations exercent sur l'adolescent des pressions internes et externes. La non-prise en compte de cette phase critique par la société et les politiques de développement engendre diverses ruptures, parfois irréversibles.

La nécessité de la prise en charge précoce des problèmes relatifs aux catégories de droits « civils et libertés », « enfants et famille », « protection spéciale » a justifié leur prise en charge au stade de l'enfance. L'adolescence constitue une phase de consolidation de ces droits. Quant aux droits relatifs à la santé, au bien-être, à l'éducation, aux loisirs et aux activités culturelles, ils révèlent des spécificités liées à l'adolescence qu'il importe de mettre en lumière.

3.A. Droit à la santé et au bien-être

3.A. a) Description

En matière de santé et de bien-être, les adolescents qui, du fait de leur entrée dans la maturité sexuelle, sont en proie à de profondes mutations physiques, physiologiques et psychosociales, constituent une cible désignée pour les IST-VIH/Sida et les grossesses précoces. L'insuffisance de la couverture en matière de services de santé de la reproduction, la faiblesse de la couverture sociale et l'environnement familial peu stimulant, contribuent à renforcer cette menace.

Dans cette logique, la faiblesse de l'offre de services de santé de la reproduction s'impose comme le problème central qui, bien que constituant une confirmation des « problèmes classiques » nécessitant des actions de consolidation, relève également de la catégorie des « problèmes de type nouveau », liés à des besoins jusque-là peu ou pas pris en charge, et

fortement influencés par les aspects comportementaux.

3.A. b) Analyse : faiblesse de l'offre de services de santé de la reproduction

DIAGNOSTIC DE SITUATION

Pendant l'adolescence, les changements hormonaux s'accroissent, la croissance est beaucoup plus rapide qu'à tout autre stade, excepté la première année de vie.

Seconde période de rapide croissance de l'enfant, l'adolescence peut être une opportunité pour compenser la malnutrition survenue durant l'enfance, même si certains de ses effets sur le comportement et le développement cognitif ne pourront être suffisamment redressés. Il est donc impératif de prévenir la malnutrition au stade foetal et dans la petite enfance. Les programmes de nutrition en faveur des femmes enceintes et de la petite enfance peuvent améliorer l'indice de masse corporelle chez les adolescentes et les adultes. Les résultats appréciables obtenus en matière d'amélioration des performances physiques et intellectuelles ont déjà montré l'efficacité de ces programmes.

Encore en phase de croissance, l'adolescente donne naissance à des enfants de faible poids à la naissance. Ce faible poids à la naissance s'explique par une compétition entre les propres besoins nutritionnels de la mère adolescente et ceux du fœtus. Les besoins en calcium sont particulièrement importants pour la formation des os. Selon les données préliminaires de l'EDS-III, 67,4 % des adolescentes ne sont pas pesées en cours de grossesse et 3,7 % d'entre elles donnent naissance à des enfants de poids inférieur à 2,5 kg.

Nombre de très jeunes mères présentent un état nutritionnel insatisfaisant et souffrent d'anémie, facteurs qui aggravent le déroulement de la grossesse. L'amélioration de l'état nutritionnel par une supplémentation en fer, en acide folique et en vitamines, avant et pendant la grossesse, est un moyen efficace



pour prévenir un certain nombre de décès maternels.

Le rôle de l'information est capital en matière de protection contre les risques liés aux grossesses précoces et à leurs conséquences dangereuses. Il ressort de l'EDS-II (1995-96) que 67,1 % des adolescentes connaissent au moins une méthode contraceptive et 65 % une méthode moderne de contraception. En revanche, la connaissance des adolescents garçons est de 100 % dans les deux cas. Cependant, la connaissance des méthodes contraceptives, bien qu'étant un préalable au changement de comportement, ne se traduit pas par leur utilisation effective. En effet, selon l'EDS-II, 6,9 % de la population des adolescentes utilisent une méthode quelconque et 3,2 % une méthode moderne de contraception. Ces taux sont plus élevés chez les hommes, soit respectivement 18,1 % et 8,4 %. Une analyse plus fine aurait pu être menée ici si les statistiques portant sur les adolescent(e)s étaient disponibles.

D'après les données préliminaires de l'EDS-III, 74 % des adolescents connaissent une méthode contraceptive et 72,3 %, une

méthode moderne de contraception. Au regard des données sur la réception des messages sur la planification familiale, il ressort que le taux d'exposition des adolescents est inférieur à 50 % quel que soit le moyen de communication utilisé : radio 46,4 % ; télévision : 33,8 % ; journal/magazine : 12,9 %, et autres moyens : 48,9 %. Ce constat requiert une réorientation des activités de PF sur ce cycle de vie et sur celui de l'enfance pour mieux préparer les jeunes à assumer leurs responsabilités.

Selon l'EDS-II, la possibilité d'avoir une grossesse chez les adolescentes (15 à 19 ans) représentait 14 % de la fécondité totale des femmes. Le risque d'une seconde grossesse chez les adolescentes ayant déjà eu un enfant concernait 33,6 % du groupe cible, avec des variations selon les milieux : Bamako 26,8 %, ensemble urbain 24,1 % et milieu rural 40,2 %. Cette fécondité élevée (187 naissances pour 1 000 femmes de 15 à 19 ans) donne lieu à un fort taux de grossesses précoces. Ainsi, la proportion d'adolescentes enceintes d'un premier enfant était de 7,8 % en général, 3,9 % à Bamako, 5,8 % en milieu urbain et 9,2 % en milieu rural.

**« Au Mali,
33,5 %
des adolescentes
sont mères :
7,6 % à 15 ans,
16,2 % à 16 ans,
29,9 % à 17 ans,
52,1 % à 18 ans,
61,4 % à 19 ans
(EDS-III).
Ce taux
est de 22,5 %
en milieu urbain
et de 41,3 %
en milieu rural »**



«Les adolescentes, âgées de 15 à 18 ans, décèdent davantage de causes liées à la grossesse que de toute autre cause. Le risque pour les adolescentes de mourir d'un accouchement est deux fois supérieur à celui des femmes âgées de 20 à 29 ans et cinq fois plus élevé pour celles qui ont moins de 15 ans »

Au Mali, 33,5 % des adolescentes sont mères : 7,6 % à 15 ans, 16,2 % à 16 ans, 29,9 % à 17 ans, 52,1 % à 18 ans et 61,4 % à 19 ans (EDS-III). Ce taux est de 22,5 % en milieu urbain et de 41,3 % en milieu rural. La pratique du mariage précoce explique le taux élevé en milieu rural. Des différences notables apparaissent par rapport au niveau d'instruction : sans instruction 39 %, primaire 26,4 %, secondaire 14,6 % et supérieur 6,3 %.

L'examen des données préliminaires de l'EDS III sur les soins prénatals montre que la majorité des accouchements d'adolescentes sont assistés par du personnel qualifié (60 % dont 2 % par les médecins et 58 % par les infirmières/sages-femmes). Cependant, plus du tiers des accouchements ne sont pas encore assistés (39,1 %). Si la plupart des examens au cours des visites prénatales sont largement suivis, il n'en demeure pas moins qu'une faible proportion d'adolescentes (20,9 %) est informée des signes de complication de grossesses. Ce taux ne s'améliore guère pour les autres tranches d'âge (femmes de 20-34 ans : 28,6 % et de 35-49 ans : 31,6 %). Notons que 62,9 % ne font pas de bilan post-natal.

Une grossesse et un accouchement survenant au cours de l'adolescence présentent des risques considérables. Les adolescentes, âgées de 15 à 18 ans, décèdent davantage de causes liées à la grossesse que de toute autre cause. Le risque pour les adolescentes de mourir d'un accouchement est deux fois supérieur à celui des femmes âgées de 20 à 29 ans et cinq fois plus élevé pour celles qui ont moins de 15 ans. Les grossesses d'adolescentes exposent les enfants à des risques accrus. Ainsi, les enfants nés de mères de moins de 20 ans ont une probabilité de mourir avant leur premier anniversaire 1,5 supérieure à celle des enfants de mères âgées de 20 à 29 ans.

L'immaturité physique place les adolescentes dans une situation à risque tant pour la morbidité que pour la mortalité. Les très jeunes mères ont plus de risques de souffrir de dystocie, d'avoir un travail prolongé, de développer une toxémie gravidique et de subir une fistule vésicovaginale. Les pressions sociales qui jaugent la valeur d'une femme à l'aune du mariage et de la fertilité aggravent les risques physiologiques auxquels toute mère adolescente est exposée. Les filles et les jeunes femmes n'ont le plus souvent pas accès à une éducation formelle et aux opportunités qui développeraient un sentiment de confiance

en elles-mêmes et une aptitude à négocier le report de leur mariage et à refuser tout acte sexuel non désiré.

La faiblesse des politiques et programmes assurant l'accès des adolescents à l'offre des services de santé de la reproduction ne permet pas :

- l'éducation à la santé, notamment à travers un programme de santé scolaire cohérent ;
- l'accès aux informations en matière de santé et aux services, en conformité avec les principes de la CDE, CADBE, CEDEF et autres instruments internationaux pertinents ;
- l'élimination des effets néfastes des grossesses adolescentes ;
- la mise en place d'un ensemble de directives visant à éradiquer toute forme de discrimination à l'égard des filles et à promouvoir le report de l'âge du mariage et de la grossesse.

Le renforcement des compétences par le biais d'aides, d'encouragements et de conseils pour le développement des programmes d'éducation à la santé touchent peu les enfants de la rue et les enfants scolarisés. Pour rendre ces programmes effectifs, il importe d'apporter aux jeunes les informations et les compétences nécessaires pour prendre des décisions réfléchies au sujet de la sexualité, de la maternité, de la paternité et pour aborder le problème de l'abstinence ou des rapports sexuels protégés.

Les mutilations génitales féminines (MGF) ont été largement traitées au titre de la jeune enfance et de l'enfance. Plusieurs formes de violences physiques et morales sont encore pratiquées à l'encontre des enfants. Selon l'EDS II, 92,2 % des femmes de 15-19 ans sont excisées. Selon les types d'excision, la clitoridectomie concerne 50 %, suivie de l'excision proprement dite (48,5 %), de l'infibulation (0,7 %) et autres (0,1 %).

Il est hautement probable que le risque de décès maternel et néonatal par suite des complications de la grossesse et de l'accouchement soit plus élevé pour les femmes ayant subi une MGF, tout particulièrement si l'accouchement a lieu sans l'assistance d'un personnel qualifié.

Selon l'EDS-II, le pourcentage d'adolescentes (15-19 ans) n'ayant pas connaissance d'une IST était estimé à 53,5 %, contre 35 % pour les adolescents. Pour ceux qui ont atteint le niveau d'instruction secondaire ou



plus, la proportion est respectivement de 8,9 % chez les femmes et 4,9 % chez les hommes, alors que, pour ceux qui n'ont aucune instruction, elle est de 64,6 % chez les femmes et 4,2 % chez les hommes.

La même source indique que 79,8 % des adolescentes et 89,6 % des adolescents ont connaissance du Sida. Quant aux sources d'information, la radio vient en tête (51,8 % adolescentes et 56,3 % adolescents), la télévision (41 % adolescentes et 40,1 % adolescents), les amis et les parents (39,2 % adolescentes et 33,8 % adolescents). Concernant les moyens d'éviter de contracter le Sida, l'EDS donne : utilisation du préservatif (4,1 % adolescentes et 57,4 % adolescents), ne connaît aucun moyen (25,5 % adolescentes et 20 % adolescents), être fidèle (23,5 % adolescentes et 8 % adolescents), s'abstenir de rapports sexuels (12,5 % adolescentes et 23,4 % adolescents), impossible à éviter (23,5 % adolescentes et 18,1 % adolescents), éviter les instruments coupants souillés (21,8 % adolescentes et 20,6 % adolescents).

Selon les résultats du test VIH/Sida de l'EDS-III, les adolescents ne constituent pas le premier groupe infecté par le VIH/Sida au plan national. La prévalence est de 0,8 % chez les jeunes de 15 à 19 ans (1,1 % chez les filles et 0,2 % chez les garçons) et de 1,1 % chez les 20 à 24 ans (1,6 % chez les femmes et 0,31 % chez les hommes).

On notera que ce fléau frappe plus durement les jeunes filles et les femmes que les jeunes gens.

L'enquête PSI-Mali (août 2001) révèle plusieurs facteurs de risque, notamment comportementaux : âge du premier rapport sexuel chez les jeunes (23 % avant 16 ans et 65 % avant 18 ans) ; 41 % des garçons et 5 % des filles ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel dans le mois qui a précédé l'enquête et 19 % des garçons et 1 % des filles ont plus de trois partenaires sexuels. Chez les groupes à risque (ceux dont le niveau d'infection est élevé), la précocité des rapports sexuels est confirmée, comme l'indique le tableau suivant.

Au regard de ces comportements à risque et de la bonne perception du préservatif par les jeunes, l'utilisation de ce dernier est fortement influencée par l'environnement culturel : 38 % des jeunes pensent que suggérer l'utilisation du préservatif est un manque de confiance vis-à-vis du partenaire sexuel, 45 % n'utilisent pas le préservatif par confiance envers leur partenaire, 37 % pensent que la première utilisation du préservatif avec un partenaire est une expérience difficile, 60 % affirment qu'une personne qu'ils respectent désapprouverait de les voir avec un préservatif, 30 % s'opposent à son utilisation, 24 % disent que le préservatif réduit le plaisir et 50 % des jeunes se sentent embarrassés.

« 23,5 %
des adolescentes
et 18,1 %
des adolescents
pensent qu'il n'y a
aucun moyen
d'éviter le Sida »

Tableau n° 13

Age du premier rapport sexuel et prévalence VIH et des IST
chez les groupes vulnérables ou à risques

Groupes vulnérables	Age 1er rapport sexuel	Prévalence VIH	Prévalence chlamydia	Prévalence gonorrhée
Routiers	18 ans	3,50%	3,70%	2,90%
Coxeurs (courtier ou intermédiaire dans les gares routières)	18,9 ans	5,50%	5,40%	2,80%
Femmes libres (prostituées)	16,9 ans	28,90%	4,7	3,2
Vendeuses ambulantes	15,4 ans	6,80%	7,00%	2,10%
Aides-familiales	15 ans	1,70%	3%	1,40%

Source : Etude ISBS/CDC - 2000

« **En matière de VIH/sida, la situation est qualifiée par les spécialistes de « séroprévalence concentrée » avec des risques d'expansion rapide si elle n'est pas maîtrisée à temps** »

Si toutes les enquêtes montrent que le niveau d'infection général n'est pas élevé, il reste préoccupant chez les groupes à risque (femmes libres, vendeuses ambulantes, coxeurs et routiers). Cette situation est qualifiée par les spécialistes de « séroprévalence concentrée » avec des risques d'expansion rapide si elle n'est pas maîtrisée à temps, comme ce fut le cas dans nombre de pays hyperendémiques.

EXAMEN DE L'OFFRE DE SERVICE - DISPONIBILITÉ ET QUALITÉ

Il ressort globalement du diagnostic que l'offre de services de santé de la reproduction doit reposer sur une nutrition adéquate, des soins de santé appropriés, la prévention et la

prise en charge précoce des risques liés aux grossesses précoces, IST/VIH/Sida et aux MGF.

L'organisation de l'offre et la mise en place d'un système de surveillance socio-sanitaire orienté vers la détection précoce des risques potentiels est nécessaire pour prévenir les effets néfastes irréversibles d'une prise en charge tardive. Ce dispositif garantira aux adolescentes l'accès à des services de santé de la reproduction de qualité, y compris la planification familiale (notamment promotion d'une meilleure utilisation des contraceptifs afin de prévenir les grossesses non désirées ou survenant à contretemps et les IST/VIH/Sida).

Il assurera à toutes les adolescentes enceintes l'accès aux soins prénatals, aux

Synthèse du diagnostic - Droit à la santé et au bien-être/Adolescence

- Si l'adolescent peut, dans une certaine mesure, compenser la malnutrition survenue dans l'enfance, les effets sur les performances physiques et intellectuelles ne seront pas suffisamment redressés, d'où la nécessité de prévenir la malnutrition fœtale et dans la petite enfance.
- Le faible poids à la naissance de l'enfant né de mère adolescente est dû à une compétition entre les propres besoins nutritionnels de celle-ci et ceux du fœtus.
- L'amélioration de l'état nutritionnel par une supplémentation en fer, en acide folique et en vitamines, avant et pendant la grossesse, est un moyen efficace pour prévenir un certain nombre de décès maternels.
- Une bonne connaissance des méthodes contraceptives par une très forte majorité d'adolescent(e)s n'a pas permis d'améliorer leur utilisation (moins d'un sur dix).
- L'immaturité physique, le faible niveau d'information sur les grossesses à risque et les complications de la grossesse placent les adolescentes dans une situation à risque tant pour la morbidité que la mortalité.
- Le risque de décès maternel et néonatal des suites de complications de la grossesse et de l'accouchement liées aux MGF est très élevé, tout particulièrement si l'accouchement a lieu sans l'assistance d'un personnel qualifié.
- Pour éradiquer toute forme de discrimination à l'égard des filles et promouvoir leur aptitude à négocier tout acte les concernant, la mise en place d'un ensemble de directives est nécessaire.
- Les politiques et programmes assurant l'accès des adolescents à l'offre de services de santé de la reproduction, y compris le renforcement des compétences des acteurs pour l'encadrement des enfants de la rue et des scolaires, sont insuffisants.
- Le niveau d'instruction joue fortement en faveur de la connaissance des moyens de protection contre les IST/VIH/Sida.
- Si les adolescents ne constituent pas le premier groupe touché par les IST-VIH/Sida, leur comportement à risque et les pesanteurs socioculturelles sur l'utilisation du préservatif, associés aux pratiques néfastes pour la santé des filles, les exposent davantage.
- Il faut éviter que la situation du Mali, qui est celle d'une « séroprévalence concentrée », ne devienne une situation explosive !



accouchements assistés par un personnel de santé qualifié et à un système d'orientation et de recours en soins obstétricaux disponibles pour les grossesses à haut risque.

EXAMEN DE LA DEMANDE POTENTIELLE DE SERVICE - ACCESSIBILITE ET UTILISATION

L'expression de la demande potentielle de service reposera sur les besoins inhérents à l'offre de services de santé de la reproduction. Pour susciter l'expression de cette demande, une réorientation des pratiques dans les formations sanitaires s'impose, de même qu'un encadrement efficace de proximité dans la communauté et dans les familles.

Cette approche visera à prévenir l'infection des adolescentes par le VIH, à garantir leur accès aux activités de conseil et de dépistage volontaire pour le VIH/Sida, ainsi qu'à la prévention et aux traitements des IST.

Elle encouragera les familles et les communautés à différer l'âge du mariage et de la grossesse, à développer une attention particulière à la nutrition et à la santé des filles, des adolescentes enceintes et allaitantes. L'accès de tous les couples aux services et aux informations leur permettant d'éviter les grossesses trop précoces, rapprochées, nombreuses et tardives doit être mieux organisé et assuré.

COORDINATION DE L'OFFRE ET DE LA DEMANDE

La coordination sera organisée suivant la même logique que dans le cycle précédent pour cette catégorie de droits en vue de leur rétablissement et de leur jouissance par les adolescent(e)s.

3.A. c) Axes d'orientation

- La prévention de l'infection des adolescentes par le VIH et la réduction de la transmission du VIH de la mère à l'enfant pendant la grossesse, lors de l'accouchement et au cours de l'allaitement, seront renforcées.

- L'accès aux soins prénatals, aux accouchements assistés par un personnel de santé qualifié et à un système d'orientation et de recours en soins obstétricaux pour les grossesses à haut risque, doit être assuré à toutes les femmes enceintes.

- Le développement chez les fillettes, les adolescentes et les femmes d'aptitudes à négocier tout acte les concernant et les mesures visant la réduction des discriminations relatives à leur instruction et à leur nutrition les aideront à se doter de pouvoirs de décision et à accéder à une justice sociale.

- L'amélioration de l'état nutritionnel par une supplémentation en fer, acide folique et en vitamines, avant et pendant la grossesse, est un moyen efficace pour prévenir les décès maternels.

- La responsabilité et l'engagement des communautés doivent être promues, en les impliquant dans la conception et la réalisation des services destinés à prévenir et à assister les victimes des MGF.

Synthèse de l'examen de l'offre de service Droit à la santé et au bien-être/Adolescence

- L'offre de services de santé de la reproduction doit reposer sur une nutrition adéquate, des soins de santé appropriés, la prévention et la prise en charge précoce des risques liés aux grossesses précoces, aux IST/VIH/Sida et aux MGF, et la mise en place d'un système de surveillance socio-sanitaire orienté vers la détection précoce des risques potentiels.

- L'accès à des services de santé de la reproduction de qualité, à la planification familiale, la promotion d'une meilleure utilisation des contraceptifs pour prévenir les grossesses non désirées et les IST/VIH/Sida, doivent être assurés.

Synthèse de l'examen de la demande potentielle de service - Droit à la santé et au bien-être/Adolescence

- L'expression de la demande potentielle requiert une réorientation des pratiques dans les formations sanitaires et un encadrement de proximité efficace dans les communautés et dans les familles. L'objectif est de renforcer leurs capacités à développer une attention particulière à la nutrition et à la santé des filles, des femmes enceintes et allaitantes.

- L'approche visera la prévention des infections et l'accès aux activités de conseil et de dépistage volontaire pour le VIH/Sida, la prévention et le traitement des IST.

- Un système performant d'informations statistiques devrait permettre d'évaluer l'efficacité et l'effectivité de mesures, comme la mise en place d'un système de contrôle indépendant, la pertinence des interventions, la réalisation des objectifs, l'exploration approfondie du domaine, les modifications des comportements clés obtenues.

3.B. Droit à l'éducation, aux loisirs et aux activités culturelles

3.B. a) Description

Le droit à l'éducation, aux loisirs et aux activités culturelles répond à un souci de renforcement des compétences de vie acquises au cours des étapes précédentes pour assurer une préparation efficace à l'entrée dans la vie active.



L'acquisition des compétences de vie prépare l'adolescent à assumer ses responsabilités sociales, son potentiel participatif, le respect des valeurs de sa famille, de sa communauté, de sa nation et les valeurs universelles. L'éducation est un moyen essentiel, fondé sur l'égalité des chances, pour développer les compétences positives de l'adolescent (liberté d'expression, de pensée, de conscience, de religion, d'association, d'accès à l'information et de protection de sa vie privée) et le protéger contre les pratiques néfastes, handicapantes ou d'exploitation (violence, travail, consommation de drogue, conflits armés).

En complément à l'acquisition de ces compétences, la réussite de la préparation à une vie active passe par l'information et l'orientation scolaires et professionnelles et, le cas échéant, par l'accès à l'enseignement supérieur en fonction des capacités de chacun.

A cet égard, la faible préparation, en particulier de l'adolescente, à la vie active, s'impose comme le problème central qui, bien que constituant une confirmation des « problèmes classiques » nécessitant des actions de consolidation, relève aussi de la catégorie des « problèmes de type nouveau » liés à des besoins jusque-là peu ou pas pris en charge et fortement influencés par les aspects comportementaux.

3.B. b) Analyse : faible préparation, en particulier de l'adolescente, à la vie active

DIAGNOSTIC DE SITUATION

Avec les faibles **taux de scolarisation** et le taux préoccupant de déperdition enregistrés pour les cycles antérieurs, une grande proportion d'enfants arrivent à l'adolescence sans y être préparés. Peu d'adolescents bénéficient des conditions nécessaires au développement de leur capacité à entrer dans la vie active.

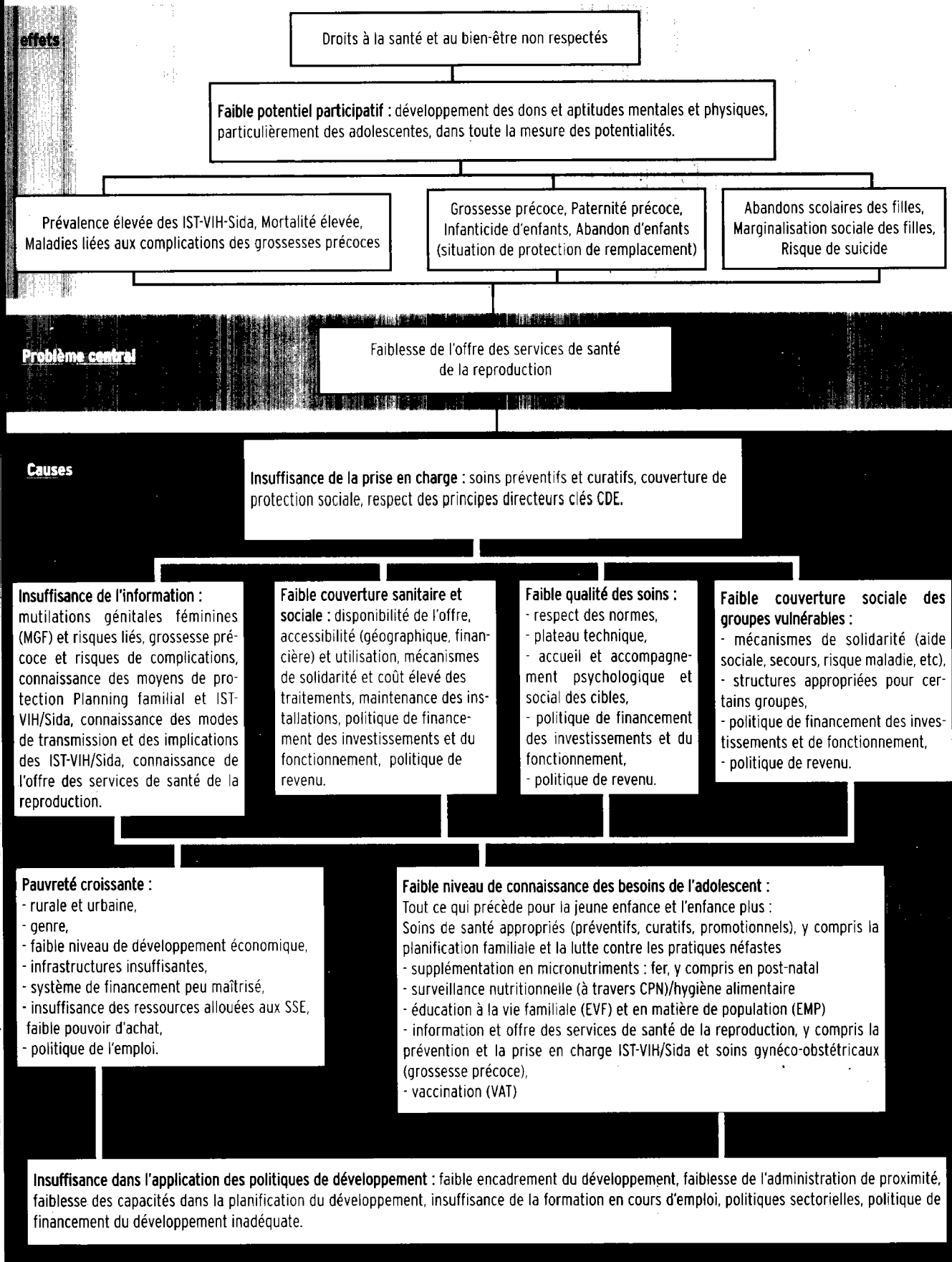
Le bilan commun de pays du Mali 2001 met en lumière la faible couverture des besoins des adolescents, en particulier des adolescentes, en matière d'enseignement secondaire, général, technique, professionnel et universitaire. Le taux de transition au secondaire est particulièrement faible.

Le taux d'inscription, qui est de 4,7 % en 1995/96 (2,7 % pour les filles et 6,9 % pour



Schéma n° 11 :

Schéma de l'analyse causale - droits à la santé et au bien-être/adolescence



« Dans le secondaire technique et professionnel, le taux de scolarisation est de 2,4 % en 1997/98 (1,6 % pour les filles et 3,2 % pour les garçons) »

les garçons) est de 5,2 % (3,4 % pour les filles et 7 % pour les garçons) en 1997/98.

Le taux de scolarisation secondaire reste très faible, passant de 5,3 % en 1995/96 à 6,4 % en 1997/98. Les filles sont particulièrement défavorisées avec des taux passant de 3 % à 3,9 % contre une évolution de 7,6 % à 8,9 % pour les garçons.

La situation est plus préoccupante encore dans le secondaire technique et professionnel où les taux sont, en 1995/96, de 2,3 % (1,8 % pour les filles et 2,9 % pour les garçons) et, en 1997/98, de 2,4 % (1,6 % pour les filles et 3,2 % pour les garçons). Ici aussi les filles sont pénalisées.

La situation au niveau supérieur reflète tous les effets négatifs du secondaire. Le taux de transition entre le supérieur et les cycles antérieurs est très faible. Le taux d'inscription est de 1,9 % en 1995/96 (0,8 % pour les filles et 3 % pour les garçons). En 1997/98, ce taux est de 3,1 % (1,3 % pour les filles et 5 % pour les garçons). Quant au taux de scolarisation, il demeure aussi très faible, passant de 1,7 % en

1995/96 à 2,1 % en 1997/98. La tendance est accentuée chez les filles avec des taux de 0,6 % à 0,8 % sur cette période contre une évolution de 2,8 % à 3,4 % pour les garçons.

Les résultats scolaires corroborent les constats établis en matière de santé, de nutrition et d'éducation dans les cycles antérieurs.

Ces étapes précédentes ont fait ressortir que la santé et la nutrition de l'enfant en âge scolaire n'ont pas encore bénéficié d'une attention particulière en dépit de l'évidence que la prévalence de la malnutrition est élevée dans ce groupe et que les problèmes nutritionnels affectent la fréquentation, la performance et l'apprentissage scolaires. Il est aussi établi qu'investir dans la nutrition de l'enfant aura à la fois des bénéfices à court et à long terme sur l'accroissement de la capacité éducative et intellectuelle, et la productivité des adultes. En l'absence d'une prise en charge précoce, les effets de la malnutrition sur le comportement et le développement cognitif ne seront pas suffisamment redressés, d'où la nécessité de les prévenir dès les stades fœtal et celui de la petite enfance.

Les faibles taux d'inscription dans les cycles précédents et les faibles performances scolaires dans les disciplines fondamentales qui déterminent la réussite scolaire d'un élève sont autant de signes déterminants de la situation actuelle.

L'insuffisance et l'éloignement des structures scolaires, le peu d'intérêt pour les programmes, notamment conçus en fonction des examens, les méthodes pédagogiques qui mettent l'accent sur la mémorisation, et la faiblesse au sein du cursus d'éléments qui préparent les enfants à la vie et à l'avenir, en particulier ceux qui ne dépasseront pas le stade de l'éducation de base, les compétences pédagogiques du personnel enseignant et d'encadrement, sont autant de facteurs d'ordre interne qui peuvent influencer négativement les résultats scolaires. Les échecs répétés aux examens de fin d'étude sont une des principales raisons de l'abandon scolaire.

Des facteurs d'ordre externe liés aux aspects économiques, sociaux et culturels de la vie des familles influencent l'accès des enfants au système scolaire ou leur maintien en son sein. Le faible revenu des parents les pousse à envoyer leurs enfants au travail avant la fin de la scolarité pour apporter à la famille un complément de ressources. Le poids des coutumes et de la tradition par rapport aux avantages liés à l'instruction discrimine les filles.

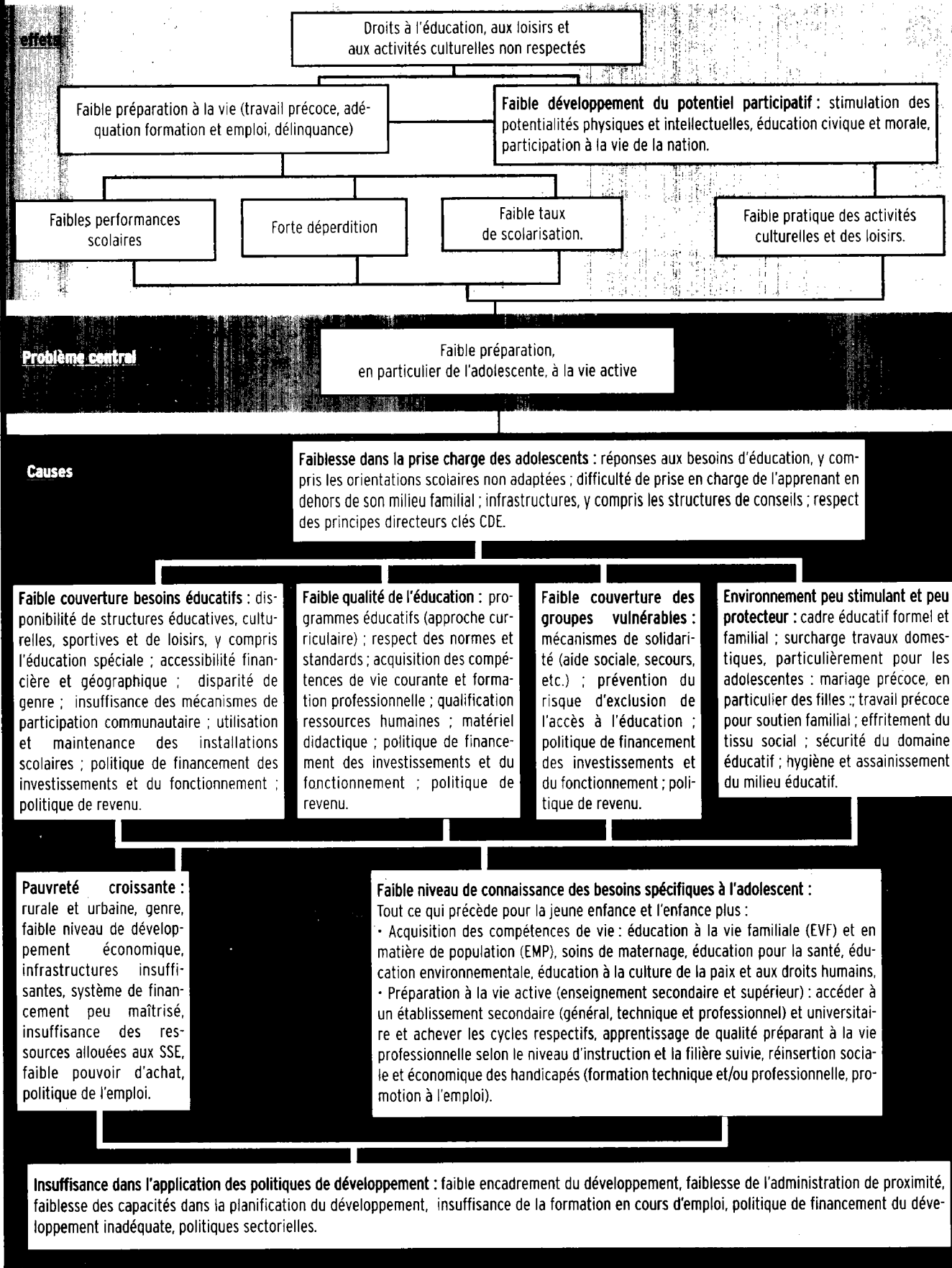
Synthèse du diagnostic Droit à l'éducation, aux loisirs et aux activités culturelles

- Peu d'adolescents bénéficient des conditions nécessaires au développement de leur capacité à entrer dans la vie active.
- La couverture des besoins des adolescents, en particulier des adolescentes, en matière d'enseignement secondaire, général, technique, professionnel et universitaire, est faible.
- Dans le secondaire technique et professionnel, les taux sont encore plus faibles et pénalisent particulièrement les filles.
- La situation au niveau supérieur reflète tous les effets négatifs accumulés dans le primaire et le secondaire avec une tendance accentuée chez les filles.
- Les résultats scolaires des adolescent(e)s corroborent les constats faits en matière de santé, de nutrition et d'éducation dans les cycles antérieurs.
- Le faible revenu des familles les amène à envoyer leurs enfants au travail avant la fin de la scolarité pour apporter un complément de ressources.
- Le poids des coutumes et de la tradition discrimine les filles par rapport aux avantages liés à l'instruction.



Schéma n° 12:

Schéma de l'analyse causale - éducation, loisirs, activités culturelles/adolescence



**COORDINATION DE L'OFFRE
ET DE LA DEMANDE**

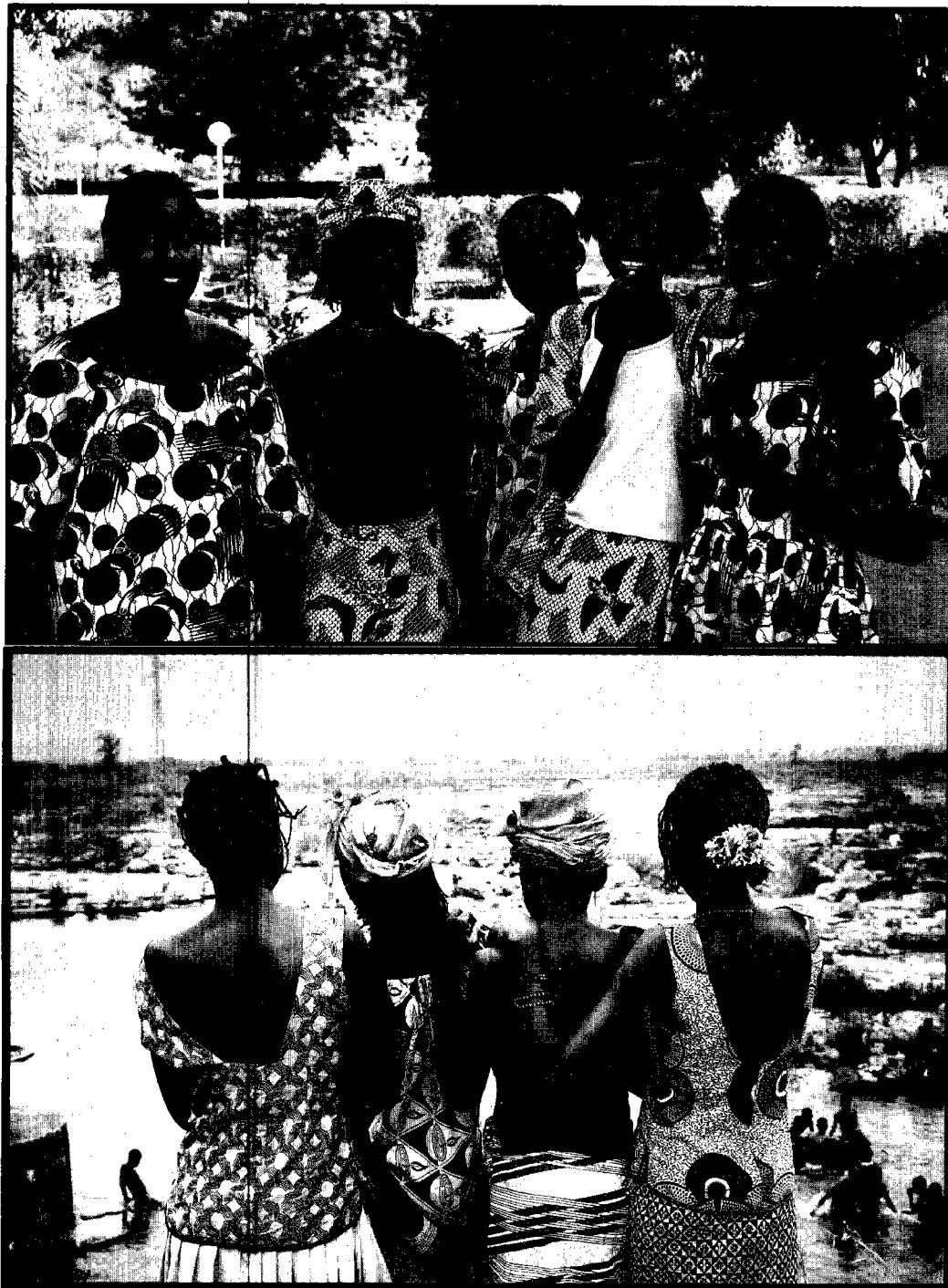
L'organisation de l'offre et de la demande obéira aux dispositions du cycle précédent avec un recentrage sur les objectifs respectifs des différents ordres d'enseignement. La coordination de l'offre et de la demande s'inscrira dans la même logique.

3.B. c) Axes d'orientation

Les axes d'orientation correspondent dans leur principe à ceux des cycles précédents et devront être adaptés aux différents ordres d'enseignement.

3.B. d) Coordination

La coordination portera sur la santé et le bien-être, ainsi que sur l'éducation, les loisirs et les activités culturelles. Pour cette dernière catégorie de droits, se référer aux aspects de coordination élaborés pour le jeune enfant et l'enfant.



4.

**Femmes de 18 à 49 ans :
réaliser son potentiel**

L'adolescente devenue femme est confrontée à de multiples ambitions en tant qu'actrice sociale prenant sa part dans le développement de sa communauté et de son pays, sur la base de l'égalité des droits et des libertés.

La participation effective de la femme implique qu'elle puisse remplir des fonctions non économiques essentielles (responsabilités sociales, fonction de reproduction) qui ne devraient en aucun cas être une source de discrimination à son égard.

4.A. Droit à la santé et au bien-être**4.A. a) Description**

Le risque élevé de l'exposition des femmes aux IST-VIH/Sida, aux mutilations génitales féminines (MGF), à la procréation non désirée, à la mortalité maternelle et à la faible couverture en VAT et en PF, est aggravé par l'insuffisance de l'offre de services sociaux de proximité, la limitation de leurs ressources,

Tableau n° 14

**Taux de prévalence globale VIH/SIDA par sexe
selon la tranche d'âge, le milieu de résidence et la région (EDS III - 2001)**

Caractéristiques socio-démographiques	Taux de prévalence selon le sexe (%)		
	Femmes	Hommes	Total
Ages			
15 - 19	1,10%	0,20%	0,80%
20 - 24	1,60%	0,30%	1,10%
25 - 29	3,20%	1,70%	2,30%
30 - 34	3,20%	3,80%	3,40%
35 - 39	2,80%	1,10%	2,10%
40 - 44	1,10%	1,70%	1,40%
45 - 49	0,90%	2,30%	1,50%
50 - 59	-	1,40%	1,40%
Ensemble	2%	1,30%	1,70%
Milieu de résidence			
Urbain	2,50%	1,80%	2,20%
Rural	1,90%	1,10%	1,50%
Ensemble	2%	1,30%	1,70%
Régions			
Kayes	2,40%	1,30%	1,90%
Koulikoro	2,40%	1,30%	1,90%
Sikasso	1,40%	0,40%	1%
Ségou	2,50%	1,40%	2%
Mopti	1,70%	1%	1,40%
Tombouctou	1,10%	0,30%	0,80%
Gao	0,00%	1,60%	0,60%
Kidal	0,00%	0,00%	1,50%
Bamako	2,40%	2,70%	2,50%
Ensemble	2%	1,30%	1,70%

NB : les chiffres entre parenthèses signifient que les données étaient infimes.

« Selon les résultats de l'EDS-III, la prévalence du VIH/Sida est plus élevée chez les femmes (2 %) que chez les hommes (1,3 %) »

la surcharge de travail domestique et la mal-nutrition qui mettent les femmes dans une situation de précarité, en particulier sur le plan physiologique. La mortalité maternelle élevée en est une conséquence directe.

Dans ces conditions, la précarité de l'état de santé et de bien-être de la femme constitue le problème central. Bien que confirmant des « problèmes classiques » qui requièrent des actions de consolidation, elle n'en représente pas moins l'émergence de « problèmes de type nouveau » liés à des besoins (IST-VIH/Sida, en particulier la transmission mère-enfant) jusque-là peu ou pas pris en charge et sur lesquels les aspects comportementaux jouent un rôle dominant.

4.A. b) Analyse : précarité de l'état de santé et de bien-être de la femme

DIAGNOSTIC DE SITUATION

• **Excision et IST-VIH/Sida**

L'excision tout comme la transmission mère-enfant (TME) du VIH/Sida ayant été traitées dans les cycles précédents, il convient de se référer à ces cycles. Selon les résultats de l'EDS-III, la prévalence du VIH/Sida est plus élevée chez les femmes (2 %) que chez les hommes (1,3 %). Les groupes d'âge les plus infectés chez les femmes sont les tranches 25-29 ans avec 3,2 %, 30-34 ans avec 3,2 % et 35-39 ans avec 2,8 %. Seul le groupe d'âge 30-34 ans chez les hommes dépasse les femmes avec un taux de séroprévalence de 3,8 %.

Les femmes sont les plus touchées quel que soit le milieu de résidence. En zone urbaine,

elles ont un taux de prévalence de 2,5 % contre 1,8 % chez les hommes et, en milieu rural, de 1,9 % contre 1,1 %. La région qui enregistre le plus fort taux de séroprévalence chez les femmes est Ségou avec 2,5 %, suivie de Kayes, Koulikoro et Bamako, avec chacune 2,4 %.

Selon l'EDS-III, le niveau de connaissance du VIH/Sida est élevé puisque 90,3 % des femmes de 15-49 ans ont entendu parler de cette maladie. Ce taux est de 98,2 % à Bamako, 95 % dans les autres villes et 87,4 % en milieu rural. En outre, 60,7 % d'entre elles connaissent un moyen pour éviter de le contracter (85,2 % à Bamako, 71,1 % dans les autres villes, 51,7 % en milieu rural).

Toutefois, la proportion de femmes qui déclarent qu'on ne peut rien faire pour éviter le Sida est encore élevée : 35 % pour l'ensemble du pays, 14,1 % à Bamako, 28 % pour les autres villes et 47,5 % en milieu rural. Chez les hommes, ces taux sont de 19,9 % pour l'ensemble du pays, 9,2 % à Bamako, 13,9 % pour les autres villes et 24,4 % en milieu rural. Ces résultats témoignent d'un effort important à fournir en communication pour le changement des comportements.

Chez les groupes à risque, les « femmes libres » (prostituées) constituent une cible privilégiée avec une séroprévalence de 28,9 %. Elles ont en moyenne 4,1 partenaires par jour. Le recours au préservatif est de 96,5 % avec des partenaires occasionnels, 95,6 % avec un client régulier, mais seulement 31,4 % avec leurs copains. Chez les vendeuses ambulantes, la séroprévalence est de 6,8 %. Elles sont 30,2 % à avoir utilisé un préservatif lors de leurs derniers rapports sexuels occasionnels et 21,5 % avec leur copain ou mari.

Tableau n° 15			
Utilisation de préservatifs lors des derniers rapports sexuels			
Groupes vulnérables	Avec copain/copine	Avec client régulier ou « femmes libres »	Dernier rapport occasionnel
Routiers	30,20%	85,40%	48,50%
Coxeurs	30,50%	79,10%	51,10%
Femmes libres	31,40%	95,60%	96,50%
Vendeuses ambulantes	21,50%	/	30,20%
Aides-familiales	9,30%	/	0%

(Source : Etude ISRS/CDC - 2000)

L'enquête ISBS/CDC révèle que plus de 30 % des aides familiales n'ont jamais entendu parler du préservatif. Notons cependant que, chez les « femmes libres », on observe une prise de conscience réelle des risques car 95,6 % l'ont utilisé lors de leurs derniers rapports occasionnels. En revanche, chez les autres groupes vulnérables, la proportion de ceux qui n'ont pas utilisé de préservatif lors de leurs derniers rapports occasionnels est préoccupante (près de 50 %).

• Soins prénatals

Selon les résultats de l'EDS-III, 52,1 % des femmes enceintes ont eu au moins une consultation prénatale (79,5 % en milieu urbain et 43,2 % en milieu rural). 46,7 % ont effectué au moins deux visites prénatales (76 % en milieu urbain et 37,2 % en zone rurale). Et 29 % en ont fait au moins quatre (57,4 % en milieu urbain et 21 % en milieu rural).

Cependant, la plupart de ces visites sont effectuées avant le quatrième mois de la grossesse : 22,5 % (47,7 % en milieu urbain et 14,4 % en milieu rural). 16,8 % des femmes enceintes (urbain : 21,3 % et rural : 15,4 %) ont bénéficié d'une consultation prénatale (CPN) entre le 4^e et le 5^e mois. Ce taux régresse à 13 % entre le 6^e et le 7^e mois (urbain : 14 % et rural : 12,7%). A peine 3,2 % des femmes enceintes vont à la CPN au-delà du 8^e mois (urbain : 2,8 % et rural : 3,3 %). Cette sous-fréquentation rend difficile la détection des grossesses à risque dont la plupart ne sont détectables qu'à partir du deuxième trimestre de la grossesse.

La majorité des consultations (54,1 %) sont effectuées par les sages-femmes et les matrones, les médecins n'intervenant que dans 2,7 % des cas. Notons que 42,4 % des femmes ne reçoivent aucune consultation au cours de leur grossesse et seulement 0,8 % consultent des accoucheuses traditionnelles et autres.

Le niveau d'instruction influence de manière déterminante le recours à un personnel qualifié. Ainsi 19,3 % des mères ayant atteint un niveau supérieur d'études consultent un médecin, 79,5 % des sages-femmes et des matrones et 0,4 % ne sont pas suivies médicalement. 7,2 % de celles qui ont atteint le niveau secondaire consultent un médecin, 85,7 % des sages-femmes et des matrones, 0,9 % des accoucheuses traditionnelles et

autres et 6,2 % n'ont aucun suivi médical. Ce dernier taux est de 22,6 % pour les femmes de niveau primaire et de 47,3 % pour celles qui n'ont aucune instruction.

Les soins prophylactiques pour les femmes enceintes comprennent la consultation, les suppléments de fer et d'acide folique, les médicaments de lutte contre le paludisme, la vaccination contre le tétanos et le test volontaire du VIH.

Au cours des consultations prénatales, 27,7 % des femmes ont reçu l'information sur les symptômes de complication de la grossesse (32,8 % en milieu urbain et 24,7 % en milieu rural). Les régions de Kayes (43 %), Ségou (33,9 %) et Gao (33,6 %) sont celles où la proportion de femmes informées sur ces symptômes est la plus élevée. La région de

« 52,1 %
des femmes
enceintes
ont eu au moins
une consultation
prénatale
(79,5 %
en milieu urbain
et 43,2 %
en milieu rural) »



« La majorité des accouchements se fait à domicile : 61 % au niveau national et plus de 72 % en milieu rural »

Tombouctou enregistre le taux le plus faible (17,4 %). Celles qui reçoivent un supplément en fer sont 57,1 % (60,7 % en milieu urbain et 54,9 % en milieu rural). L'influence du niveau d'instruction est moins déterminante, mais elle n'est pas négligeable : aucune instruction : 55,9 % ; primaire : 54,7 % ; secondaire : 68,2 % et supérieur : 78,4 %. Il faut noter que 82,3 % des femmes enceintes ont reçu des médicaments anti-paludéens. Dans ce cas, il n'y a pas de différence significative selon le milieu de résidence, les régions ou le niveau d'instruction.

Selon l'enquête de couverture vaccinale réalisée en 1998, la couverture en VAT-2 est de 61,7 % pour l'ensemble du pays. Les structures offrant le PMA assurent une meilleure vaccination pour toute la série de VAT et les mères conservent mieux leurs cartes. De même, en milieu urbain, les mères sont mieux protégées et gardent davantage leurs cartes qu'en milieu rural. Les femmes qui accouchent dans une structure sanitaire ont trois fois plus de chance, et même davantage, de recevoir un VAT que celles qui accouchent à domicile.

L'EDS-III enregistre une baisse significative de la couverture en VAT-2 des femmes enceintes. Plus de 50,4 % des femmes enceintes ayant donné naissance à des enfants vivants durant les cinq dernières années précédant l'enquête (période 1996-2000) n'ont reçu aucune dose de VAT, 48,5 % ont reçu au moins une dose et seulement 32,1 % ont reçu deux doses ou plus. Cette situation est très préoccupante en milieu rural, où 60,2 % de ces femmes n'ont reçu aucune dose, 39 % au moins une dose et seulement 25 % deux doses ou plus. A part Bamako (54,9 % des femmes ont reçu deux doses de VAT), la situation est similaire dans les autres régions (21,7 % à Mopti et 39,2 % à Sikasso). Par rapport au niveau d'instruction, la différence est notable : plus de 54,8 % des femmes sans instruction n'ont pas reçu la moindre dose de VAT contre 34,5 % de celles de niveau primaire, 13,1 % de celles de niveau secondaire et 6,9 % de celles de niveau supérieur.

En plus de ceux évoqués pour la petite enfance, les obstacles à la vaccination perçus par les mères sont variables et liés aux conditions locales. Les problèmes d'information sont cités dans plus d'un cas sur trois. Les mères déclarent ignorer la nécessité d'une

deuxième ou troisième dose de VAT. Outre les obstacles incontournables comme la distance et les transports, les problèmes de personnel sont mis en exergue et cités de manière récurrente. Les mères n'ont pas fait état de préjugés, de stéréotypes ou de comportements traditionnels qui iraient à l'encontre de la vaccination. On peut en déduire que celle-ci est entrée dans les habitudes des populations et que les mères en apprécient l'importance en dépit des effets négatifs qui peuvent se produire.

Selon les données de l'EDS-III, la majorité des accouchements se fait à domicile (60,9 %), les autres se répartissant entre le secteur public et communautaire (22,3 %), d'autres structures (15 %) et le secteur privé (0,9 %). Tous systèmes confondus, 24,6 % des accouchements se font dans un service de santé : 12,4 % en milieu rural et 62,5 % en milieu urbain. Bamako peut se prévaloir du plus fort taux d'accouchements dans un service de santé avec 72,7 %. La région qui enregistre le plus faible taux est Tombouctou (11,2 %), suivie de Mopti (11,3 %), et Ségou (12,9 %). En milieu urbain, la majorité des accouchements a lieu dans le secteur public et communautaire (58,6 %), 2,5 % seulement dans le secteur privé et près d'un cinquième à domicile (19,3 %) ou ailleurs (18,6 %). En milieu rural, environ trois quarts des accouchements se font à domicile (73,3 %) contre 11,5 % dans le secteur public et communautaire, 0,5 % seulement dans le secteur privé et 13,9 % ailleurs. La même tendance dans la répartition entre secteurs public et communautaire, privé et à domicile se dégage dans toutes les régions, sauf à Bamako où 67,3 % des accouchements se font dans le secteur public et communautaire, 4,2 % dans le privé, 7,7 % à domicile et 19,9 % ailleurs. On notera que 19,8 % des femmes sans instruction accouchent dans un service de santé contre 39,4 % pour celles ayant un niveau primaire, 68,3 % un niveau secondaire et 83,8 % un niveau supérieur. Certes les parturientes éduquées vivent dans les localités disposant de services. Seulement 9,8 % des nouvelles accouchées ont reçu des soins post-nataux au cours des 41 premiers jours après l'accouchement et 63,7 % n'ont eu aucun bilan postnatal. La faible proportion d'accouchements assistés et de prise en charge des suites de couches dénote la faiblesse du suivi des parturientes.

Les croyances qui confinent les parturientes à ne pas sortir avant les 40 premiers jours de grossesse expliquent en partie le faible accès aux soins postnatals. Près de la moitié des besoins obstétricaux d'urgence (estimés à 2 % des accouchements) ne sont pas couverts puisque 1,1 % des accouchements sont faits par césarienne (EDS-III 2001). Sur ce plan, les disparités sont importantes : 0,4 % en milieu rural contre 3,3 % en milieu urbain, 4,9 % à Bamako et des taux variables dans les autres régions (entre 0,1 % à Mopti et 1,3 % à Koulikoro). Le taux de césarienne chez les femmes ayant un niveau d'instruction supérieur est plus élevé (7,3 %) et décroît progressivement (4,1 % pour le niveau secondaire, 1,8 % pour le primaire et 0,8 % pour celles qui n'ont aucune instruction). Plusieurs questions se posent : s'agit-il d'une préférence des femmes instruites ? Est-ce dû à la disponibilité des services obstétricaux ? Ces pratiques sont-elles délibérées ou liées à de mauvais diagnostics ?

Selon l'EDS-III, 67,2 % des enfants ne sont pas pesés à la naissance. Ce taux est de 80,4 % en milieu rural, 22,7 % en milieu urbain et 7,3 % à Bamako. Pour les autres régions, il varie entre 59 % à Koulikoro et 83,3 % à Mopti.

• Accès général des femmes aux soins de santé

Dans l'EDS-III, les femmes ont déclaré qu'elles ont des problèmes pour accéder aux soins de santé en cas de maladie : 22,4 % des femmes ne savent pas où aller dans ce cas (12,4 % en milieu urbain et 26,6 % en milieu rural). C'est dans la région de Tombouctou que ce taux est le plus élevé (43,9 %), suivie de Mopti (31,5 %), Sikasso (26,3 %) et Koulikoro (23,8 %). Le taux varie fortement selon le niveau d'instruction : il est de 25,3 % pour les femmes n'ayant pas fréquenté l'école, de 14,3 % pour celles ayant le niveau primaire, de 6,6 % pour le niveau secondaire et de 5,4 % pour le niveau supérieur.

Chez 51 % des femmes (32,4 % en milieu urbain et 58,9 % en zone rurale), l'obstacle majeur est le manque de fonds pour le traitement. Ce taux atteint 59,4 % chez les femmes divorcées, séparées ou veuves. Plus le niveau d'instruction est élevé, plus ce taux baisse (niveau supérieur : 18,6 %, secondaire : 22,1 %, primaire : 41,5 % et aucune instruction : 55,7 %). C'est dans les régions de

Tombouctou et de Gao que l'obstacle financier est le plus cité (respectivement 76,6 % et 73,7 %), suivies de Mopti (68,8 %) et Koulikoro (58,3 %). Les autres régions se situent autour de 50 %, sauf Bamako avec 31,8 %.

D'autres obstacles non moins importants sont la distance par rapport au service de santé (pour 40,3 % des femmes) et le recours à un moyen de transport (pour 40,5 % d'entre elles). Ces deux obstacles sont beaucoup plus perceptibles en milieu rural avec 49,6 % pour la distance et 48,7 % pour le transport contre respectivement 18,7 % et 21,4 % en milieu urbain. Notons pourtant que 30,8 % des femmes ne veulent pas se rendre toutes seules en consultation au service de santé. Enfin, la présence d'un prestataire féminin dans un service de santé est déterminante pour 27,4 % des femmes en général, 30,4 % en milieu rural, 20,5 % en milieu urbain, mais elle est moins importante pour les femmes ayant atteint un niveau d'instruction supérieur (12,6 %) et secondaire (14,5 %).

• Planification familiale et fécondité

Selon l'EDS-II, chez les femmes, c'est le groupe d'âge 20-29 ans qui a le plus haut niveau de connaissance des méthodes contraceptives (environ 70 % pour l'ensemble des méthodes et 68 % pour les méthodes modernes). Chez les hommes, on constate que, jusqu'à 34 ans, plus de 90 % ont cité au moins une méthode. Au-delà de cet âge, le niveau de connaissance diminue, mais reste néanmoins toujours élevé, puisque 80 % des hommes de 55-59 ans ont cité au moins une méthode et 76 % une méthode moderne. Du point de vue du milieu de résidence, ce sont les femmes des zones urbaines (88 % contre 59 % en milieu rural) qui connaissent le mieux les méthodes. Le niveau d'instruction des femmes a une influence importante à cet égard ; ainsi toutes les femmes ayant au moins le niveau secondaire ont cité une méthode moderne (99 %) contre 83 % de celles ayant le niveau primaire et 61 % de celles n'ayant jamais fréquenté l'école. Chez les hommes, les tendances sont les mêmes. Selon l'EDS-II, si 18 % de l'ensemble des femmes interrogées ont déclaré avoir pratiqué une méthode quelconque de contraception au cours de leur vie, seulement 8 % de la population générale féminine utilisent une méthode quelconque et 5 % une méthode moderne de contraception.

« Dans l'EDS-III, les femmes ont déclaré qu'elles ont des problèmes pour accéder aux soins de santé en cas de maladie : 22,4 % des femmes ne savent pas où aller dans ce cas (12,4 % en milieu urbain et 26,6 % en milieu rural) »

L'évolution significative enregistrée entre les deux EDS semble résulter des activités d'IEC à travers les médias et les autres formes de communication. Selon le milieu de résidence, on note : radio 67,6 % en zone urbaine et 43,8 % en zone rurale ; télévision 60 % milieu urbain et 16,6 % milieu rural ; journaux/magazines 28,2 % zone urbaine et 3,7 % zone rurale ; autres sources 25,7 % en milieu urbain et 55,4 % en milieu rural. L'écart important entre milieux urbain et rural en ce qui concerne les sources médiatiques est compensé par les autres sources. Il en est de même pour les régions : Tombouctou et Gao enregistrent respectivement 20,6 % et

30,5 % pour la radio contre 78,9 % et 67,7 % pour les autres sources.

L'EDS-III a fait ressortir les principales raisons pour lesquelles, selon les femmes, l'utilisation de la contraception serait entravée. Les plus fréquemment citées sont « Raisons associées à la fécondité », « Souhait d'avoir plus d'enfants », « Opposition à l'utilisation de la contraception », « Enquêtes opposées à la contraception », « Raisons associées à la méthode » (voir tableau suivant).

L'opinion des couples vis-à-vis de la **planification familiale (PF)** a été également observée. Les femmes ont été réparties entre celles qui approuvent et celles qui désapprou-

Tableau n° 16

Connaissances des méthodes contraceptives par caractéristiques socio-démographiques

Caractéristiques socio-démographiques	EDS-II 1995/96		EDS-III 2001	
	Connaît une méthode	Connaît une méthode moderne	Connaît une méthode	Connaît une méthode moderne
Âges				
15 - 19	67,10%	65,00%	74,00%	72,30%
20 - 24	70,10%	67,90%	80,10%	78,90%
25 - 29	70,90%	69,30%	80,10%	78,60%
30 - 34	68,30%	65,70%	80,70%	79,60%
35 - 39	65,40%	63,20%	79,30%	77,80%
40 - 44	62,60%	60,10%	73,40%	71,60%
45 - 49	55,20%	52,80%	69,80%	65,80%
Milieu de résidence				
Urbain	87,60%	87,00%	90,50%	89,60%
Rural	59,30%	56,50%	73,70%	71,80%
Régions				
Kayes	66,80%	63,80%	68,10%	67,00%
Koulikoro	68,30%	64,50%	80,70%	77,00%
Sikasso	68,50%	66,90%	82,50%	81,60%
Ségou	68,30%	65,50%	74,00%	71,50%
Mopti	39,60%	38,40%	68,90%	68,20%
Tombouctou			72,40%	70,60%
Gao			83,10%	81,50%
Kidal			91,10%	91,10%
Bamako	97,50%	96,90%	95,40%	95,00%
Niveau d'instruction				
Sans instruction	63,00%	60,60%	74,60%	72,80%
Primaire	84,00%	82,60%	92,80%	91,80%
Secondaire			99,40%	99,40%
Supérieur			100,00%	100,00%
Total	66,80%	64,60%	77,80%	76,20%

vent la PF. Leur mari a également été soumis au test. 29,8 % des époux de femmes qui approuvent la PF ont un avis conforme à ce choix, 16,4 % la désapprouvent et 22,3 % restent indécis. Pour l'autre groupe de femmes, 1,6 % des maris ont un avis contraire à celui de la femme, 14,7 % confirment ce choix et 7,7 % sont indécis. Au regard des raisons évoquées et de l'opinion des couples sur la PF, l'efficacité et la pertinence des activités d'IEC semblent devoir être mises en cause.

Les progrès réalisés entre l'EDS-II et l'EDS-III sont significatifs pour ce qui est du changement de comportement en matière de contraception puisque le niveau d'utilisation d'une méthode quelconque de contraception passe de 8 % à 23,1 % et d'une méthode moderne, de 5 % à 20,1 %. Ce résultat peut être mis à l'actif d'un modèle de services d'information et de planification familiale centrés sur le client, qui offrent aux femmes, aux hommes et aux adolescentes les choix qui leur conviennent. Concernant les soins néonataux et post-partum, le modèle est celui de services qui détectent les déficiences nutritionnelles et qui traitent les maladies endémiques, comme le paludisme, les infections et les IST. Au Mali, les normes et procédures en SR et le cadre conceptuel de la référence-évaluation ont été élaborés et mis en œuvre dans 18 cercles sur 55 prévus, soit 33 % d'entre eux.

Apparemment la **fécondité** des femmes maliennes n'aurait pratiquement pas changé au cours des quinze dernières années, l'indice synthétique de fécondité (ISF) passant d'environ 6,9 enfants par femme autour de 1985 à 6,7 vers 1994. A chaque âge, les taux sont similaires. L'ISF varie de 5,4 en milieu urbain à 7,3 en milieu rural. Ces différences de fécondité s'observent à tous les âges dans les

deux milieux. D'après les données préliminaires de l'EDS-III, l'évolution de l'indice synthétique de fécondité serait de 6,8 enfants par femme, soit 5,5 enfants par femme en milieu urbain et 7,3 en milieu rural.

Au niveau national, le taux de fécondité générale par groupe d'âge suit le schéma classique observé dans les pays à forte fécondité : une fécondité précoce élevée (187 ‰ pour les femmes de 15-19 ans) qui atteint son maximum à 20-24 ans (299 ‰) et 25-29 ans (296 ‰) et se maintient longtemps à des niveaux importants (205 ‰ à 35-39 ans), avant de connaître une chute importante. Seule la fécondité des femmes de 15 à 19 ans semble avoir légèrement diminué entre les deux EDS, passant de 201 ‰ en 1985 à 187 ‰ en 1995/96.

Selon les premiers résultats de l'EDS-III, le taux de fécondité générale est de 231 ‰ et se répartit par groupe d'âge comme suit : une fécondité précoce élevée (185 ‰ pour les femmes de 15-19 ans) qui atteint son maximum à 20-24 ans (290 ‰) et amorce une baisse à 25-29 ans avec 280 ‰, à 30-34 ans avec 260 ‰, à 35-39 ans avec 202 ‰, avant de connaître une chute importante à 40-44 ans avec 103 ‰ et 45-49 ans avec 35 ‰. La fécondité de tous les groupes d'âge a subi une légère diminution entre l'EDS-II et l'EDS-III.

La santé maternelle est le reflet du niveau de justice sociale et du respect du droit des femmes dans une société. Le droit des femmes à bénéficier de services de santé de bonne qualité est garanti lorsque leurs droits humains de base (l'éducation, la nutrition, un environnement sûr, les ressources économiques et la participation dans la prise de décision) sont respectés. Dans le cadre plus large de la santé de la reproduction (SR),

« Les progrès entre l'EDS-II et l'EDS-III sont significatifs pour ce qui est du changement de comportement en matière de contraception puisque le niveau d'utilisation d'une méthode quelconque de contraception passe de 8 % à 23,1 % et d'une méthode moderne, de 5 % à 20,1 % »

Tableau n° 17

Principales raisons évoquées entravant l'utilisation des préservatifs

Raisons	Age		Total
	15-29	30-49	
Raisons associées à la fécondité	23,30%	33,30%	29,10%
Veulent plus d'enfants	19,00%	14,40%	16,30%
Opposées à l'utilisation de la contraception	42,40%	34,40%	37,80%
Enquêtées opposées à la contraception	25,70%	20,90%	22,90%
Raisons associées à la méthode	14,90%	15,30%	15,10%

« **Le statut des filles et des femmes détermine les obstacles à des soins obstétricaux de qualité** »

la maternité sans risque est une composante essentielle des efforts accomplis pour aider les femmes à réaliser la totalité de leur potentiel, non seulement en tant que mères, mais aussi en tant que membres actifs de la société.

La mortalité maternelle est estimée à 577 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes. Ce résultat met en évidence les progrès considérables à accomplir pour améliorer la santé et la survie des mères maliennes. Les décès maternels survenus sont directement dus à l'hémorragie, à la septicémie, à l'éclampsie, aux accouchements dystociques et à des avortements à risque. Ces facteurs sont similaires dans les différents contextes du pays. De multiples facteurs affectent la capacité des femmes à survivre lors d'une grossesse ou d'un accouchement, tels que l'état sanitaire et nutritionnel des femmes, leur accès à

des services de santé et l'utilisation qu'elles en font, les us et coutumes en famille et les comportements communautaires vis-à-vis de la santé de la femme. Le statut des filles et des femmes est l'élément sous-jacent à ces différents facteurs qui constituent des obstacles aux soins obstétricaux de qualité.

COORDINATION DE L'OFFRE ET DE LA DEMANDE ET AXES D'ORIENTATION

L'organisation de l'offre et de la demande obéira aux dispositions prises dans l'organisation de la SR à l'adolescence. Faute de données, les risques liés aux maternités tardives et les troubles liés à la ménopause ne sont pas traités mais n'en demeurent pas moins des préoccupations de premier plan. La coordination de l'offre et de la demande et les axes

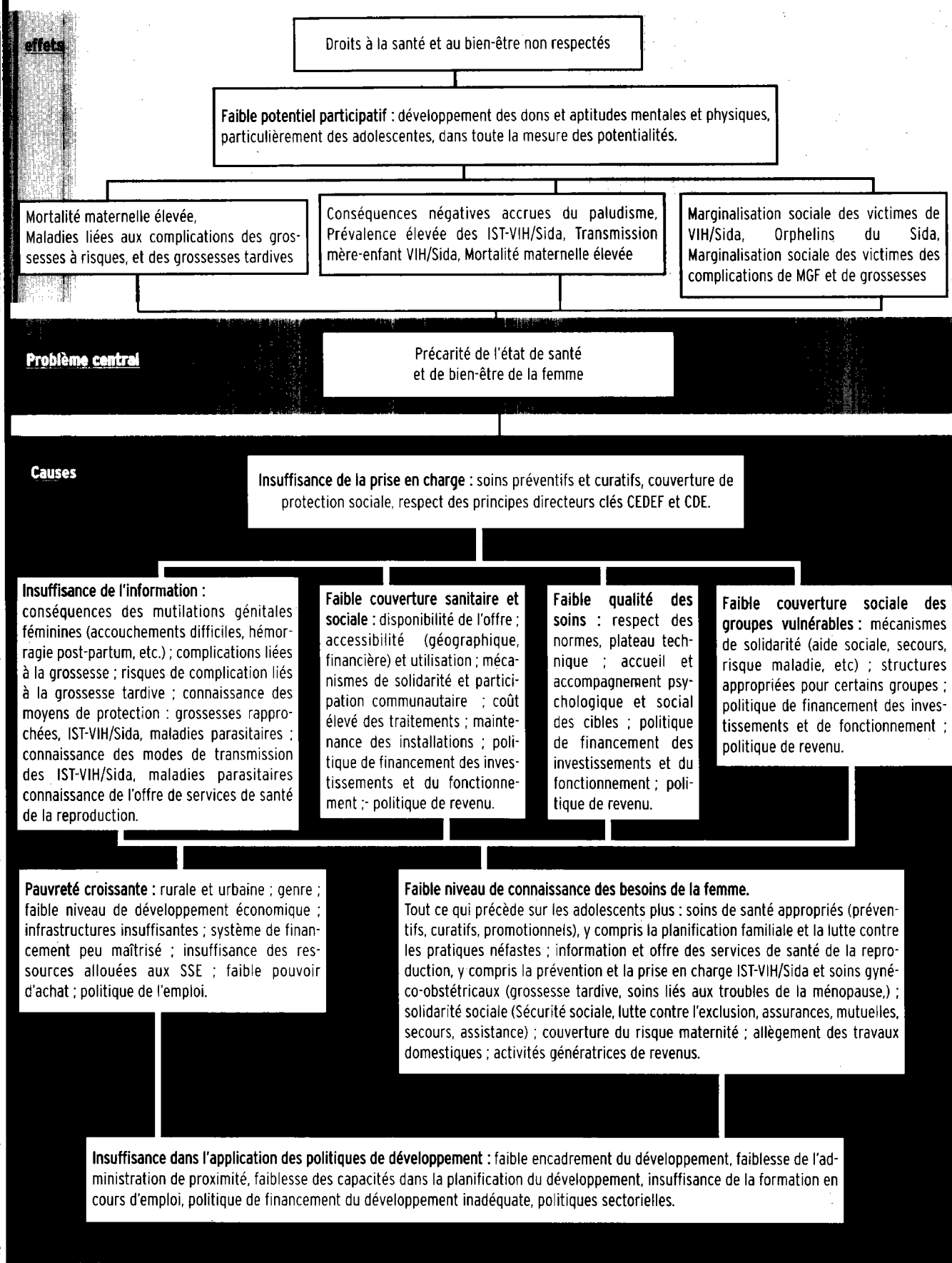
Synthèse du diagnostic

Droit à la santé et au bien-être/Femmes de 18 à 49 ans

- Le niveau d'instruction des femmes a une influence importante sur la connaissance de la contraception.
- Malgré une bonne connaissance des méthodes contraceptives, l'utilisation reste faible (23,1% pour une méthode quelconque et 20,1 % pour une méthode moderne).
- La fécondité s'est peu modifiée au cours de ces dix dernières années.
- La santé maternelle est le reflet du niveau de justice sociale et de respect du droit des femmes dans une société.
- La santé de la reproduction (SR), une maternité sans risque sont des composantes essentielles des efforts accomplis pour aider les femmes à réaliser la totalité de leur potentiel, non seulement en tant que mères, mais aussi en tant que membres actifs de la société.
- Le statut des filles et des femmes détermine les obstacles à des soins obstétricaux de qualité.
- Les facteurs qui affectent la capacité des femmes à survivre lors d'une grossesse ou d'un accouchement sont :
 - leur état sanitaire et nutritionnel,
 - leur accès à des services de santé et leur utilisation de ces services,
 - les us et coutumes en famille,
 - les comportements communautaires vis-à-vis de la santé de la femme.
- Un modèle de services de soins néonataux et post-partum détectant les déficiences nutritionnelles et traitant les maladies endémiques, comme le paludisme, les infections et les IST, doit être conçu.
- Les soins prophylactiques devraient comprendre la vaccination contre le tétanos, les médicaments de lutte contre le paludisme, les suppléments en fer et en acide folique, la consultation et un test volontaire du VIH.

Schéma n° 13 :

Schéma de l'analyse causale - droits à la santé et au bien-être/femmes de 18 à 49 ans



« Selon l'EDS-II, 80,9 % des femmes maliennes n'ont aucun niveau d'instruction, 14,5 % ont le niveau du primaire, 1 % le niveau du secondaire et 0,2 % celui du supérieur »

d'orientation s'inscriront dans la logique développée pour les cycles antérieurs.

Cette démarche participe de deux principes méthodologiques qui ont guidé les travaux de cette analyse de situation : « la précocité de la prise en charge de l'entrave à un droit » et « tout ce qui précède dans le cycle de vie antérieur en termes de consolidation et surveillance ».

4.B Droit à l'éducation, aux loisirs et aux activités culturelles

4.B. a) Description

Du fait des entraves héritées des cycles de vie précédents, seule une minorité de femmes parvient à accéder et à se maintenir dans les structures d'enseignement secondaire et supérieur. Dans le même temps, la grande majorité est victime de l'analphabétisme et d'un abandon scolaire massif.

L'accès et le maintien dans des structures de formation (centres d'alphabétisation et d'apprentissage féminin) de cette majorité de femmes permettraient de leur assurer des apprentissages de qualité en termes de connaissances, de compétence de vie (soins de maternage comprenant allaitement, soins éducatifs, nutritionnels, sanitaires, hygiène de l'enfant, stimulations affectives, motrices et cognitives), planning familial et de formation professionnelle préparant à la responsabilisation sociale.

Dans ce contexte, le faible accès de la femme au système éducatif et son maintien limité au sein de celui-ci réduisent ses capacités à assumer ses responsabilités dans la

société et constituent le problème central. Il s'agit là d'une confirmation des « problèmes classiques », qui renvoient à des comportements dominants et nécessitent des actions de consolidation.

4.B. a) Analyse : faiblesse de l'accès de la femme en système d'éducation et de son maintien au sein de celui-ci

DIAGNOSTIC DE SITUATION

Le faible accès de la femme au système éducatif est attesté par les très bas niveaux d'inscription et de scolarisation dans les différents ordres ou types d'enseignement (réf. éducation enfance et adolescence). Entre 1995/96 et 1997/98, l'évolution des taux est la suivante : de 3 % à 3,9 % pour l'enseignement secondaire général, de 1,8 % à 1,6 % pour l'enseignement secondaire technique et professionnel, et de 0,6 % à 0,8 % pour l'enseignement supérieur.

Selon l'EDS-II, 80,9 % des femmes maliennes n'ont aucun niveau d'instruction, 14,5 % ont le niveau du primaire, 1 % du secondaire et 0,2 % du supérieur. L'EDS-III donne la situation suivante : sans instruction 80 %, primaire 11,3 %, secondaire 4,9 % et supérieur 3,8 %. Les progrès les plus significatifs sont enregistrés dans l'enseignement secondaire et supérieur, tandis qu'on assiste à un recul au niveau du primaire.

En 1995, le taux d'alphabétisation¹⁷ des adultes était d'à peine 23 % : 14,1 % pour les femmes et 32,5 % pour les hommes. En 1998/99, ce taux¹⁸ était de 31 %, mais seule-

Synthèse du diagnostic

Droit à l'éducation, aux loisirs et aux activités culturelles Femmes de 18 à 49 ans

- Les entraves héritées des cycles de vie antérieurs sont à l'origine de la faiblesse de l'accès et du maintien des femmes au sein du système éducatif, qui réduit leurs capacités à assumer leurs responsabilités.
- La grande majorité des femmes est victime de l'analphabétisme et d'un abandon scolaire massif.
- Les activités de formation et d'information, les programmes et stratégies visant la modification des comportements clés en faveur d'une libération de la femme demeurent insuffisants.

ment 13,02 % pour les femmes. L'EDS-III estime que 10,5 % des femmes sont alphabétisées, soit 28,5 % en milieu urbain et 2,8 % en milieu rural. Les taux varient d'une région à une autre : de 38 % à Bamako à 3,4 % à Mopti.

Cette insuffisance dans l'acquisition des compétences de vie est une entrave sérieuse pour assumer les responsabilités sociales, notamment dans les domaines de la production, de la participation à la vie publique et politique, et du suivi scolaire des enfants.

D'autres facteurs, comme les mariages précoces, les grossesses à risque (précoces, rapprochées, non désirées), la fécondité élevée, la division sociale du travail défavorable à la femme, l'insuffisance de structures destinées aux enfants en bas-âge, ont privé les femmes de multiples opportunités, dont l'instruction, les activités génératrices de revenus, la participation à la vie associative.

L'analyse montre que la faiblesse de l'accès et du maintien de la femme au sein du système éducatif, donc de la réduction de ses capacités à assumer ses responsabilités dans la société, est déterminée par les entraves héritées des cycles de vie précédents. Cette

situation illustre la transversalité et l'indivisibilité des droits, et confirme la nécessité d'une prise en charge précoce des besoins éducatifs.

Cette prise en charge requiert un travail d'adéquation de l'offre et de la demande depuis l'enfance et sera consolidée dans l'adolescence. Il s'agit de l'accès à l'école, au CED, au centre de formation féminine et d'alphabétisation. Les activités de formation et d'information, les programmes et stratégies visant la modification des comportements clés en faveur d'une libération de la femme sont parties intégrantes de ce programme.

COORDINATION DE L'OFFRE ET DE LA DEMANDE ET AXES D'ORIENTATION

La coordination de l'offre et de la demande sera organisée selon deux principes :

- Le principe de la « précocité de la prise en charge de l'entrave à un droit » privilégiera une politique de scolarisation des filles et leur maintien dans le système éducatif. Au-delà des aspects pédagogiques, l'accent devra être mis sur le changement des comportements qui reste le maillon faible des approches actuelles.

« L'EDS-III estime que 10,5 % des femmes sont alphabétisées, soit 28,5 % en milieu urbain et 2,8 % en milieu rural. Les taux varient d'une région à une autre : de 38 % à Bamako à 3,4 % à Mopti »



« En 2001, sur 147 députés, on compte 18 femmes (12 %). Dans les communes urbaines, il y a 89 femmes parmi 666 conseillers (13 %), dans les communes rurales, 1 281 femmes parmi 8 134 conseillers (15,75 %), dont 12 maires de communes »

• Le principe de « tout ce qui précède dans le cycle de vie antérieur en termes de consolidation et de surveillance » privilégiera la prise en charge au stade de l'enfance des déscolarisés et des non-scolarisés à travers les CED. Quant aux adolescentes et aux femmes adultes n'ayant pas eu l'opportunité de fréquenter une école, la prise en charge de leur besoin éducatif se fera à travers l'alphabétisation. Compte tenu de l'ampleur du problème, des moyens importants et des stratégies appropriées seront nécessaires pour le rétablissement du droit des femmes à l'éducation.

4.C. Droits civils et libertés

DESCRIPTION

L'exposition des femmes aux risques décrits ci-dessus affecte l'exercice de leurs droits dans les domaines politique, économique, social, culturel et civil ou dans tout autre domaine, quel que soit leur état matrimonial.

Dans ce contexte, le faible niveau de participation des femmes aux espaces d'échanges, de décision et de production constitue le problème central. Il s'agit d'une confirmation de « problèmes classiques », nécessitant des actions de consolidation et où les aspects comportementaux dominent.

4.C. a) Analyse : faible niveau de participation de la femme aux espaces d'échanges, de décision et de production

DIAGNOSTIC DE SITUATION

La Constitution du Mali en son préambule proclame sa détermination à défendre les droits de la femme et de l'enfant, et garantit dans son titre premier l'égalité des droits et des devoirs pour tous les Maliens. Elle proclame le droit à l'enseignement, à la santé, au travail, au repos, à la protection sociale, à l'égalité devant l'emploi, sans discrimination de traitement, pour tous les citoyens sans distinction de race, d'ethnie, de religion, d'opinion ou de sexe.

Sous la III^e République, la volonté politique de faire de la promotion de la femme une des priorités du gouvernement s'est concrétisée en mai 1993 par la nomination d'une commissaire à la Promotion de la

femme avec rang de ministre. En septembre 1997, le Commissariat fut érigé en ministère de la Promotion de la femme, de l'enfant et de la famille avec les missions suivantes : renforcer les actions de promotion des femmes, promouvoir une politique en faveur de la famille et de la protection de l'enfance.

Les codes pénal, du commerce, du travail et domanial, ainsi que la loi électorale ne contiennent pas de dispositions discriminatoires à l'égard de la femme. Le code du mariage proscriit le mariage forcé et punit les contrevenants, donne à la femme le pouvoir de représenter le mari, lui reconnaît la pleine capacité civile (suivant contrat de mariage et loi) et la qualité de chef de famille en cas d'empêchement du mari. Il fait de l'acte de mariage la garantie des avantages liés aux effets civils.

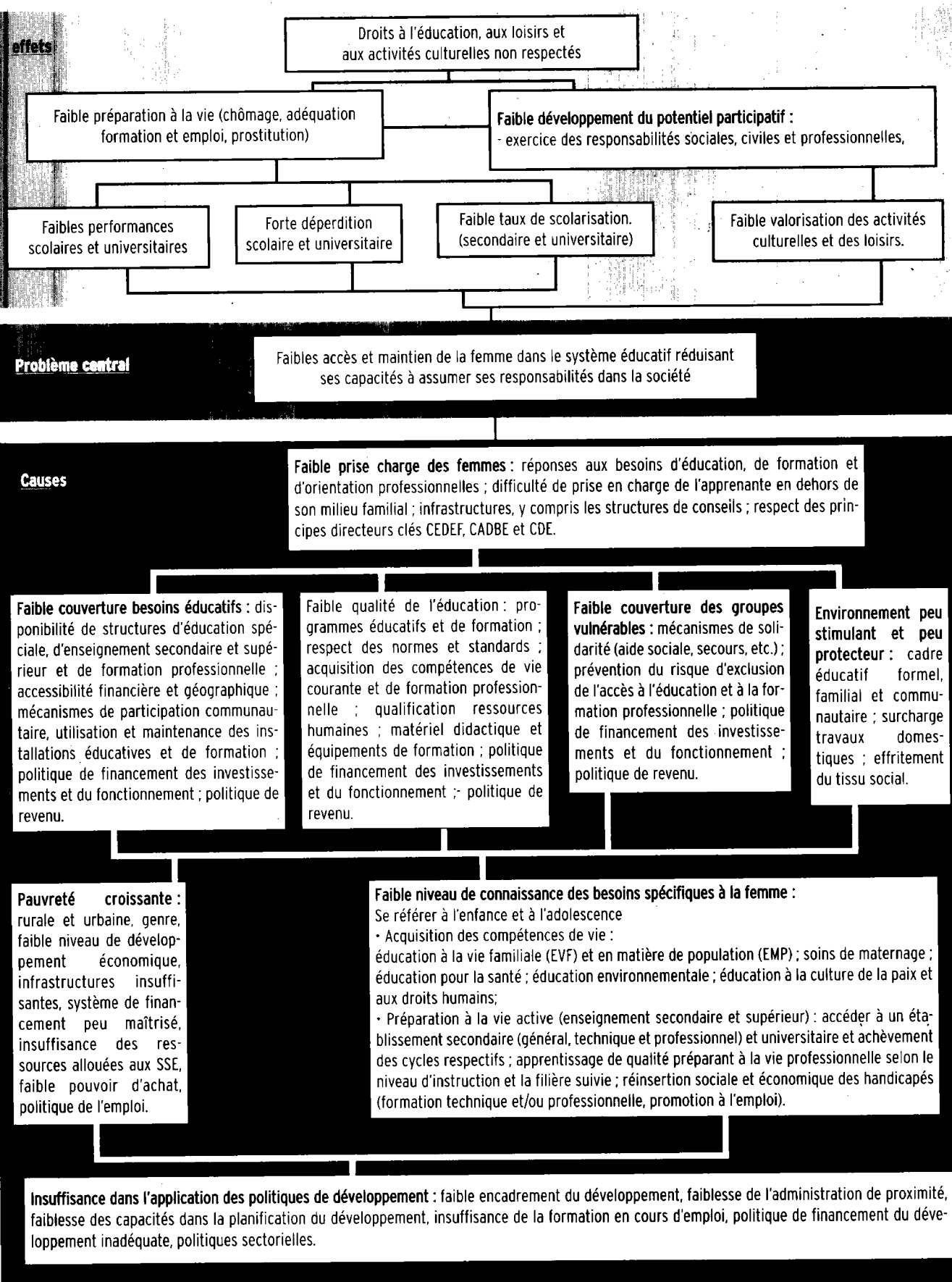
Dans la gestion des affaires de l'Etat, il y avait, en janvier 2000, 7 ministres femmes sur 22 (32 %), 16 conseillères techniques sur 116 (13,8 %), 34 femmes magistrats sur 307 (11 %), 2 femmes procureurs sur 52 (3,8 %), 23 avocates sur 185 (12,4 %) et 2 femmes ambassadeurs sur 22 (9 %). Les femmes sont présentes dans les organes dirigeants des partis politiques. Aujourd'hui, sur 147 députés, on compte 18 femmes (12 %). Dans les communes urbaines, il y a 89 femmes parmi 666 conseillers (13 %), dans les communes rurales, 1 281 femmes parmi 8 134 conseillers (15,75 %), dont 12 maires de communes. Les femmes¹⁹ font également la preuve de leur vitalité dans la société civile.

Il existe aujourd'hui au moins 350 ONG et associations féminines, plus de 100 consultantes nationales et 310 projets en faveur des femmes qui veillent à l'équité de genre dans divers domaines à travers l'information, la sensibilisation et la formation. Les thèmes dominants sont : droits de la femme, participation à la vie publique, décentralisation, entrepreneuriat féminin. Sachant que 60 % des femmes écoutent la radio, 30 % regardent la télévision et au moins 7 % lisent les journaux, on estime que les messages développés auront un certain impact. De multiples intervenants œuvrent aux côtés des femmes.

Les cliniques juridiques et les centres d'écoute ont largement contribué à la diffusion de leurs droits. L'émission « Portrait de femmes » présente la vie et l'œuvre de celles qui se sont distinguées dans divers domaines d'activité. La presse écrite s'est enrichie

Schéma n° 14

Schéma de l'analyse causale - éducation, loisirs, activités culturelles/femmes de 18 à 49 ans



« Dans le secteur informel, facilement accessible avec peu de ressources et sans qualification particulière, les femmes occupent 65 % des emplois »

d'organes spécialisés en matière de promotion de la femme.

Dans la gestion des services de proximité, bien que la majorité des activités menées soit en faveur des femmes, une étude portant sur la santé a fait ressortir la faible représentation de celles-ci dans les organes de décision de l'association de santé communautaire (ASACO) et de gestion des centres de santé communautaire (CSCOM). Des campagnes de sensibilisation et d'éducation ont été menées pour amener les populations à admettre les femmes dans ces organes. Ce constat s'applique également aux associations de parents d'élèves (APE), aux comités d'eau et d'assainissement, etc. Les services techniques, les ONG et associations actives dans ce domaine veillent à l'équité de genre dans la mise en place de ces organes.

Selon l'EDS-III, les décisions concernant l'utilisation du revenu des femmes, y compris les dépenses du ménage, sont prises à 84,3 % par elles seules, 8,2 % conjointement et 7,4 % avec quelqu'un d'autre que leur mari. La contribution des femmes aux dépenses du ménage se répartit comme suit : 35,9 % ne contribuent pour aucune dépense, 24,5 % pour moins de la moitié, 29 % pour la moitié ou plus et 10,4 % pour toutes les dépenses. La proportion de cette contribution est inversement proportionnelle à leur niveau d'instruction. Pour la prise en charge de toutes les dépenses du ménage, les taux sont les suivants : 10,8 % sans instruction, 10,3 % primaire, 7,4 % secondaire et 6,9 % plus que le niveau secondaire. Si la décision d'utiliser librement leur revenu leur revient, en revanche, 39 % des femmes estiment ne pas disposer de pouvoir de décision pour les dépenses suivantes : « propres soins de santé, grands achats des ménages, achats quotidiens, visites à la famille, aux proches, aux amis ; repas à préparer chaque jour ». Ce résultat est vérifié quels que soient le milieu de résidence, le niveau d'instruction et le type d'emploi.

L'égalité dans les domaines du commerce, de l'accès à l'emploi, à l'instruction, aux terres aménagées de l'Etat, du paiement de l'impôt sur les traitements et salaires (ITS) est désormais un acquis. Sur 1 296 chefs d'entreprise possédant la carte professionnelle, 37 sont des femmes. Leur présence est massive dans les 7 corps de métiers regroupant 450 membres recensés par la Fédération nationale des artisans du Mali (FNAM).

Plusieurs artistes maliennes se distinguent dans la musique, la couture, la teinture, le théâtre et le cinéma. Les femmes sont de plus en plus actives dans l'urbanisme et l'habitat, notamment dans l'exploitation et la commercialisation des matériaux de construction, comme le sable, le gravier et les moellons.

Dans le secteur informel, facilement accessible aux femmes avec peu de ressources et sans qualification particulière, elles occupent 65 % des emplois. Ceux-ci requièrent peu d'instruction : 81,6 % des travailleurs n'en ont reçu aucune et 13 % ont un niveau équivalent à six années d'études.

Devant les difficultés d'accès des femmes au crédit bancaire à cause de la nature informelle de leurs activités économiques, un système de micro-finance adapté à leurs besoins s'est développé. Trois principaux fonds ont été mis en place, qui financent l'équipement, les intrants agricoles et le commerce, grâce à des prêts remboursables (épargne/crédit) à court et moyen termes. Une vingtaine de réseaux de caisses assurent les prêts remboursables. Le fonds d'appui aux activités des femmes (FAAF LAYIDU), d'origine publique, est financé sur le filet social à concurrence de 800 millions de francs CFA. Il est ouvert aux femmes démunies en milieu rural et urbain et a déjà accordé des crédits à plus de 20 000 femmes et 2 000 groupements et associations féminins.

Malgré ces dispositions légales, l'exercice effectif par la femme des prérogatives que lui confère le droit positif rencontre des obstacles d'ordre juridique, coutumier et pratique. Le niveau de sa participation aux espaces d'échanges, de décision et de production est fortement limité par l'analphabétisme et l'ignorance.

Le code du mariage établit une discrimination d'âge au détriment de la femme. Le mariage précoce ou forcé est préjudiciable à sa pleine participation. En cas de décès de l'époux, la femme mariée selon la coutume, sans acte de mariage, est souvent dépouillée de ses droits au profit de celle qui en détient un. La réforme en cours du droit de la famille envisage de corriger les faiblesses des textes en vigueur.

Contrairement au principe selon lequel les bénéficiaires sont les principaux acteurs, on note une faible représentation qualitative et quantitative des femmes dans les organes de gestion des services sociaux essentiels, en

dépôt de quotas dont l'application s'est avérée difficile sur le terrain.

Aux insuffisances professionnelles des structures associatives s'ajoute leur concentration dans les centres urbains, ce qui exclut du bénéfice de leur action la majorité des femmes vivant en milieu rural.

EXAMEN DE L'OFFRE DE SERVICE - DISPONIBILITE ET QUALITE

Les éléments clés de l'offre sont l'instruction, la formation et l'accès aux facteurs de production combinés à un dispositif législatif. La formation et l'instruction confèrent les aptitudes techniques à la décision, à la production et aux espaces d'échanges. L'accès aux facteurs de production assure l'insertion socio-économique. La législation définira l'environnement incitatif à la pleine participation de la femme aux espaces d'échanges, de décision et de production. L'organisation de cette offre impliquera les départements en charge de la femme, de l'éducation, de la justice, de l'économie et des finances, du développement social, des collectivités territoriales, les organisations de la société civile et enfin les familles avec l'appui des partenaires au développement.

Le diagnostic met en lumière une organisation implicite de l'offre qui demande à être plus explicite pour assurer son effectivité et

son efficacité. Les différentes réformes en cours relatives au droit de la famille et à l'éducation devraient garantir l'expression de cette offre au sein du CSLP, de manière à favoriser les synergies entre les différents secteurs concernés.

EXAMEN DE LA DEMANDE POTENTIELLE DE SERVICE - ACCESSIBILITE ET UTILISATION

Pour que la demande potentielle s'exprime, elle doit couvrir les principaux besoins de la femme : protection au foyer et au travail, y compris par la fourniture de prestations sociales et de services d'appui, contre toute forme de discrimination, notamment dans l'accès à l'instruction et aux facteurs de production, et reconnaissance des mêmes droits pour les hommes et les femmes en matière de droit de la famille.

Il reviendra aux structures techniques de l'Etat, avec l'accompagnement des partenaires, d'adopter une approche de planification et de gestion, d'identifier les capacités requises pour une mise en œuvre efficace et la modification des comportements clés. Sur cette base, les professionnels de la communication et la société civile, en collaboration avec les structures techniques de l'Etat, élaboreront des stratégies visant à impulser l'expression de la demande dans la ligne des

*« On note
une faible
représentation
qualitative
et quantitative
des femmes
dans les organes
de gestion
des services
sociaux essentiels,
en dépit de quotas
dont l'application
s'est avérée
difficile
sur le terrain »*

Synthèse du diagnostic Droits civils et libertés/femmes de 18 à 49 ans

- L'éducation est prépondérante pour l'amélioration effective et durable de la participation des femmes aux espaces d'échanges, de décision et de production.
- Des efforts doivent être fournis par le gouvernement et la société civile dans les domaines législatif, économique et financier, et la formation en faveur de la promotion de la femme.
- L'existence de plusieurs ONG et associations féminines et l'émergence des femmes dans les secteurs formel et informel sont des signes évidents de la promotion de la femme, mais l'impact est essentiellement urbain.
- Le professionnalisme des structures associatives féminines demeure insuffisant.
- La participation des femmes dans les structures de gestion des SSE et dans les instances de décision, comme le gouvernement, l'Assemblée nationale et les collectivités territoriales, est faible.

« **La principale entrave au droit de participation des femmes est leur faible niveau d'instruction, d'où la nécessité de renforcer leur éducation, en priorité par la scolarisation des filles** »

changements souhaités. Quant aux femmes, elles bénéficieront d'un encadrement en termes de formation, de sensibilisation et d'information leur permettant d'exprimer en toute connaissance de cause la demande potentielle.

Pour que les besoins de la femme soient connus et reconnus dans son milieu de vie, il est nécessaire d'agir sur les pesanteurs sociales. Une politique de revenu initiée à travers le CSLP devra permettre de réduire les coûts d'opportunité liés à l'absence de la femme au foyer, par l'allègement de ses tâches domestiques grâce à des moyens, tels que l'installation de moulins, de points d'eau modernes, la fourniture d'intrants agricoles, l'organisation de la garde des enfants, l'aménagement des pistes rurales, etc. Cet allègement acquis, elle pourra bénéficier d'un système organisé de crédit facilitant son accès aux moyens de production et à l'encadrement requis. Une stratégie similaire ciblera la femme au travail pour lui assurer les congés de maternité et l'organisation de la garde des enfants sur le lieu de travail, ainsi que les soins dont ceux-ci ont besoin.

COORDINATION DE L'OFFRE ET DE LA DEMANDE

Cette coordination concerne la couverture, le plaidoyer et la communication pour le changement des comportements. L'analyse met en évidence l'unicité de la cible et la nécessité du rétablissement de son droit. Pour articuler l'offre et la demande potentielle, il est essentiel de définir un cadre stratégique d'intervention cohérent, définissant l'objet, les rôles et les responsabilités de chaque intervenant. Ce cadre pourra intégrer les éléments de la réforme du droit de la famille et ses instruments de mise en œuvre et de contrôle, les composantes pertinentes du CSLP, une politique de revenu, de plaidoyer et de communication, ainsi que les mécanismes indépendants de recours.

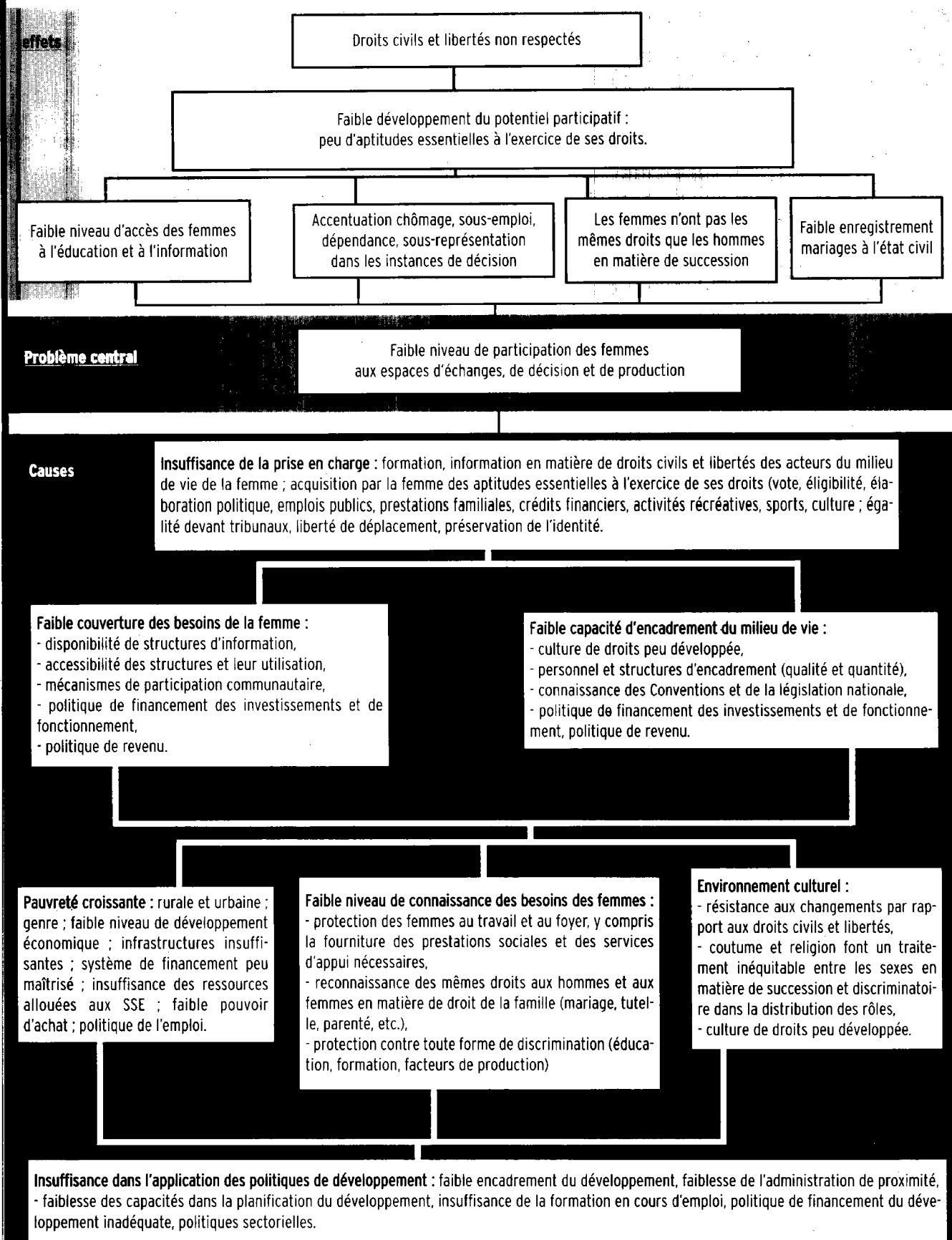
La symbiose des approches développées dans l'examen de l'offre et de la demande contribuera à la pleine participation des femmes aux espaces d'échanges, de décision et de production, suivant un bon rapport coût-efficacité.

4.C. b) Axes d'orientation

- La principale entrave au droit de participation des femmes est leur faible niveau d'instruction, d'où la nécessité de renforcer leur éducation, en priorité par la scolarisation des filles ;
- Il est nécessaire d'améliorer le niveau de connaissances de l'ensemble des acteurs et de renforcer les capacités à susciter, en toute connaissance de cause, l'expression de l'offre et de la demande en vue d'une pleine participation de la femme ;
- La mise en place d'un cadre stratégique cohérent d'intervention doit inclure l'accélération des réformes (CSLP, famille, justice, éducation,) et leur application effective en vue d'une meilleure participation des femmes aux espaces d'échanges, de décision et de production ;
- Le renforcement des compétences de planification, de gestion, de communication et de plaidoyer des structures publiques, des organisations de la société civile et des professionnels de la communication est le préalable à une meilleure définition du problème et à sa résolution ;
- L'efficacité et l'effectivité de mesures, tels un système de contrôle indépendant, la pertinence des interventions, la réalisation des objectifs, l'exploration approfondie du domaine, les modifications des comportements clés obtenues, devront reposer sur un système performant d'informations statistiques.

Schéma n° 15 :

Schéma de l'analyse causale - droits civils et libertés/femmes de 18 à 49 ans



4.D. Coordination en faveur de la réalisation progressive des droits de la femme

L'unicité de la cible, sa fragilité et la multiplicité des acteurs imposent une organisation de l'offre et de la demande par la mise en place d'un système susceptible de stimuler le potentiel des femmes dans une perspective de justice sociale.

Cette coordination en termes d'organisation de l'offre et de la demande potentielle doit permettre de :

- Maîtriser les besoins spécifiques ;
- Éliminer les comportements inhérents à leur méconnaissance ou à la négligence ;
- Assumer des responsabilités à plusieurs niveaux :
 - prise de conscience par la communauté (englobant tous les acteurs),
 - impact sur la famille,
 - pressions et actions assurées par la société civile,
 - politiques, stratégies et législation assurées par l'Etat.

4.D. a) Besoins de la femme

Le groupe des femmes de 18 à 49 ans subit de manière intense les séquelles des cycles antérieurs. A cette gestion de l'héritage des stades antérieurs s'ajoutent les besoins spécifiques des femmes :

- Soins de santé appropriés, dont planification familiale et lutte contre les pratiques néfastes : information et offre des services de santé de la reproduction, y compris la prévention et la prise en charge des IST-VIH/Sida et des soins gynéco-obstétricaux (grossesse tardive, soins liés aux troubles de la ménopause) ;
- Solidarité sociale (Sécurité sociale, lutte contre l'exclusion, assurances, mutuelles, secours, assistance) : couverture du risque maternité, allègement des travaux domestiques, activités génératrices de revenus ;
- Acquisition des compétences de vie : éducation à la vie familiale (EVF) et en matière de population (EMP), soins de maternage, éducation pour la santé, éducation environnementale, éducation à la culture de la paix et aux droits humains ;
- Préparation à la vie active (enseignement secondaire et supérieur) : accès à un établissement secondaire (général, technique et professionnel) et universitaire et achèvement

des cycles respectifs, apprentissage de qualité préparant à la vie professionnelle selon le niveau d'instruction et la filière suivie, réinsertion sociale et économique des handicapés (formation technique et/ou professionnelle, promotion à l'emploi) ;

- Protection des femmes au travail et au foyer, y compris la fourniture des prestations sociales et des services d'appui nécessaires ;
- Reconnaissance des mêmes droits aux hommes et aux femmes en matière de droit de la famille (mariage, tutelle, parenté) ;
- Protection contre toute forme de discrimination (dans les domaines de l'éducation, de la formation, des facteurs de production, etc.).

La double responsabilité qui incombe aux différents niveaux de la société concerne la prise en charge efficace de l'héritage des stades antérieurs et celle effective et adéquate des besoins nouveaux.

4.D. b) Facteurs facilitant ou entravant l'exercice des droits

L'analyse met en évidence l'existence de facteurs concourant naturellement à l'exercice ou au rétablissement rapide des droits de la femme sur la base de l'égalité des chances :

- Le faible accès des femmes au système éducatif, leur difficulté à s'y maintenir et l'analphabétisme dont elles souffrent en majorité ne leur permet pas suffisamment à assumer pleinement leurs responsabilités (participation aux espaces d'échange, de décision et de production) ;
- Les activités de formation et d'information, les programmes et stratégies visant la modification des comportements clés en faveur d'une libération de la femme restent timides ;
- Des efforts sont fournis par le gouvernement et la société civile en matière législative, économique, financière et de formation en faveur de la promotion de la femme ;
- L'existence de plusieurs ONG et associations féminines (professionnalisme limité) et l'émergence des femmes dans les secteurs formel et informel sont des signes de promotion de la femme, mais la tendance est essentiellement urbaine ;
- L'utilisation des méthodes contraceptives, malgré la bonne connaissance qu'en ont les populations, est restée faible (23,1 % pour une méthode quelconque et 20,1% une méthode moderne) ;



« **L'amélioration de la santé de la reproduction (SR), et la maternité sans risque, sont parmi les efforts accomplis pour aider les femmes à réaliser leur potentiel, non seulement en tant que mères, mais aussi en tant que membres actifs de la société** »

- Les facteurs qui mettent la vie des femmes en danger lors d'une grossesse ou d'un accouchement sont leur état sanitaire et nutritionnel, leur accès aux services de santé et l'utilisation de ceux-ci, eux-mêmes corollaires des us et coutumes en famille et des comportements communautaires vis-à-vis de la santé de la femme ;

- La santé maternelle reflète le niveau de justice sociale et de respect du droit des femmes dans une société ;

- L'amélioration de la santé de la reproduction (SR), y compris la maternité sans risque, sont parmi les efforts accomplis pour aider les femmes à réaliser leur potentiel, non seulement en tant que mères, mais aussi en tant que membres actifs de la société ;

- Le statut des filles et des femmes est l'élément sous-jacent aux facteurs qui compromettent l'existence de soins obstétricaux de qualité.

4.D. c) Rôle et responsabilités des acteurs

Bien qu'étant bénéficiaire de services que lui reconnaît le droit, la femme de par son statut et son niveau d'éducation ne dispose pas de la capacité d'accéder d'elle-même à l'exercice de ce droit. Cette incapacité fait de la réalisation de ce droit une obligation pour la famille, la communauté, l'Etat et la coopération internationale.

Compte tenu des opportunités mentionnées, le rôle de leadership de l'Etat doit s'exprimer en invitant l'ensemble de ses structures techniques ainsi que les autres acteurs à définir et à dégager les priorités dans la prise en charge des besoins spécifiques de la femme

Le rôle et les responsabilités des différents acteurs (l'Etat, la communauté, la famille, la société civile et le secteur privé) doivent faire l'objet d'actions de consolidation susceptibles d'être évaluées en fonction de l'évolution de la cible et de l'environnement.

4.D. d) Axes d'orientation

Le principe de la « précocité de la prise en charge de l'entrave à un droit » privilégiera :

- La mise en place d'un cadre cohérent et stratégique d'intervention incluant l'accélération des réformes (CSLP, famille, justice, éducation) et leur application effective en vue

d'une meilleure participation des femme aux espaces d'échanges, de décision et de production ;

- Le renforcement des compétences de planification, de gestion, de communication et de plaidoyer des structures publiques, des organisations de la société civile et des professionnels de la communication, comme préalable à une meilleure définition du problème et à sa résolution ;

- Une politique de scolarisation des filles et leur maintien dans le système éducatif ;

- Le renforcement des interventions en matière de changement des comportements, ce thème restant le maillon faible des approches actuelles ;

- Le renforcement de l'organisation de la SR pour une meilleure prise en charge des risques liés aux maternités tardives et des troubles liés à la ménopause.

Le principe de « tout ce qui précède dans le cycle de vie antérieur en termes de consolidation et de surveillance » privilégiera :

- La prise en charge de l'héritage des cycles antérieurs : consolidation des acquis ;

- L'amélioration du niveau de connaissances de l'ensemble des acteurs et le renforcement des capacités à susciter en toute connaissance de cause l'expression de l'offre et de la demande en vue d'une pleine participation des femmes ;

- L'efficacité et l'effectivité de mesures, comme un système de contrôle indépendant, la pertinence des interventions, la réalisation des objectifs, l'exploration approfondie du domaine, les modifications des comportements clés obtenues, devront reposer sur un système performant d'informations statistiques.

Synthèse Générale

La synthèse générale, proposée sous forme de tableau synoptique (tableau n° 18), se lit suivant deux axes.

- Horizontalement, elle informe sur les besoins et les problèmes de base spécifiques à une catégorie de droits. De plus, elle illustre les héritages et les tendances, qui constituent les déterminants principaux dans la réalisation des droits, et indique le niveau adéquat et actuel de l'intervention à l'encontre d'une entrave au droit.

- Verticalement, elle révèle l'unicité de la cible et l'hétérogénéité des besoins et des entraves inhérents à l'ensemble des catégories de droits couvrant cette cible. De plus, elle montre la diversité des intervenants en charge de la réalisation progressive des droits et fait ressortir la nécessité d'une convergence des efforts (intersectorialité et synergie) pour un exercice durable des droits.

1. Les entraves majeures

EDUCATION

L'examen des quatre cycles de vie considérées à la lumière des cinq catégories de droits a montré que la faible performance du système éducatif était le facteur déterminant dans l'ensemble des entraves observées : impact de l'éducation de la femme (fréquentation des services et accès aux soins pour l'enfant et elle même, éveil et stimulation des potentialités de l'enfant, réduction des mortalités, des morbidités), meilleur niveau d'instruction à l'origine de comportements et de pratiques favorables.

COMPORTEMENTS

Les comportements peu favorables à la réalisation progressive des droits ont été une constante. Ils sont le plus souvent liés à la culture, à la négligence ou à l'ignorance des besoins spécifiques des enfants et des femmes.

NUTRITION

Comme l'éducation et les comportements, le mauvais état nutritionnel a été un

déterminant constant des entraves aux droits pour les quatre tranches de vie étudiées. Les aspects comportementaux relatifs aux habitudes alimentaires et aux croyances et le faible niveau d'information et d'instruction contribuent largement à cet état.

INFECTIONS ET PALUDISME

L'insalubrité du milieu de vie, les comportements, le faible niveau d'information et d'instruction déterminent la persistance de facteurs défavorables aux conditions de vie des femmes et des enfants.

MUTATIONS GENITALES FEMININES

La persistance de la pratique des MGF est en grande partie due à l'inadéquation des approches jusqu'ici utilisées.

VIH/SIDA-TME

La timidité des résultats atteints s'explique en partie par l'absence de données actualisées et le peu de maîtrise des connaissances et pratiques de la part des populations.

MESURES SPÉCIALES DE PROTECTION

Elles découlent des entraves indiquées ci-dessus.

2. Principaux enseignements

- La prise en compte du droit ne peut être effective sans l'expression du leadership de l'Etat, qui doit inviter l'ensemble de ses structures techniques et les autres acteurs à définir et à dégager les priorités dans la prise en charge des besoins spécifiques de l'enfant.

- Bien qu'étant bénéficiaire de services que lui reconnaît le droit, l'enfant ne dispose pas de la capacité d'accéder de lui-même à son exercice. Cette incapacité liée à son statut de mineur fait obligation aux parents, aux autres membres de la famille, au tuteur, à la communauté, à l'Etat et à la coopération internationale, de favoriser la réalisation de ce droit et sa jouissance par l'enfant.

- L'unicité de la cible et la multiplicité des acteurs constituent le socle de la coordination ; l'efficacité de celle-ci réside dans une meilleure définition du problème, une organisation efficace des interventions, l'identification des acteurs pertinents, la reconnaissance de l'importance des ménages et la mise au point d'instruments de suivi ;

- La tradition de participation de l'enfant, caractéristique de la famille malienne, constitue un atout pour la valorisation et le développement des formes traditionnelles de préparation à la participation en vue d'atteindre le plus grand nombre d'enfants.

- La convergence de perception des Conventions internationales et des pratiques maliennes sur la nécessité d'assurer une protection adéquate de l'enfant contre les informations pernicieuses offre des perspectives pour l'organisation de l'accès à une information saine et diversifiée.

- Le progrès accompli dans la réduction de la mortalité néonatale est plus important que celui réalisé sur les taux de mortalité infantile et infanto-juvénile, en dépit de l'attention portée par les politiques à ces deux derniers stades. Ce constat met en lumière la nécessité d'un recentrage sur les premières semaines de vie de l'enfant.

- Le respect du droit de l'enfant à une identité (état civil) assuré très tôt permet de le protéger contre des situations dramatiques, à un coût très faible impliquant moins de départements ministériels (Santé et Administration territoriale) que lorsqu'il est mené tardivement à un coût nettement plus élevé du fait de l'implication d'autres structures, comme la justice (jugement supplétif, par exemple).

- L'investissement dans la jeune enfance doit être une priorité. Il permet aux familles de briser la chaîne de transmission de la pauvreté d'une génération à l'autre tout en évitant aux collectivités des charges ultérieures plus coûteuses et moins efficaces.

- Un système performant d'éducation s'est révélé une condition essentielle au développement des capacités de l'enfant, notamment de la fille, à participer aux espaces d'échanges et de formation. L'éducation de la femme est aussi un atout pour que l'enfant puisse accéder aux soins, pour son éveil et pour la stimulation de son potentiel.

- La méconnaissance, l'ignorance et le faible niveau d'instruction de la population, en particulier des mères, sont parmi les prin-

cipales causes des entraves faites aux droits de l'enfant, surtout lorsque les politiques menées et les mesures prises ne permettent pas aux femmes, aux familles et à la société civile de pouvoir discerner les signes d'un danger, de prendre conscience de la nécessité d'une action rapide et de savoir où s'adresser pour chercher de l'aide.

- Les séquelles de la mauvaise nutrition et la persistance des infections acquises pendant la jeune enfance entravent la fréquentation, la performance et l'apprentissage scolaires, le développement des capacités intellectuelles et, plus tard, la productivité des adultes.

- Les MGF, en particulier l'excision – forme typique et spécifique de la violence liée au genre qui atteint son paroxysme entre 0 et 8 ans –, constituent à la fois une violation des droits à la santé et au bien-être et des droits civils et libertés ; les victimes de l'excision sont dans l'ignorance totale de l'existence d'un problème sanitaire immédiat ou latent inhérent à cette pratique.

- La timidité des résultats atteints en matière de lutte contre le VIH/Sida s'explique en grande partie par l'absence de données désagrégées sur la transmission mère-enfant (périodes de risque, mécanismes de prévention et prise en charge) et sur les orphelins du Sida, à laquelle s'ajoutent des problèmes de prise en charge psychologique.

3. Principaux axes d'orientation

- La prise en compte du droit ne peut être effective sans l'expression du leadership de l'Etat, qui doit inviter l'ensemble de ses structures techniques et les autres acteurs à définir et à dégager les priorités dans la prise en charge des besoins spécifiques de l'enfance.

- Doivent être renforcées : les politiques, les stratégies et la législation (assise institutionnelle reposant sur les principes directeurs CDE, CADBE, CEDEF, et les autres instruments pertinents), conjointement à un approfondissement de la connaissance du domaine, à l'accélération des réformes et à leur application effective à travers le CSLP, en reconnaissant à la famille toute son importance. Ceci doit passer par :

- la prise en compte de priorités émergentes, comme le VIH/Sida, les résolutions de la session consacrée aux enfants, les nouvelles initiatives de développement, les orientations stratégiques des partenaires au développement,

- la disponibilité, l'accessibilité et l'utilisation des services,

- l'amélioration des capacités des ressources humaines (quantité, qualité, spécialité, gestion),

- l'amélioration des capacités de la société civile, des professionnels et des communautés,

- le respect des normes d'infrastructures, de la qualité des prestations, du fonctionnement des organes de gestion.

- Les fonctions d'orientation, de conseil et de responsabilité des parents, des familles ou de tout autre représentant légal de l'enfant doivent être renforcées. Ceci nécessite :

- l'adoption de mesures pour assurer la responsabilité des droits et des devoirs qu'ont les parents ou les représentants légaux,

- la compatibilité des conseils avec le développement des capacités de l'enfant,

- l'attention accordée par la loi à la responsabilité des parents, y compris celle commune du père et de la mère dans l'éducation et le développement de l'enfant,

- l'attention accordée aux principes directeurs CDE, CADBE, CEDEF et aux autres instruments pertinents,

- l'assistance appropriée aux parents et aux tuteurs dans l'exercice de leur responsabilité éducative, ainsi qu'aux institutions, services et établissements prévus pour les soins aux enfants,

- Les outils de gestion du changement doivent également être renforcés :

- compétences en matière de planification, de gestion, comme préalable à une meilleure définition du problème et à sa résolution,

- plaidoyer et communication pour la prise de décision et le changement des comportements,

- suivi/évaluation et contrôle de l'efficacité des mesures mises en place et des mécanismes indépendants de recours,

- approche communautaire pour une meilleure prise en charge des objectifs de développement à la base,

- développement de systèmes performants d'informations statistiques.



Tableau n° 18

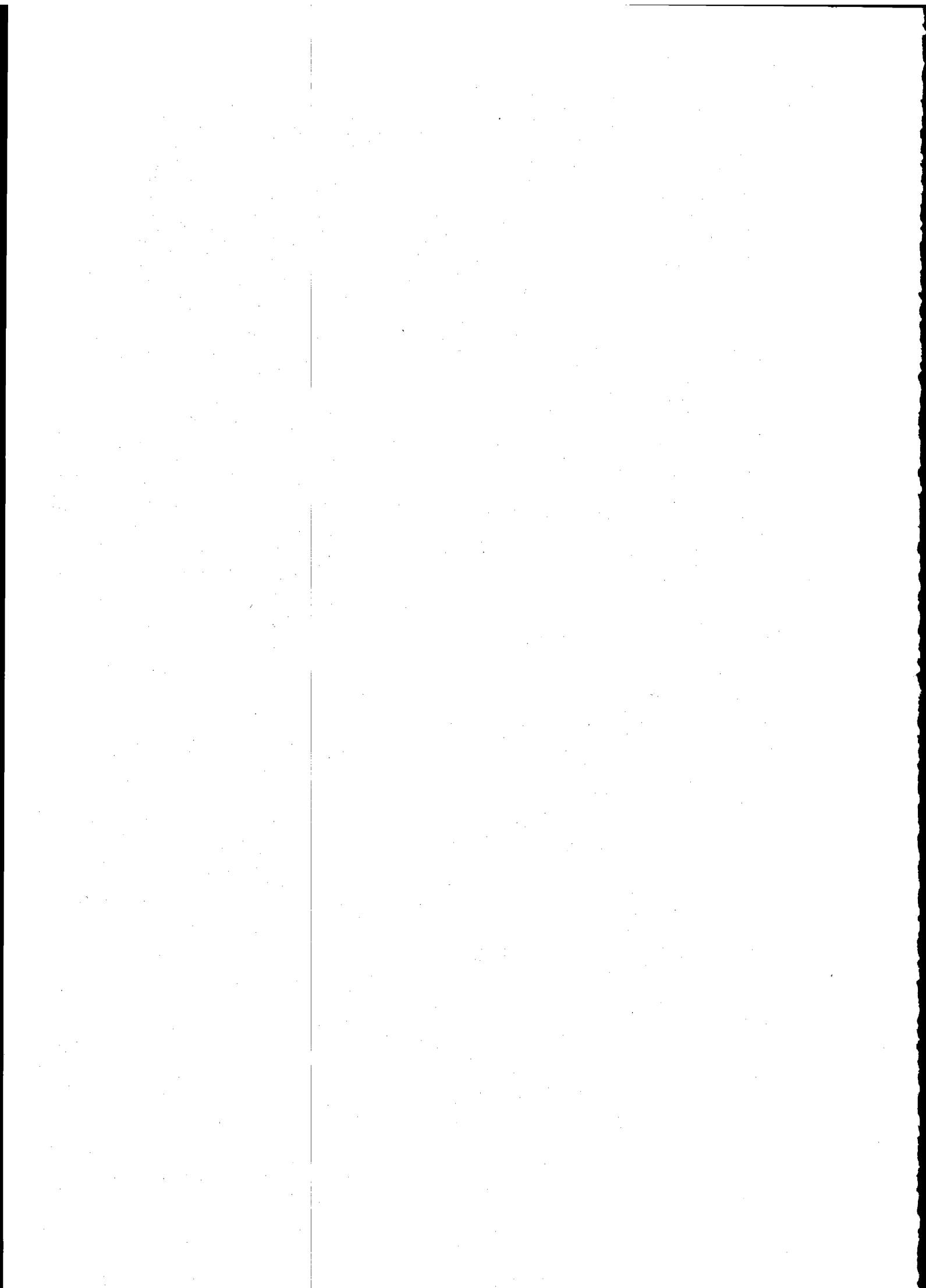
Synthèse de l'analyse de la situation des enfants et des femmes au Mali

	Jeune enfance	Enfance : Pré-adolescence	Adolescence	Femme 18 à 49 ans
Droit à la santé et au bien-être	Droits : besoins <ul style="list-style-type: none">• nutrition adéquate + AEP• hygiène et assainissement de base• soins de santé appropriés• soins spéciaux et rééducation des handicapés• solidarité sociale• environnement stimulant	Droits : besoins <ul style="list-style-type: none">• Tout ce qui précède pour la jeune enfance plus :• environnement stimulant• épanouissement de la personnalité et développement des dons et aptitudes mentales et physiques dans toute la mesure des potentialités• cadre de développement du potentiel participatif	Droits : besoins <ul style="list-style-type: none">• Tout ce qui précède pour la jeune enfance et l'enfance plus :• soins de santé appropriés, y compris la planification familiale et la lutte contre les pratiques néfastes• supplémentation en micronutriments : fer, y compris en postnatal• surveillance nutritionnelle• éducation à la vie familiale et en matière de population• information et offre de services de santé de la reproduction, y compris la prévention et la prise en charge IST- VIH/Sida et soins gynéco-obstétricaux (grossesse précoce)• vaccination (VAT)	Droits : besoins <ul style="list-style-type: none">• Tout ce qui précède pour les adolescents plus :• soins de santé appropriés, y compris la planification familiale et la lutte contre les pratiques néfastes• information et offre des services de santé de la reproduction, y compris la prévention et la prise en charge IST-VIH/SIDA• solidarité sociale• couverture du risque maternité• allègement des travaux domestiques• activités génératrices de revenus
	Problème central <ul style="list-style-type: none">• Prévalence d'un environnement hostile à la santé et au bien-être de l'enfant	Problème central <ul style="list-style-type: none">• Mauvais état sanitaire et de bien-être des enfants	Problème central <ul style="list-style-type: none">• Faiblesse de l'offre de services de santé de la reproduction	Problème central <ul style="list-style-type: none">• Précarité de l'état de santé et de bien-être de la femme
	Principaux déterminants <ul style="list-style-type: none">• faible application des politiques, des stratégies et des législations du secteur• pauvreté croissante• faible niveau de connaissance des besoins spécifiques• insuffisance de la couverture des besoins en eau potable• faible capacité pour assurer une alimentation adéquate• persistance des attitudes et pratiques néfastes à la santé• faible couverture sanitaire et sociale• faible qualité des soins• faible couverture sociale des groupes vulnérables• insalubrité du milieu de vie	Principaux déterminants <ul style="list-style-type: none">• faible application des politiques, des stratégies et des législations du secteur• pauvreté croissante• faible niveau de connaissance des besoins spécifiques• insuffisance de la couverture des besoins en eau potable• faible capacité pour assurer une alimentation adéquate• persistance des attitudes et pratiques néfastes à la santé• faible couverture sanitaire et sociale• faible qualité des soins• faible couverture sociale des groupes vulnérables• insuffisance de la prise en charge des besoins obstétricaux• faible capacité pour assurer une alimentation adéquate• insuffisance nutritionnelle et alimentaire• persistance des attitudes et pratiques néfastes à la santé et au bien-être• insuffisance de la prise en charge	Principaux déterminants <ul style="list-style-type: none">• faible application des politiques, des stratégies et des législations du secteur• pauvreté croissante• faible niveau de connaissance des besoins spécifiques• insuffisance de l'information relative à la santé de la reproduction et des IST-VIH/Sida• faible couverture sanitaire et sociale• faible qualité des soins• faible couverture sociale des groupe vulnérables• insuffisance de la prise en charge des besoins obstétricaux• faible capacité pour assurer une alimentation adéquate• insuffisance nutritionnelle et alimentaire• persistance des attitudes et pratiques néfastes à la santé et au bien-être	Principaux déterminants <ul style="list-style-type: none">• faible application des politiques, des stratégies et des législations du secteur• pauvreté croissante• faible niveau de connaissance des besoins spécifiques• insuffisance de l'information relative à la santé de la reproduction et des IST-VIH/Sida• faible couverture sanitaire et sociale• faible qualité des soins• faible couverture sociale des groupe vulnérables• insuffisance de la prise en charge des besoins obstétricaux• faible capacité pour assurer une alimentation adéquate• insuffisance nutritionnelle et alimentaire• persistance des attitudes et pratiques néfastes à la santé et au bien-être

Droit à l'éducation, aux loisirs et aux activités culturelles	Jeune enfance	Enfance : Pré-adolescence	Adolescence	Femme 18 à 49 ans
	Droits : besoins <ul style="list-style-type: none">• protection et stimulation du nourrisson• éveil pour la découverte d'un environnement sûr, du jeu et de la vie sociale• préparation à la vie scolaire• épanouissement de la personnalité et développement des dons et aptitudes mentales et physiques	Droits : besoins Tout ce qui précède pour la petite enfance plus : <ul style="list-style-type: none">• Acquisition des apprentissages fondamentaux :<ul style="list-style-type: none">- accès à un établissement d'enseignement fondamental (y compris medersa et institutions d'éducation spéciale), à un centre d'éducation pour le développement, à un centre d'alphabétisation et à un centre d'apprentissage notamment féminin, puis achèvement du premier cycle de l'enseignement fondamental et des autres cycles- apprentissages de qualité :<ul style="list-style-type: none">• fondamental : apprendre à compter, à lire et écrire ; se livrer aux activités de résolution de problèmes,• CED: expression orale et écrite en français et en langue nationale ; initiation au calcul ; formation pré-professionnelle,• centre d'alphabétisation et ou d'apprentissage féminin : expression orale en langue nationale ; apprentissage de techniques simples• Loisirs, jeux, activités sportives, culturelles et artistiques :<ul style="list-style-type: none">- musique, danse, cinéma, colonies de vacances, excursions, visite de musées et de sites historiques, lecture, poésie, etc.	Droits : besoins Tout ce qui précède pour la jeune enfance et l'enfance plus : <ul style="list-style-type: none">• Acquisition des compétences de vie :<ul style="list-style-type: none">- éducation à la vie familiale et en matière de population- soins de maternage- éducation à la santé- éducation environnementale- éducation à la culture de la paix et aux droits humains• Préparation à la vie active :<ul style="list-style-type: none">- accès à un établissement secondaire (général, technique et professionnel) et universitaire et achèvement des cycles respectifs- apprentissage de qualité préparant à la vie professionnelle selon le niveau d'instruction et la filière suivie- réinsertion sociale et économique des handicapés (formation technique et/ou professionnelle, promotion à l'emploi)	Droits : besoins Tout ce qui précède pour l'enfance et l'adolescence, plus : <ul style="list-style-type: none">• Acquisition des compétences de vie :<ul style="list-style-type: none">- éducation à la vie familiale et en matière de population- soins de maternage- éducation à la santé- éducation environnementale- éducation à la culture de la paix et aux droits humains• Préparation à la vie active :<ul style="list-style-type: none">- accès à un établissement secondaire (général, technique et professionnel) et universitaire et achèvement des cycles respectifs- apprentissage de qualité préparant à la vie professionnelle selon le niveau d'instruction et la filière suivie- réinsertion sociale et économique des handicapés (formation technique et/ou professionnelle, promotion à l'emploi)
	Problème central Faible protection et stimulation de la petite enfance	Problème central Faible performance de l'éducation de base	Problème central Faible préparation, en particulier de l'adolescente, à la vie active	Problème central Faibles accès et maintien de la femme au sein du système éducatif réduisant ses capacités à assumer ses responsabilités dans la société
	Principaux déterminants <ul style="list-style-type: none">• faible application des politiques, des stratégies et des législations du secteur• pauvreté croissante• faible niveau de connaissance des besoins spécifiques• faible couverture des besoins éducatifs• faible qualité de l'éducation• faible couverture des groupes vulnérables• environnement peu stimulant et peu protecteur	Principaux déterminants <ul style="list-style-type: none">• faible application des politiques, des stratégies et des législations du secteur• pauvreté croissante• faible niveau de connaissance des besoins spécifiques• faible couverture des besoins éducatifs• faible qualité de l'éducation• faible couverture des groupes vulnérables• environnement peu stimulant et peu protecteur• faiblesse dans la prise en charge	Principaux déterminants <ul style="list-style-type: none">• faible application des politiques, des stratégies et des législations du secteur• pauvreté croissante• faible niveau de connaissance des besoins spécifiques• faible couverture des besoins éducatifs• faible qualité de l'éducation• faible couverture des groupes vulnérables• environnement peu stimulant et peu protecteur• faiblesse dans la prise en charge	Principaux déterminants <ul style="list-style-type: none">• faible application des politiques, des stratégies et des législations du secteur• pauvreté croissante• faible niveau de connaissance des besoins spécifiques• faible couverture des besoins éducatifs• faible qualité de l'éducation• faible couverture des groupes vulnérables• environnement peu stimulant et peu protecteur• faiblesse dans la prise en charge

	Jeune enfance	Enfance : Pré-adolescence	Adolescence	Femme 18 à 49 ans
Droits civils et libertés	Droits : besoins <ul style="list-style-type: none">• un nom, une nationalité et la protection de son identité• liberté d'expression, de pensée, de conscience, de religion, d'association, de réunion pacifique et de recevoir des informations de sources diverses• protection contre la torture, les traitements cruels inhumains, dégradants• droit à la reconnaissance des mêmes droits aux hommes et aux femmes en matière de droits de la famille Problème central Divergence de perception des droits de l'enfant dans nos différents milieux culturels	Droits : besoins Tout ce qui précède pour le jeune enfant plus : <ul style="list-style-type: none">• liberté d'association, de réunion pacifique et de recevoir des informations de sources diverses conformément à l'article 5 de la CDE et de l'article 7 de la CEDEF• connaissance des textes nationaux et internationaux	Droits : besoins Essentiellement la consolidation de tout ce qui précède	Droits : besoins <ul style="list-style-type: none">• protection des femmes au travail et au foyer, y compris la fourniture de prestations sociales et de services d'appui nécessaires• reconnaissance des mêmes droits aux hommes et aux femmes en matière de droit de la famille (mariage, tutelle, parenté)• protection contre toute forme de discrimination (éducation, formation, facteurs de production) Problème central Faible niveau de participation des femmes aux espaces d'échanges, de décision et de production
	Principaux déterminants <ul style="list-style-type: none">• faible application des politiques, des stratégies et des législations du secteur• pauvreté croissante• faible niveau de connaissance des besoins spécifiques• faible couverture des besoins en matière de droits civils et libertés• faible capacité dans l'encadrement du milieu de vie• insuffisance de la prise en charge• environnement culturel peu favorable	Principaux déterminants <ul style="list-style-type: none">• faible application des politiques, des stratégies et des législations du secteur• pauvreté croissante• faible niveau de connaissance des besoins spécifiques• faible couverture des besoins en matière de droits civils et libertés• faible capacité dans l'encadrement du milieu de vie• insuffisance de la prise en charge• environnement culturel peu favorable		Principaux déterminants <ul style="list-style-type: none">• faible application des politiques, des stratégies et des législations du secteur• pauvreté croissante• faible niveau de connaissance des besoins spécifiques• environnement culturel peu favorable• faible couverture des besoins• faible capacité dans l'encadrement du milieu de vie• insuffisance de la prise en charge
Droit des enfants et de leur famille	Droits : besoins <ul style="list-style-type: none">• vivre avec ses parents et entretenir des contacts réguliers avec ses deux parents biologiques s'ils sont séparés, quel que soit leur lieu de résidence et être protégé contre les gardes abusives et les enlèvements• protection de remplacement si l'enfant est privé de son milieu familial (placement, adoption) et en cas d'enlèvement• protection contre des parents ou toute autre personne à qui il est confié et qui le maltraitent ou le négligent• examen périodique de toute forme de placement à des fins de soins, de protection ou de traitement• engagement de l'État à aider sa famille afin d'assurer le développement de ses capacités dans l'esprit de l'article 5 de la CDE et l'article 14 de la CEDEF	Droits : besoins <ul style="list-style-type: none">• vivre avec ses parents et entretenir des contacts réguliers avec ses deux parents biologiques s'ils sont séparés, quel que soit leur lieu de résidence, et être protégé contre les gardes abusives et les enlèvements• protection de remplacement si l'enfant est privé de son milieu familial (placement, adoption) et en cas d'enlèvement• protection contre des parents ou toute autre personne à qui il est confié et qui le maltraitent ou le négligent• examen périodique de toute forme de placement à des fins de soins, de protection ou de traitement• engagement de l'État à aider la famille afin d'assurer le développement des capacités de l'enfant dans l'esprit de l'article 5 de la CDE et l'article 14 de la CEDEF	Droits : besoins Essentiellement la consolidation de tout ce qui précède	Droits : besoins Essentiellement la consolidation de tout ce qui précède

	Jeune enfance	Enfance : Pré-adolescence	Adolescence	Femme 18 à 49 ans
Droit des enfants et de leur famille (suite)	Problème central Déficit de l'éducation familiale nécessaire à l'épanouissement harmonieux de la personnalité de l'enfant.	Problème central Exclusion de l'enfant de la recherche de solutions aux problèmes le concernant		
	Principaux déterminants <ul style="list-style-type: none">• faible application des politiques, des stratégies et des législations du secteur• pauvreté croissante• faible niveau de connaissance des besoins spécifiques• faible couverture des besoins en matière de droits des enfants et de leur famille• faible capacité d'encadrement du milieu de vie• insuffisance de la prise en charge• environnement culturel peu favorable	Principaux déterminants <ul style="list-style-type: none">• faible application des politiques, des stratégies et des législations du secteur• pauvreté croissante• faible niveau de connaissance des besoins spécifiques• environnement culturel peu favorable• faible couverture des besoins en matière de droits des enfants et de leur famille• faible capacité d'encadrement du milieu de vie• insuffisance de la prise en charge		
Droit à une protection spéciale	Droits : besoins Essentiellement la consolidation de tout ce qui précède dans les droits des enfants et de leur famille	Droits : besoins Tout ce qui précède pour le jeune enfant plus : <ul style="list-style-type: none">• protection contre les arrestations illégales, la privation injustifiée de liberté et lorsqu'il est en conflit avec la loi• protection dans les situations d'urgence (conflits armés, catastrophe naturelle, troubles sociaux), populations déplacées, refoulées ou réfugiées, et lorsque l'enfant est séparé de sa famille ou de son domicile• protection contre les situations d'exploitation, telles que le travail des enfants, l'abus (consommation, vente, etc.) de drogues et de stupéfiants, l'exploitation et la violence sexuelles, la vente, le trafic, la traite et l'enlèvement	Droits : besoins Essentiellement la consolidation de tout ce qui précède	Droits : besoins Essentiellement la consolidation de tout ce qui précède
		Problème central Prévalence du phénomène d'enfants ayant besoin de mesures spéciales de protection		
			Principaux déterminants <ul style="list-style-type: none">• faible application des politiques, des stratégies et des législations du secteur• pauvreté croissante• faible niveau de connaissance des besoins spécifiques• environnement culturel peu favorable• faible couverture des besoins• faible capacité d'encadrement du milieu de vie• insuffisance dans la prise en charge	



Annexes

Références bibliographiques

- *Aide, Endettement et Pauvreté*, ODHD, déc. 2000
- *Analyse de situation des enfants en besoin de protection spéciale dans la commune de Kayes*, DRAS Kayes, juin 1999
- *Analyse de situation des enfants en besoin de protection spéciale dans la commune de Ségou*, DRAS Ségou, juin 1999
- *Analyse de situation des enfants et des femmes au Mali*, MALI/UNICEF, 1997
- *Annuaire des statistiques scolaires de l'enseignement 1998-1999*, Ministère de l'Education/Cellule de planification et statistiques, déc 2000
- *Annuaire statistique du marché de l'emploi*, Observatoire de l'emploi et formation, 2000
- *Bilan commun de pays*, Mali, 2001, Système des Nations Unies/République du Mali, 2002
- *Burkina Faso : Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté*, Ministère de l'Economie et des Finances, 2002
- *Carte sanitaire du Mali*, Ministère de la Santé-CPS, 1999
- *Fréquentation scolaire au premier cycle de l'enseignement fondamental au Mali*, Ministère de l'Education de Base/University of Sussex, juin 1999
- *Comptes économiques du Mali révisés de 81 à 97*, compte prov. de 98 ; comptes prév. 99, DNSI, avr 1999
- *Concertations régionales sur le code de la famille (propositions)*, MPFEF, juin 1999
- *Coût et financement du système de santé de cercle au Mali*, ADRSSS et IMT, 1997
- *Croissance et Pauvreté*, ODHD, BM, PNUD, MEPI, 1999
- *Discussion Paper for Partners on Promoting Strategic Adolescent Participation*, Rakesh R. Rajani, mai 2000
- *Droits des femmes et des filles n° 1*, Programme Division UNICEF, mai 2000
- *Droits des femmes et des filles n° 2*, Programme Division UNICEF, mai 2000
- *Ecoles et mendicité des élèves coraniques dans le district de Bamako*, Mali-Enjeu, nov 1999
- *Education for All : Policy Lessons from High-Achieving Countries*, Santosh Mehrotra, 1998
- *Enfants et Femmes du Burkina Faso : Défi et Espoir*, Ministère de l'Economie et des Finances - UNICEF, janv. 2000
- *Enfants et Femmes, Avenir du Benin*, Ministère du Plan Benin, juin 1998
- *Enquête démographique et de santé 1995-1996*, CPS-Santé, DNSI, DHS, déc. 1996
- *Enquête démographique et de santé 2001-Résultats préliminaires*, CPS-Santé, DNSI, DHS, août 2001
- *Enquête multicentrique sur morbidité maternelle grave en Afrique de l'ouest : rapport*
- *Enquête prospective sur le trafic des enfants entre le Mali et la Côte d'Ivoire*, MPFEF, mars 2000
- *Etude sur le développement de la petite enfance au Mali*, Min. Education/Direction nationale Ed.prés.& spéciale, déc 2000
- *Etude sur les conséquences de la création collectivités territoriales sur secteur santé*, Ministère Santé-Diango Cissoko, juil. 2000
- *Etude sur les habitudes et pratiques concernant les jeunes enfants dans la bande sahélienne au Mali*, UNICEF/DNEPS, sept 1994

- *Etude-évaluation de l'appui aux filles migrantes et élaboration d'une stratégie d'approche*, PNUD/BIT Programme d'appui à la promotion des femmes, fév. 1999
- *Etudes socio-économiques, Employées de maison*, Mali-Enjeu, nov. 1999
- *Evaluation des activités des centres d'alphabétisation du Programme de Protection spéciale Mali - Unicef*, Dr Sekou Oumar Diarra, juil. 2000
- *Evaluation des centres d'écoute*, Dr Moussa Sissoko, juil. 2000
- *Faits et chiffres – Ouvrir la porte au progrès*, UNICEF, 2000
- *Health Implications of Economic Policies. A framework of Analysis*, Sudhir Anand, Lincoln Chen
- *La lutte contre la pauvreté commence par les enfants*, UNICEF, mars 2000
- *La réduction de la pauvreté commence par les enfants*, UNICEF YAOUNDE
- *La situation de la femme malienne*, APDF, mars 2000
- *La situation des filles domestiques à Sévaré et Mopti*, Brigitte de Lay (SCF UK/UNICEF), avr 1999
- *Le défi des enfants. Protégeons l'avenir, vaccinons tous les enfants*, GAVI, 2001
- *Leçons apprises sur les leçons apprises*, Ndolamb NGOKWEY, oct.2000
- *Les droits des mineures en matière de santé reproductive au Mali (rapport alternatif devant le Comité des droits de l'enfant)*, AJM, sept 1999
- *Lignes directrices sur l'approche de la programmation basée sur les droits de l'Homme*, CF/EXD/1988-04, avril 1998
- *Macroeconomics and Data on Children*, John Micklewright, janv 2000
- *Managing Teacher Cost for Access and Quality*, Santosh Mehrotra, Peter Buckland
- *Manuel d'application de la CDE*, UNICEF, juillet 1999
- *Manuel des politiques et procédures de programmation*, UNICEF, déc 1999
- *Monitoring Progress Towards Good Governance : Proposed Indicators for the African Governance Report*, Commission économique pour l'Afrique
- *Participation et développement des droits des adolescentes*, La situation du Mali, UNICEF/PNUD/FNUAP/MPFEF, mars 2000
- *Petite enfance : Résumé officiel – Situation des enfants dans le monde 2001*, UNICEF, 2001
- *Poverty in the Developing Countries : its Statistical Dimension*, Thierry Paccoud, janv. 1998
- *Poverty Reduction Strategy Papers - Operational Issues*, Staffs of the IMF and the WB, déc. 1999
- *Préliminaire du Mali*, Ministère de la Santé-DSFC, mai 1994
- *Préparatifs de 2001 - La Session extraordinaire des N-U sur les enfants et Mouvement mondial*
- *Programme décennal de développement de l'éducation (les grandes orientations de la politique éducative)*, PRODEC, mai-98
- *Programmer pour une maternité sans risque*, UNICEF, 1999
- *Projet d'appui à la mobilisation des recettes intérieures (PAMORI)*, ACDI, janv. 1999
- *Qualité de la prescription et de la dispensation des médicaments au Mali – Rapport d'enquête*
- *Rapport sur la situation des enfants au Mali*, Mali/UNICEF, mai 2000
- *Rapport d'activité 1999 du PRODESS*, Ministère de la Santé-CPS, janv. 2000
- *Rapport d'activité 2000 du PRODESS*, Ministère de la Santé-CPS, janv. 2001

- *Rapport d'activité Direction Santé publique 2000*, Ministère de la Santé-DNS, janv. 2001
- *Rapport d'évaluation des programmes scolaires du premier cycle de l'enseignement fondamental du Mali*, Ministère de l'Education de base, Institut Pédagogique National, sept. 2000
- *Rapport final de l'étude sur le trafic trans-frontalier d'enfants entre le Mali et la Côte d'Ivoire*, MPFEF et UNICEF, janv. 2000
- *Rapport national sur le suivi du Sommet mondial pour les enfants*, Mali/UNICEF, déc. 2000
- *Rapport sur la revue de la mise en œuvre de l'IB en Afrique*, UNICEF/OMS/MALI, mars 1999
- *Rapport sur la situation des enfants au Mali/Synthèse*, Min.Prom., Femme, Enfant et Famille, mai 2000
- *Revue des Dépenses publiques exercice 1999*, Direction nationale du Budget, 1999
- *Enquête malienne d'évaluation de la pauvreté, Module QUID, Résultats définitifs*, Direction nationale de la Statistique et de l'Informatique, 2001
- *Situation de l'éducation*, Secrétariat Général, avril 2000
- *Situation des femmes au Mali cinq ans après la Conférence mondiale de Beijing*, MPFEF, juin 2000
- *Suivi de l'initiative 20 %-20 %*, MALI/UNICEF/PNUD/FNUAP, 1998
- *Tableau de bord du système éducatif du Mali*, Min.Ed.Base/Cel.planific.& statistique, avr. 1999
- *The Zimbabwe Mother-to-Child HIV Transmission Prevention/Situation Analysis*, Zimbabwe, Ministry of Health & Child Welfare, mars 1998
- *Troisième conférence des Nations-Unies sur les pays les moins avancés: Plan du Mali*, UNCLDC/III/2, avr. 2000
- *Un monde digne des enfants*, Comité préparatoire Session extraordinaire, mars 2001
- *UNICEF and the CCA/UNDAF Process in Burkina Faso*, UNICEF ET CCA Burkina Faso, nov. 2000
- *Vers un nouvel agenda mondial en faveur des enfants du XXIe siècle : Apprentissage n° 3*, Programme Division UNICEF, mai 2000
- *Vers un nouvel agenda mondial en faveur des enfants du XXIe siècle : Apprentissage n° 4*, Programme Division UNICEF, mai 2000
- *Vers un nouvel agenda mondial en faveur des enfants du XXIe siècle : Égalité des sexes*
- *Enquête CAP sur la santé reproductive des jeunes et le dépistage volontaire* – Population Services International (PSI Mali) août 2001
- *Enquête CAP auprès des groupes à risque*, PSI Mali, août 2001
- *Enquête qualitative pour la mise en place du centre de conseil et dépistage volontaire et la santé reproductive des jeunes au Mali*, PSI Mali, mai 2001
- *Enquête intégrée sur la prévalence des IST-VIH et le comportement auprès des groupes vulnérables* – ISBS/PNLS/CDC/INRSP

Notes

1. Rapport national sur le développement humain durable - ODHD, Mali 2000.
 2. D'après les résultats de l'EDS II.
 3. Estimation sur la période 1989-1996.
 4. Estimation sur la période 1991-1996.
 5. Source : principaux résultats, RPGH 98, janvier 2001.
 6. Charte africaine des droits et du bien-être des enfants, CADBE.
 7. Orientation parentale, responsabilités parentales, recouvrement de la pension alimentaire de l'enfant, réadaptation physique et psychologique, et réinsertion sociale, droits du mariage, de la succession et de la parenté.
 8. Séparation d'avec les parents, réunification familiale, déplacements et non-retours illégitimes, recouvrement de la pension alimentaire de l'enfant, enfants privés de leur milieu familial, adoption, examen périodique du placement, abandon ou négligence.
 9. Enfants réfugiés en situation d'urgence, en situation de conflit avec la loi, en situation d'exploitation et enfants appartenant à une minorité ou à un groupe autochtone.
 10. Source : DNSI, Enquête malienne d'évaluation de la pauvreté, septembre 2001.
 11. Source : Genre et fréquentation scolaire au premier cycle de l'enseignement fondamental au Mali, juin 1999.
 12. Source : Programme pour une maternité sans risque, Unicef, 1999.
 13. Source : Genre et fréquentation scolaire au premier cycle de l'enseignement fondamental au Mali, juin 1999.
 14. Annexe : liste des ONG, associations et structures.
 15. Source : Enquête prospective sur le trafic transfrontalier d'enfants entre le Mali et la Côte d'Ivoire, mars 2000.
 16. Source : rapport d'évaluation du PAN 1992-2000, juillet 2001.
 17. Source : Rapport national sur la situation des femmes au Mali, cinq ans après Beijing, juin 2000.
 18. Source : Rapport sur la situation des enfants au Mali, mai 2000.
 19. Source : Plan de stratégie et Plan d'action pour la promotion de la femme, de l'enfant et de la famille, version non validée, juin 2000.
-

