

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple - Un But - Une Foi

PRIMA TURE

MINISTRE DELEGUE
AUPRES DU PREMIER
MINISTRE
CHARGE DU PLAN

CELLULE NATIONALE
DE COORDINATION
DES PROGRAMMES DE
POPULATION

POLITIQUE NATIONALE DE POPULATION REVISION 1

30 Avril 2003

Dikoroé Fara Bamako BP : E 791 Tel : 222-82-00 Fax : 223-51-07
Email : cellule_nacopp@unhagga.com.ml

LISTE DES ABREVIATIONS

BCG	Bacille de Calmette et de Guérin
CAF	Centre d'Alphabétisation Fonctionnelle
CCC	Communication pour un Changement de Comportement
CED	Centre d'Education pour le Développement
CENACOPP	Cellule Nationale de Coordination des Programmes de Population
CERPOD	Centre de Recherche en Population et Développement
CFA	Communauté Francophone d'Afrique
CLSS	Comité Inter-Etats de Lutte contre la Sécheresse dans le Sahel
CIPD	Conférence Internationale sur la Population et le Développement
CPN	Consultation Périnatale
CPS	Cellule de Planification et de Statistique
CPS-MS	Cellule de Planification et de Statistique du Ministère de la Santé
CSAR	Centre de Santé d'Arrondissement Revitalisé
CSCOM	Centre de Santé Communautaire
CSLP	Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté
DBC	Distribution à Base Communautaire
DNSI	Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique
DTC3	Diplômée Tétanos et Coqueluche 3
FDS	Enquête Démographique et de Santé
EDSM II	Enquête Démographique et de Santé, Mali II
EDSM III	Enquête Démographique et de Santé, Mali III

V. FINANCEMENT

Le ministère en charge de la coordination des programmes de Population prendra les mesures requises en vue de faciliter l'exécution des Programmes Prioritaires d'Investissements en matière de Population (PPIP), notamment par :

- l'identification et l'évaluation correcte des besoins de financement ;
- une plus grande implication du financement intérieur (Etat et Collectivités) dans la réalisation des programmes de population,
- le plaidoyer auprès des autorités politiques et administratives, de la société civile et des partenaires au développement pour leur engagement matériel et financier,
- la mise en place d'un fonds d'appui à la mise en œuvre et à la coordination de la PNP.

EMCES	Enquête Malienne de Conjoncture Economique et Sociale
EMEP	Enquête Malienne d'Evaluation de la Pauvreté
FAO	Food and Agriculture Organisation
FMPOS	Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie
IEC	Information Education et Communication
IRA	Infection Respiratoire Aiguë
ISF	Indice Synthétique de Fécondité
IST	Infection Sexuellement Transmissible
MDR	Ministère du Développement Rural
MEF	Ministère de l'Economie et des Finances
MEPI	Ministère de l'Economie, du Plan et de l'Intégration
MPFEF	Ministère de la Promotion de la Femme de l'Enfant et de la Famille
MS-SG-DNS	Ministère de la Santé - Secrétariat Général - Direction Nationale de la Santé
ODHD	Observatoire du Développement Humain Durable
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PAGEM	Programme d'Accompagnement pour la Généralisation de l'Education environnementale au Mali
PDDSS	Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social
PNA/ERP	Programme National d'Action pour l'Emploi en vue de Réduire la Pauvreté
PNAE	Programme National d'Action Environnementale
PNP	Politique Nationale de Population

PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PPP	Programme Prioritaire d'Investissements en matière de Population
PRODEC	Programme Décennal de Développement de l'Education
PRODEJ	Programme Décennal de Développement de la Justice
PRODESS	Programme de Développement Sanitaire et Social
PSI	Population Services International
PSSP	Politique Sectorielle de Santé et de Population
REMI/AO	Réseau Migration et Urbanisation en Afrique de l'Ouest
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
SIDA	Syndrome de l'Immuno-Déficience Acquise
SLIS	Système Local d'Information Sanitaire
SNLP	Stratégie Nationale de Lutte contre la Pauvreté
TBN	Taux Brut de Natalité
TGF	Taux Général de Fécondité
UNESCO	United Nations Education, Science and Culture Organisation
VIH	Virus de l'Immuno-déficience Humaine

la prise de mesures requises en vue de l'exécution des programmes d'investissement en matière de Population.

Au niveau sectoriel, chaque ministère assure le suivi et l'évaluation périodique des programmes dont il a en charge l'exécution.

Au niveau régional, des antennes régionales de la CENACOP, participeront à l'élaboration des programmes régionaux de Population et veilleront à leur coordination, à leur suivi et à leur évaluation.

La coordination s'effectuera suivant un mécanisme formel défini et accepté par les différents intervenants aux niveaux central et régional.

4.3. Organes et structures d'exécution

Au niveau sectoriel, les organes et structures des différents départements ministériels sont chargés de réaliser les activités de Population dans leurs domaines de compétence.

Les organes régionaux et locaux ainsi que les associations, les Organisations Non Gouvernementales, les collectivités locales et le secteur privé contribuent, aux côtés du Gouvernement, à la prise en compte, dans leurs programmes respectifs, des objectifs de la Politique Nationale de Population.

4.4. Organes et structures de coordination, suivi et évaluation

Au niveau national, la Cellule Nationale de Coordination des Programmes de Population (CENACOPP) est chargée de la coordination intersectorielle. A cet effet, en relation avec les structures et organisations centrales, elle assurera la coordination, le suivi ainsi que l'évaluation périodique de la mise en œuvre de la Politique Nationale de Population à travers sa Direction. Elle doit en outre participer à l'élaboration des programmes de Population ou à composante Population aux niveaux national et sectoriel.

La CENACOPP est chargée de rendre périodiquement compte au Gouvernement à travers son Conseil Consultatif de la mise en œuvre de la Politique Nationale de Population.

La multisectorialité de la Politique Nationale de Population est consacrée aujourd'hui par la volonté des Autorités de rattacher la CENACOPP à la Primature. Une situation qui, non seulement facilitera la coordination des programmes et projets sectoriels par la CENACOPP, mais doit aussi faciliter

TABLÉ DES MATIÈRES

PREAMBULE	8
1. SITUATION EN MATIÈRE DE POPULATION ET DEVELOPPEMENT	9
1.1. Contexte	9
1.2. Situation et tendances démographiques	12
1.2.1. Structure par âge et par sexe	12
1.2.2. Nuptialité	12
1.2.3. Natalité et Fécondité	14
1.2.4. Morbidité et Mortalité	15
1.2.4.1 Morbidité	15
1.2.4.2 Mortalité	16
1.2.5. Migrations internes et urbanisation	17
1.2.6. Migrations internationales	18
1.3. Croissance démographique et développement socio-économique	20
1.3.1. Population et famille	20
1.3.2. Population et santé	21
1.3.3. Population, éducation et Formation	22
1.3.4. Population et environnement	24
1.3.5. Population et nutrition	25
1.3.6. Population et emploi	26
1.3.7. Population et pauvreté	27
1.4. Capacités institutionnelles de planification et de gestion de la politique et des programmes de population	29
1.4.1. Le gouvernement	29
1.4.2. Les organes de planification et de suivi	30

1.4.3. Les organes d'exécution	30
1.4.4. Les organes de programmation et de coordination	31

II. PROBLÈMES DE POPULATION 32

2.1. Problèmes généraux	32
2.2. Problèmes spécifiques identifiés par problème général	33

III. POLITIQUE NATIONALE DE POPULATION 36

3.1. Fondements et principes de base	36
3.1.1. Fondements	36
3.1.1.1. Au Plan national	36
3.1.1.2. Au Plan international	37
3.1.2. Principes	38
3.2. Objectifs prioritaires nationaux	39
3.2.1. But	39
3.2.2. Objectifs généraux	40
3.2.3. Objectifs intermédiaires par objectif général	41
3.3. Axes stratégiques nationaux	45
Éducation et Formation	45
Santé	46
Maintien de la croissance démographique	50
Genre-Population et Développement	52
Capacités institutionnelles de gestion	55
Décentralisation de la mise en œuvre de la Politique nationale de Population	57
Distribution spatiale de la population	58
Migrations internationales	60
Population et environnement	62

IV. CADRE INSTITUTIONNEL ET ORGANISATIONNEL

Étant donné la multisectorialité et la complexité des problèmes de population, la mise en œuvre de la Politique Nationale de Population fera intervenir de façon concertée le Gouvernement, les collectivités territoriales, la société civile et les partenaires au développement.

Le Gouvernement a mis en place des organes et des structures de programmation, d'exécution, de coordination et de suivi-évaluation tant au niveau national que régional.

4.1. Organe d'orientation

Le Conseil Consultatif de la CTNACOPP donne son avis et formule, à l'intention des pouvoirs publics des suggestions en ce qui concerne :

- les programmes de coopération qui tiennent compte des priorités définies dans le cadre du Programme National d'Actions en matière de Population ;
- la situation démographique du pays et de ses différentes régions ;
- l'état de la mise en œuvre de la politique de Population et les besoins à satisfaire dans ce domaine.

4.2. Organes et structures de programmation

Le département ministériel chargé de la coordination de la mise en œuvre de la Politique Nationale de Population, veillera, en relation avec les autres, à la prise en compte des éléments de la Politique Nationale de Population dans les programmes de développement.

3.4. Stratégies régionales

Les objectifs et les stratégies retenus au niveau national doivent servir d'orientation au niveau régional. Les problèmes démographiques sont différents d'une région à l'autre ; il devient donc nécessaire, au niveau de chaque région, de prendre en compte les différentes spécificités.

L'approche régionale des problèmes de population du Mali devient nécessaire dans l'élaboration et la mise en œuvre des programmes qui seront issus de cette politique.

Promotion de la Politique Nationale de Population	64
3.4. Stratégies régionales	65
IV. CADRE INSTITUTIONNEL ET ORGANISATIONNEL	67
4.1 Organes d'Orientation	67
4.2 Organes et structures de programmation	67
4.3 Organes et structures d'exécution	68
4.4 Organes et structures de coordination, suivi et évaluation	68
V. FINANCEMENT	70

PREAMBULE

La Politique Nationale de Population du Mali, adoptée en 1991, a été évaluée en 2001. Des insuffisances ont été constatées dans sa formulation et sa mise en œuvre. Des préoccupations nouvelles dans le domaine de Population sont apparues depuis son adoption, des problèmes émergents de Population ont été relevés. La présente révision de la Politique a pour objet de trouver une solution à cette situation.

Le Gouvernement de la République du Mali :

1. conscient de l'importance et de la complexité des problèmes de population que connaît le pays,
2. conscient de la diversité culturelle et linguistique de la communauté nationale,
3. respectueux des traditions, des mœurs et des religions du peuple malien,
4. convaincu du rôle primordial que joue l'Homme dans le processus de développement dont il est le principal bénéficiaire,

5. reconnaissant les droits fondamentaux de chaque individu de décider librement et en toute connaissance de cause, du nombre de ses enfants et de l'espacement de leurs naissances,

6. considérant les engagements pris lors des conférences et fora internationaux sur les questions de Population et Développement,

adopte la présente Politique Nationale de Population en vue de contribuer à «l'amélioration du niveau et de la qualité de vie des populations», objectif fondamental du développement durable du pays.

changements souhaités dans le cadre de l'adhésion aux objectifs de la PNP.

Objectif Général 10 : Susciter l'adhésion des populations, l'engagement des décideurs et des partenaires aux objectifs de la Politique Nationale de Population

Objectif intermédiaire 10.1 : Promouvoir la mobilisation sociale autour des objectifs de la PNP

Axes Stratégiques : i) renforcement de l'IEC/CCC sur les questions de Population auprès des communautés ; ii) appui à la formation en communication dans le domaine Population et Développement ; iii) renforcement de l'Éducation à la vie familiale et en matière de Population ; iv) promotion d'une large diffusion du contenu de la Politique Nationale de Population ;

Objectif intermédiaire 10.2 : Promouvoir l'engagement des décideurs et des partenaires au développement en faveur des objectifs de la Politique Nationale de Population

Axes Stratégiques : i) diffusion du contenu de la Politique Nationale de Population auprès des décideurs et partenaires au développement ; ii) plaidoyer pour une participation plus accrue du gouvernement et des partenaires au développement au financement de la mise en œuvre de la PNP.

PROMOTION DE LA POLITIQUE NATIONALE DE POPULATION (PNP)

Problématique

L'un des maillons faibles du premier document de Politique Nationale de Population (PNP) a été le déficit de communication constaté aux niveaux des populations et des décideurs politiques.

L'JEC/CCC nécessaire à l'accroissement de la prise de conscience des populations pour un changement d'attitudes et de comportement en matière de Population n'a pas été menée de façon coordonnée. Elle n'a pas été suffisamment portée aux communautés d'une part et les relais sociaux utilisés n'ont pas été efficaces d'autre part. Cette situation a entraîné une faible implication des populations dans la mise en œuvre de la Politique Nationale de Population.

Les actions de plaidoyer pour l'engagement des décideurs et des partenaires techniques et financiers en faveur de la Politique Nationale de Population n'ont pas donné les résultats escomptés.

La Politique Nationale de Communication pour le Développement (PNCD), qui visait à trouver une solution aux préoccupations et aux attentes locales en matière de communication pour stimuler la participation des populations aux activités de développement, n'est jusque-là pas encore adoptée par le Gouvernement.

La libéralisation des ondes de radiodiffusion et de télévision à travers l'élargissement de l'espace des libertés au Mali a contribué pour beaucoup à instaurer la concertation et le dialogue social entre les parties prenantes autour des questions de Population sans toutefois apporter les

L.SITUATION EN MATIERE DE POPULATION ET DEVELOPPEMENT

1.1. Contexte

Pays de vieilles civilisations, on ne saurait aborder les problèmes de population du Mali sans faire référence à l'histoire, à la culture et aux conditions écologiques qui déterminent un certain nombre d'attitudes et de comportements des populations.

Couvrant une superficie de 1.241.238 km² dont près des 2/3 sont désertiques, le Mali avait une population de 9.810.912 habitants en 1998 selon le Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) de 1998 dont plus de 55% avait moins de 20 ans et 5,6% 60 ans et plus. Avec un taux d'accroissement naturel de 2,9% en 1998, le pays s'attend à un doublement de sa population en moins de 25 ans si les tendances actuelles se maintiennent. Cette population est inégalement répartie sur le territoire national : pour des raisons écologiques liées au Sahara et au Sahel, 65% occupent seulement 11% du territoire et plus de 75% vivent en zone rurale.

La population pratique une économie de subsistance de type agropastoral. La terre est le principal facteur de production et est, en règle générale, une propriété collective au niveau familial. Cependant, on constate l'émergence d'une forme de propriété individuelle. Le secteur agropastoral, extensif, est faiblement mécanisé. L'organisation sociale, de type communautaire, est basée sur des normes relatives :

- à la solidarité traditionnelle qui se manifeste à travers l'entraide, le lévirat, le sororat, etc.
- à la fécondité élevée et à la polygamie qui sont directement liés à des valeurs sociales,

- à la position centrale de la force humaine de travail.

Malgré les différentes mutations subies par cette organisation, notamment avec l'évolution de la composition et de la structure de la cellule familiale, la tendance est restée fondamentalement pro nataliste et on constate une extension des phénomènes de précarité, de vulnérabilité et d'extrême pauvreté.

C'est face à cette situation que la Politique Nationale de Population a été élaborée, adoptée en 1991 et mise en œuvre. Elle a été évaluée en 2001 afin de faire le point des acquis, d'identifier les faiblesses et de déterminer les actions correctives à entreprendre.

Le Gouvernement du Mali a également élaboré, adopté et mis en œuvre à partir de 1998, des politiques et programmes sectoriels (PNAE, PNA/ERP, PDDSS/PRODESS, PRODEC et PRODEJ, etc.) et la SNLP. Il a ensuite adopté le 23 Mai 2002 le Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté (CSLP) qui met en cohérence l'ensemble des objectifs et stratégies des programmes cités ci-dessus pour la période 2002-2006. La décentralisation est effective avec la mise en place des organes des collectivités territoriales (Conseil Communal, Conseil de Cercle, Assemblée Régionale, Conseil de District et Haut Conseil des Collectivités).

Sur le plan international, après l'adoption de la Politique Nationale de Population, des conférences sur les questions de Population et Développement ont été tenues auxquelles le Mali a participé. Il a souscrit aux recommandations et pris des engagements. On peut citer entre autres :

- la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD) en 1994 au Caire et CIPD+5 à la Hayes en 1999,
- la Conférence Internationale sur les Femmes à Beijing

Axes stratégiques : i) formation des acteurs en « Population-Environnement et Développement durable » ; ii) IEC sur les problèmes environnementaux ; iii) promotion des énergies nouvelles et renouvelables ; iv) renforcement de la lutte contre la pauvreté ; v) application du décret 99-189/P-RM du 05/07/1999 portant institution de la procédure d'étude d'impact sur l'environnement ; vi) application des clauses contenues dans les protocoles d'implantation des unités industrielles ;

Objectif intermédiaire 9.2 : Promouvoir l'intégration de l'éducation environnementale dans les programmes scolaires

Axes stratégiques : i) promotion de l'élaboration des curricula ; ii) plaidoyer pour la prise en compte de l'éducation environnementale dans les programmes scolaires ; iii) mise en œuvre du Programme d'Accompagnement pour la Généralisation de l'Éducation environnementale au Mali (PAGEM).

candidats au retour sur les réalités et les opportunités existantes au pays.

Population et environnement

Problématique

La pression démographique sur les ressources naturelles dans certaines régions, la pauvreté, le manque de connaissances des méthodes adéquates de gestion des ressources et la non observation des mesures d'assainissement sont les principales causes de la dégradation de l'environnement. Cette dégradation se manifeste à travers l'appauvrissement des sols, le surpâturage, la contamination des eaux souterraines et de surface, la déforestation et l'ensablement des cours d'eau.

D'après les données disponibles, la demande de bois de chauffe qui s'élevait en 1987 à 5,410 millions de tonnes est estimée à 19,871 millions de tonnes en 2022 si le niveau de fécondité actuel est maintenu. Cela correspondrait à une superficie forestière de 3,784,981 ha soit 3,6 fois supérieure à la superficie déboisée en 1987.

Par ailleurs, en milieu urbain, l'exode rural massif et l'accroissement de la pauvreté entraînent parfois l'occupation anarchique des terrains dont certains sont inpropres à l'habitat ainsi que la prolifération d'habitats sommaires et rudimentaires causant d'importantes problèmes de santé publique.

Objectif Général 9 : Contribuer à la promotion d'un équilibre entre population et environnement

Objectif intermédiaire 9.1 : Améliorer la perception des interrelations entre population et environnement

- en 1995 et Beijing+5 à New York en 2000,
- le Sommet Mondial sur le Développement Social à Copenhague en 1995,
- la Conférence des Ministres du CLSS chargés des questions de Population à Ouagadougou en 1997,
- le Forum des Premières Dames d'Afrique de l'Ouest et du Centre sur la réduction de la mortalité maternelle et néonatale (Vision 2010) à Bamako en 2001,
- la Deuxième Assemblée Mondiale sur le vieillissement à Madrid en 2002,
- le Sommet Mondial sur le Développement Durable à Johannesburg en 2002.

C'est dans ce contexte politique et socio-économique que sera actualisée la Politique Nationale de Population.

1.2. Situation et tendances démographiques.

L'effectif de la population est passé de 6,394,918 habitants en 1976 à 7,696,348 habitants en 1987 et à 9,810,912 habitants en 1998 : soit un taux d'accroissement annuel moyen de 1,8 % entre 1976 et 1987 et de 2,2 % entre 1987 et 1998. Le taux d'accroissement naturel est passé de 2,5 % en 1976 à 3,7 % en 1987 et à 2,9 % en 1998.

L'Indice Synthétique de Fécondité (ISF) semble stagner pour l'ensemble du pays (6,7 enfants par femme en 1995/96 et 6,8 en 2000/01) et au niveau rural (7,3). Mais il a légèrement régressé en milieu urbain (5,9 à 5,5 enfants par femme entre 1995/96 et 2000/01).

1.2.1. Structure par âge et par sexe.

La structure par âge de la population du Mali est caractérisée par une forte proportion de jeunes : 46,3 % de la population totale en 1998 avait moins de 15 ans. La population de la tranche d'âges 15-59 ans représente 48,1 % de la population totale. L'effectif de la tranche d'âges 60 ans et plus représente 5,6 % de la population totale.

La répartition par sexe donne 49,5 % pour le sexe masculin et 50,5 % pour le sexe féminin. La population féminine de 15 à 49 ans (âges de procréation) représente environ 45 % de la population féminine totale.

1.2.2. Nuptialité

La nuptialité est caractérisée, d'une manière générale, par la précocité de l'entrée en union¹ surtout des filles.

¹ Mariage officiel ou religieux ou traditionnel à l'exclusion de l'union libre.

nécessaire de prendre des mesures pour réguler les flux migratoires hors du pays, tout en maintenant l'apport des apports financiers des migrants dans l'économie du pays.

Quant à l'immigration, elle prend de plus en plus de l'ampleur au Mali. Les immigrants proviennent généralement de pays de l'Afrique de l'Ouest et du Centre ainsi que d'Asie.

Objectif Général 8 : Contribuer à la prise en compte de la migration internationale dans les stratégies de développement

Objectif intermédiaire 8.1 : Promouvoir la mise en place d'une banque de données socio-démographiques sur les Maliens de l'étranger

Axes stratégiques : i) renforcement des structures chargées de la gestion des problèmes de migration ; ii) recensement des Maliens résidant à l'étranger et la réalisation d'études spécifiques sur les migrations.

Objectif intermédiaire 8.2 : Promouvoir la réinsertion socio-économique des migrants de retour

Axes stratégiques : i) élaboration d'un programme d'assistance aux migrants de retour ; ii) plaidoyer pour la mise en place d'un fonds de garantie et d'assistance aux migrants de retour ; iii) intensification de la sensibilisation des émigrés en vue de les orienter vers les objectifs fondamentaux de développement du pays ;

iv) renforcement du mécanisme facilitant le transfert de fonds des émigrés vers le pays ; v) renforcement du mécanisme institutionnel favorisant l'implication des Maliens de l'étranger dans le processus de développement économique et social du pays ; vi) renforcement de la sensibilisation des

Objetif Intermédiaire 7.2 : Maîtriser l'évolution de l'urbanisation

Axes stratégiques : i) amélioration des connaissances sur le phénomène de l'urbanisation ; ii) sensibilisation des populations rurales sur les problèmes liés à l'exode rural; iii) plaidoyer pour l'application des schémas directeurs des centres urbains ;
iv) plaidoyer pour la mise en œuvre effective de la politique foncière ;
v) promotion du développement socio-économique et culturel des zones rurales.

Migrations Internationales

Problématique

Le Mali est un pays d'émigration par excellence. Les migrants s'orientent principalement vers les pays de l'Afrique Occidentale, Centrale et Orientale, la Libye, la France, l'Arabie Saoudite, les Etats-Unis d'Amérique, etc.

Toutes les régions du Mali constituent des zones d'émigration. Toutefois, c'est la région de Kayes qui subit la plus forte émigration.

Les raisons qui déterminent ce phénomène sont entre autres :

- économiques, liés à la pauvreté extrême des zones de départ, aux maux climatiques avec la sécheresse, au chômage massif des jeunes,
- socioculturelles, liées à la « mentalité de voyageur », à la volonté d'affirmation de soi pour un homme, au mode de gestion du patrimoine familial.

Cette forte émigration des Maliens prive le pays de compétences nécessaires pour son développement. Il est

Selon l'EDSM III (2000-2001), les femmes continuent comme en 1996, d'entrer très tôt en union : 45,9% de 15 à 19 ans ; 85% de 20 à 24 ans ; 94% de 25 à 29 ans ; 96,5% de 30 à 34 ans ont déjà contracté une union. Cependant, on note un léger relèvement de l'âge d'entrée en première union (âge médian 16,5 ans en 2001 contre 16 ans en 1995/96).

Pour ce qui concerne la population masculine : 0,7% de 15 à 19 ans ; 18,7% de 20 à 24 ans ; 64,9% de 25 à 29 ans ; 87,6 % de 30 à 34 ans ; ont contracté une union.

Entre EDSM II et EDSM III, on note une relative baisse de la proportion des femmes mariées de la tranche d'âge 15- 49 ans (84,8% en 1995/1996 et 83,5 % en 2000/2001); la tendance inverse est observée chez les veuves (1,2 % en 1995/96 et 1,3 % en 2000/2001) et les divorcées et séparées (1,2 % en 1995/96 à 1,8 % en 2000/2001).

Entre 20 et 24 ans, il n'y a plus que 12,0 % de femmes célibataires contre 73,2% d'hommes célibataires (EDSM III). Entre 30 et 34ans, 10,9% des hommes sont célibataires contre seulement 1,7% des femmes.

Quel que soit le sexe, l'âge médian au premier mariage varie de façon sensible selon le lieu de résidence : pour les femmes il est plus élevé à Bamako (18,4 ans) qu'en milieu rural (16,2 ans). La région de Kayes se distingue comme ayant l'âge médian au premier mariage le plus bas du pays (15,5 ans).

L'instruction apparaît aussi comme retardant le plus directement l'âge de la primo-nuptialité, en effet les femmes ayant un niveau secondaire ou plus se marient environ 5 ans plus tard que celles ayant un niveau primaire.

Le lien de résidence et l'instruction influent sur l'âge au premier mariage quel que soit le sexe : néanmoins les hommes entrent plus tard en union que les femmes.

1.2.3. Natalité et Fécondité.

Le Taux Brut de Natalité (TBN) et le Taux Global de Fécondité (TGF) ont baissé entre 1987 et 1998² en passant respectivement de 49,6 ‰ en 1987 à 38,2 ‰ en 1998 et de 180 ‰ en 1987 à 168,4 ‰ en 1998.

Entre 1987 et 2001 l'ISF est resté stationnaire (6,8). Entre 1995/96 et 2000/01, il semble stagner en milieu rural (7,3 entre 1995/96 et 2001) mais a légèrement régressé en milieu urbain (5,9 à 5,5 entre 1995/96 et 2000/01 (EDMIII).

Les méthodes modernes de planification familiale ont été introduites au Mali en 1971 par l'ouverture de la première clinique qui offrait les services de planification familiale et de prise en charge des maladies gynécologiques et des infertilités.

Cette introduction des méthodes modernes de planification familiale intervint dans un environnement socio-religieux peu favorable à la contraception moderne, alors que les méthodes traditionnelles sont répandues.

Le pays dispose actuellement de services de planification familiale jusqu'au niveau des centres de santé de premier niveau (CSOM/CSAR), de même la Distribution à Base Communautaire (DBC) est utilisée comme stratégie de Planification Familiale (PF).

L'apparition du VIH/SIDA, a rendu impérative la promotion de l'utilisation du préservatif surtout au niveau des jeunes et des adolescentes. Malgré les efforts consentis en matière d'information, d'éducation et de Communication (IEC) à

de chacune de ces deux zones, il existe d'importantes disparités d'un Cercle à un autre. En 1987, plus de 65 % de la population occupe 11 % du territoire national.

L'inégale répartition apparaît aussi entre les villes et les campagnes. En tenant compte du milieu d'habitat, la population rurale qui représentait en 1998, 73,04 % est estimée en 2022 à 53,75 %. L'essentiel des effectifs urbains provient de l'exode rural. Si les chefs-lieux de régions servent de relais pour certains migrants, c'est Bamako la capitale, relativement favorisée par les infrastructures socioculturelles et économiques qui attire la majeure partie des migrants.

Ces disparités ne cessent de s'aggraver du fait des mouvements de population liés au processus de migrations en cascades des zones écologiques moins viables du Nord vers les zones agricoles et les centres urbains du Sud.

Objectif Général 7 : Contribuer à la distribution spatiale équilibrée de la population

Objectif intermédiaire 7.1 : Promouvoir l'élaboration, l'adoption et la mise en œuvre de la politique nationale d'aménagement du territoire

Axes stratégiques : i) plaider pour l'élaboration et l'adoption des schémas régionaux d'aménagement et de développement et du schéma national d'aménagement du territoire; ii) plaider pour l'application des schémas régionaux et du schéma national;

iii) plaider pour l'implication financière du Gouvernement, des collectivités territoriales et des partenaires au développement dans la mise en œuvre des schémas.

² Les indicateurs de 1998 ont été estimés à partir des résultats définitifs du RGPH de 1998

Objectif Général 6 : Contribuer à la décentralisation de la coordination et de la mise en œuvre de la PNP

Objectif intermédiaire 6.1 : Rendre opérationnelles les structures régionales de coordination des programmes de population

Axes stratégiques : i) mise en place des structures régionales de coordination des programmes de population ; ii) renforcement des régions en ressources humaines, matérielles et financières ; iii) appui technique aux structures régionales et leur suivi.

Objectif intermédiaire 6.2 : Promouvoir l'élaboration et l'exécution par chaque région de son programme de population

Axes stratégiques : i) appui technique aux régions pour l'élaboration et l'exécution de leur programme de population ; ii) implication financière et technique du Gouvernement, des collectivités territoriales et des partenaires au développement dans la mise en œuvre des programmes régionaux de population.

Distribution spatiale de la population

Problématique

La répartition géographique de la population du Mali présente de fortes disparités. En raison de la conjonction de certains facteurs historiques, naturels et économiques, on distingue deux zones de peuplement tout à fait différentes : la zone désertique et subdésertique avec une densité inférieure à 1 habitant au Km² et la zone soudano-guinéenne où la densité peut dépasser 10 habitants au km². A l'intérieur

l'endroit des populations, la prévalence contraceptive reste faible : 8,2% pour les femmes en union pour l'ensemble du pays en 2001 ; en milieu urbain, elle est de 18,9% à Bamako et 10,6% pour l'ensemble des autres villes et en milieu rural elle n'est que de 2,9% (EDSM III).

1.2.4. Morbidité et Mortalité

1.2.4.1 Morbidité

La morbidité au Mali est très élevée. Elle est en partie due aux conditions d'hygiène précaires, à l'insuffisance d'assainissement, à la méconnaissance par les populations de leurs problèmes de santé, à l'insuffisance numérique du personnel de santé surtout au premier niveau de la pyramide sanitaire, à la pauvreté des ménages, à la faible couverture sanitaire, à la faible fréquentation des structures de santé existantes et à l'insuffisance des ressources allouées au secteur de la santé.

Selon le Système Local d'Information Sanitaire (SLIS) de l'année 2000, quatre groupes de maladies font l'objet de deux consultations sur trois, à savoir :

- fièvre/paludisme,
- Infections Respiratoires Aiguës (IRA),
- plaies, traumatismes et brûlures,
- diarrhées sans déshydratation.

L'EDSM III révèle des taux de malnutrition très élevés chez les enfants de moins de 5 ans : 38% soit près de 4 enfants sur 10 avaient un retard de croissance (trop petit pour son âge), 11% soit plus de 1 enfant sur 10 était émacié (trop maigre pour sa taille) et 33% soit près de 1 enfant sur 3 avait une insuffisance pondérale (faible poids pour l'âge).

² Les indicateurs de 1998 ont été estimés à partir des résultats déclinés du RC/PH 1998

La couverture vaccinale reste faible : 21,8% des enfants de 12 à 23 mois ont reçu tous les vaccins recommandés par le PEV ; 27,7% de la même tranche d'âge n'ont reçu aucun vaccin. Par rapport à EDSM II, la couverture a très peu changé (21,5%).

Au Mali, le taux de prévalence du VIH/SIDA est de 1,7% sur la base d'un test volontaire. Cependant, le risque d'une augmentation de cette prévalence est réel dans la mesure où 2 jeunes sur 3 ne croient pas en l'existence du SIDA (enquête PSI). De même, le taux de prévalence est plus élevé chez les femmes (2%) que chez les hommes (1,3%). Le District de Bamako a le taux le plus élevé (2,5%) suivi des régions de Kayes, Koulikoro et Ségou (1,9% chacune) ; Mopti (1,4%) ; Sikasso (1%) ; Tombouctou, Kidal et Gao (0,7%).

1.2.4.2. Mortalité

Les principales causes identifiées de mortalité générale sont :

- fièvre / paludisme : 25,6%,
- affections de la bouche et des dents (12,2%),
- toux de moins de 15 jours, infections Respiratoires Aiguës (IRA) basses : 4,5%,
- troubles liés à la grossesse : 3,3%.

Les taux de mortalité (infantile, infanto-juvénile, juvénile et maternelle) ont évolué entre 1995/96 et 2000/01 de la façon suivante :

- mortalité infantile (moins d'un an) : 113 décès pour 1000 naissances vivantes (EDSMII) contre 123 décès pour 1000 naissances vivantes (EDSM II),
- mortalité infanto-juvénile (moins de 5 ans) : 225,9 décès pour 1000 naissances vivantes (EDSM III) contre 237,5 décès pour 1000 naissances vivantes (EDSM II),

Objectif intermédiaire 5.3 : Renforcer la collaboration entre les structures dans le cadre de la coordination, du suivi et de l'évaluation des projets et programmes de Population

Axes stratégiques : i) application effective des mécanismes de coordination des programmes de Population à tous les niveaux ; ii) mise en place d'une base de données en matière de Population et Développement ; iii) développement des études et recherches en Population et Développement en partenariat avec les autres départements.

Décentralisation de la mise en œuvre de la Politique Nationale de Population

Problématique

La mise en œuvre de la PNP a été rendue opérationnelle à travers le Programme Prioritaire d'Investissements en Matière de Population (PPIP) couvrant la période 1996-2000. Il était prévu la mise en place de structures de coordination au niveau des Régions, Cercles, Arrondissements et Communes qui devaient élaborer des programmes aux différents niveaux. Parmi ces structures, seules celles des régions ont été mises en place mais n'ont pas été fonctionnelles. Ainsi, les spécificités locales et régionales n'ont pas été toujours prises en compte dans la mise en œuvre de la PNP.

La décentralisation étant effective avec la mise en place de 703 communes, il serait indiqué d'inscrire la PNP dans cette mouvance en mettant l'accent sur la responsabilisation des collectivités territoriales dans la résolution des problèmes de Population.

Objectif Général 5 : Contribuer au renforcement des capacités institutionnelles de planification et de gestion de la politique et des programmes de population

Objectif intermédiaire 5.1 : Renforcer le cadre institutionnel de la Cellule Nationale de Coordination des Programmes de Population

Axes stratégiques : i) renforcement institutionnel de la CENACOPP ; ii) participation de la CENACOPP à l'élaboration des programmes sectoriels ; iii) participation de la CENACOPP au suivi et à l'évaluation des programmes sectoriels.

Objectif intermédiaire 5.2 : Renforcer les structures de planification et de gestion de la politique et des programmes de Population en ressources humaines, matérielles et financières

Axes stratégiques : i) amélioration de la prise en charge, par le budget de l'Etat, du financement des besoins de la CENACOPP et des autres structures de coordination ainsi que des programmes de Population,

ii) formation des cadres en Population et Développement, en formulation, suivi et évaluation de politique, programmes et projets de Population ;

iii) implication financière et technique des partenaires au développement dans l'élaboration, la mise en œuvre et à la gestion des programmes de Population ; iv) renforcement des structures chargées de la collecte, de l'exploitation et de l'analyse des données socio-démo-économiques ; v) renforcement des structures centrales et décentralisées de coordination des programmes de Population en ressources humaines, matérielles et financières, vi) mise en place d'un fonds d'appui à la mise en œuvre et à la coordination de la PNP.

- mortalité juvénile (1 à 4 ans révolus) : 128,3 décès pour 1000 naissances vivantes (EDSM III) contre 131,1 décès pour 1000 naissances vivantes (EDSM II),

- mortalité maternelle : 582 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes (EDSM III) contre 577 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes (EDSM II).

En ce qui concerne les entrées administratives du pays, selon EDSM III, le taux de mortalité infantile varie d'une région à l'autre avec un maximum à Mopti (159,3‰) et un minimum à Bamako (93,8‰).

Selon EDSM III, entre 15 et 49 ans, 1 femme sur 24 court le risque de mourir de causes liées à la maternité. Dans la tranche d'âges 20-29 ans, on enregistre plus de 2 décès sur 5 pour les mêmes causes.

Selon les résultats des deux recensements démographiques de 1976 et de 1987, l'espérance de vie à la naissance est passée de 48,20 ans à 56,9 ans.

1.2.5. Migrations internes et Urbanisation

Les caractéristiques physiques (climat, végétation et relief, etc.), socio-économiques et historiques ont largement influencé la répartition de la population sur le territoire national. On distingue deux zones de peuplement soit à fait différentes : d'un côté, les régions de Gao, Tombouctou et Kidal avec une densité inférieure à 1 habitant au km², et de l'autre, les régions de Mopti, Ségou, Sikasso, Koulikoro, Kayes où la densité dépasse 10 habitants au km². Cependant, à l'intérieur de ces deux zones, la densité dans certains cercles ou communes peut dépasser 30 habitants au km².

L'exode rural, surtout vers le District de Bamako, constitue une importante partie des mouvements migratoires internes. Selon l'Enquête nationale sur les Migrations et l'Urbanisation en Afrique de l'Ouest (1992-1993), les migrations à destination de Bamako sont en majorité féminines. Le taux d'urbanisation est passé de 16,8 en 1976 à 22% en 1987 pour atteindre 27% en 1998.

La population urbaine estimée du Mali passera de 2,645 millions (27%) en 1998 à 5,735 millions (40,7 %) en 2015 et sera de 7,354 millions (46,3%) en 2022.

L'urbanisation accélérée entraîne des problèmes de logements, de services, d'emplois, d'environnement, de taux élevés de criminalité et de délinquance, etc. La ville de Bamako connaît une croissance démographique extraordinaire, sa population passera de 682.781 habitants en 1987 à 1.592.873 habitants en 2022.

1.2.6. Migrations internationales

Le Mali est un pays de forte émigration. Les principales destinations sont les pays de la sous-région (la Côte d'Ivoire, le Burkina Faso, le Niger, la Mauritanie, l'Algérie, le Ghana, la Guinée, le Sénégal, entre autres).

Les migrants s'orientent aussi vers les pays de l'Afrique centrale et Orientale, la Libye, la France, l'Arabie Saoudite, les Etats-Unis d'Amérique, etc.

Environ 4 millions de ressortissants maliens vivent à l'étranger (Bilan Commun de Pays Mali 2001).

Capacités institutionnelles de gestion

Problématique

Les organes chargés de la programmation et de la coordination de la mise en œuvre de la PNP ont connu de nombreux dysfonctionnements dus essentiellement : à la mobilité institutionnelle de la structure centrale de coordination, à l'insuffisance de personnel qualifié de profil diversifié, à la non-application du mécanisme de coordination, à l'insuffisance de moyens matériels et financiers, à la mobilité des cadres et à la quasi-dépendance de l'aide extérieure en ce qui concerne le financement des activités, entre autres.

Tous les organes du cadre institutionnel de planification et de gestion des programmes de Population ainsi que les antennes régionales ne sont pas encore mis en place. Par ailleurs, la plupart des cadres n'ont pas encore bénéficié de formation en Population et développement.

L'analyse de situation (sociale, économique, culturelle et démographique) fait ressortir des disparités entre les régions. Bien que les objectifs et les stratégies proposées au niveau national demeurent valables au niveau des régions, il est cependant nécessaire que les spécificités soient prises en compte dans les programmes régionaux de population.

Ces spécificités régionales n'ont pas été suffisamment prises en compte dans la mise en œuvre de la précédente Politique Nationale de Population. Il s'avère nécessaire de responsabiliser les collectivités territoriales dans la recherche des moyens pour la mise en œuvre de leurs programmes de population élaborés en tenant compte des orientations nationales.

- ii) développement d'un plan de gestion (valorisation, suivi) des compétences nationales, régionales et locales en Genre, Population et Développement.
- iii) prise en compte du genre dans la collecte et l'analyse de données statistiques.

Objectif intermédiaire 4.3 : Promouvoir la prise en charge des besoins spécifiques des femmes, des jeunes et des personnes âgées

Axes stratégiques : i) amélioration des connaissances sur le phénomène du vieillissement ; ii) promotion des services de santé spécialisés pour les personnes âgées ; iii) renforcement de l'application de la politique nationale en matière de la solidarité ; iv) organisation de loisirs pour les jeunes et les personnes âgées ; v) plaidoyer pour l'adoption et la mise en œuvre du plan d'action de la Jeunesse ; vi) plaidoyer pour la mise en œuvre du Plan d'Action de la Promotion de la Femme.

Toutes les régions du Mali constituent des zones d'émigration. Toutefois, la région de Kayes est et demeure la zone de forte émigration.

Quant à l'immigration, elle prend de plus en plus de l'ampleur au Mali. Les immigrants proviennent généralement de pays de l'Afrique de l'Ouest et du Centre ainsi que de l'Asie.

1.3 Croissance démographique et développement socio-économique

La croissance démographique a des implications sur le développement socio-économique. Cela se ressent dans divers domaines dont la famille, la santé, l'éducation, l'environnement, la nutrition, l'emploi et l'habitat.

L'une des conséquences directes de l'incidence de la persistance d'une fécondité élevée (6,8 enfants/femme) est l'augmentation des charges sociales relatives notamment à :

- l'éducation,
- la santé,
- la nutrition,
- l'habitat.

1.3.1. Population et Famille

Selon le RGPH 1998, la taille moyenne des ménages a très peu varié depuis 1987 (6 personnes).

L'Enquête Démographique et de Santé (EDS) réalisée en 2000-2001 révèle que la proportion de chefs de ménages hommes (89 %) a baissé par rapport à celle enregistrée en 1995-1996 (92 %).

Au Mali, la famille constitue la cellule de base de la société. Cependant, elle connaît d'énormes changements dans sa structuration entraînant un effritement des valeurs anciennes. Le mariage qui, jadis, constituait le fondement de la famille, est en recul et connaît des mutations avec le développement d'autres formes d'union.

Les difficultés économiques, l'accroissement du chômage entraînent à la famille son caractère sécurisant par la remise en cause de l'autorité parentale.

La paupérisation sans cesse croissante touche plus les femmes et les jeunes, du fait de leur manque de qualification professionnelle pour la plupart et de leur accès difficile aux crédits.

L'exode rural des adolescents et des jeunes est la manifestation de l'incapacité en milieu rural d'un espace économique viable capable de résorber le chômage.

Aussi les difficultés rencontrées dans l'élaboration d'un code de la famille et de protection sociale en faveur des femmes, des personnes âgées, des enfants et des jeunes compromettent sans nul doute l'épanouissement de ces différentes couches sociales.

Objectif Général 4 : Contribuer au renforcement de l'équité du Genre, des droits de la femme, de l'enfant et de la protection des personnes âgées

Objectif intermédiaire 4.1 : Promouvoir les droits de la femme, de l'enfant et des jeunes

Axes stratégiques : i) plaider pour l'adoption et l'application effective du code de la famille ; ii) renforcement de l'application des droits de la femme, de l'enfant et des jeunes ; iii) accès égal des femmes et des jeunes aux ressources et aux moyens de production ; iv) promotion de la Loi de Juin 2002 sur la Santé de la Reproduction.

Objectif intermédiaire 4.2 : Améliorer les connaissances en Population, Genre et Développement

Axes stratégiques : i) accroissement des compétences nationales, régionales et locales en Population, Genre et Développement ;

Problématique

Au Mali, il est reconnu aux femmes, qui constituent 50,5 % de la population totale, les fonctions de production, de reproduction et d'entretien. Nonobstant ce statut, elles n'ont pas la place qui devrait être la leur au niveau de l'exercice du pouvoir. Elles ont difficilement accès à la propriété foncière en milieu rural.

La population malienne est également très jeune avec plus de 55% qui avaient moins de 20 ans en 1998. Cette situation, qui aurait pu représenter une chance de développement, constitue plutôt un poids démographique et économique du fait de problèmes liés à la promotion de la jeunesse et à sa participation au développement.

La faible application de l'équité du genre et le manque de compréhension du concept par les différents acteurs ont accentué la marginalisation de certains groupes sociaux (femmes, enfants, jeunes et personnes âgées, etc).

L'entrée précoce de la petite fille dans le système productif, de la jeune fille en union, les grossesses rapprochées des femmes ainsi que les durs travaux domestiques les exposent à des problèmes de santé. Il n'existe pas de système de protection sociale généralisée pour couvrir les risques de maladies des femmes et des personnes âgées, l'existant étant réservé aux seules personnes salariées.

Sur le plan économique, le secteur informel reste l'espace de prédilection des femmes et des jeunes. Compte tenu des fluctuations du marché, la rentabilité de ce secteur ne permet pas l'épanouissement escompté mais simplement assure la survie.

1.3.2. Population et Santé

La base de la pyramide sanitaire du Mali est représentée par le Centre de Santé Communautaire (CSCOM) qui offre un paquet minimum d'activités curatives, préventives et promotionnelles et fournit les médicaments essentiels.

La couverture sanitaire, reste faible : selon le rapport annuel 2001 de la Direction Nationale de la Santé, 39 % de la population est dans un rayon de 5 km d'un centre de santé et 63 % dans un rayon de 15 km.

En général, l'utilisation des services de santé n'est pas très satisfaisante : l'utilisation des services curatifs est faible, 8 personnes sur 10 restent une année sans contact avec les services de santé. Une grande partie de la population continue à avoir recours à la médecine traditionnelle.

La moyenne nationale pour le taux de consultations prénatales est de 52 % avec des extrêmes : 98,54 % à Bamako et 29,38 % à Tombouctou.

Les taux d'accouchements assistés par un personnel formé varient de 15,68 % à Tombouctou, à 97,69 % dans le district de Bamako avec une moyenne nationale de 40 % en 2001. Les besoins obstétricaux non couverts sont estimés à 55,40 % en 2001.

Selon le rapport d'activités du Ministère de la Santé de juin 1992 à décembre 2001, les ratios personnels de santé/nombre d'habitants en 2001 (hormis les niveaux communautaire et privé) sont toujours inférieurs à ceux recommandés par l'OMS. Le personnel est donc numériquement insuffisant et sa répartition pose problème. Ainsi, on constate une forte concentration du personnel à

Bamako : 68 % des médecins spécialisés, 34 % des agents techniques de santé, 67 % des techniciens de santé et 43 % des sages femmes.

Si les tendances démographiques actuelles perdurent, pour assurer une meilleure couverture sanitaire, le gouvernement devra déployer d'importants efforts. En l'an 2027⁴, les besoins futurs du Mali en médecins, infirmiers et sages femmes seront respectivement de 2.839, 5678 et 1.197.

La Santé de la Reproduction des jeunes et des adolescents et la lutte contre le VIH/SIDA, font l'objet de beaucoup d'attention; il convient de maintenir et de renforcer les actions. Par ailleurs un accent particulier doit être mis sur la santé scolaire.

1.3.3. Population, Éducation et Formation

La population du Mali se caractérise par son extrême jeunesse : 46,31% a moins de 15 ans (RGPH 1998). Ce phénomène est de nature à augmenter la demande potentielle par rapport à l'offre disponible au niveau du secteur éducation.

En 2001/2002, le taux brut de scolarisation pour le premier cycle de l'enseignement fondamental y compris les medersas est de 66,00% (77,27% pour les garçons et 55,05% pour les filles). Il est plus faible en milieu rural qu'en milieu urbain et les écarts entre les régions sont considérables. Il y a une différence marquée entre le taux brut de scolarisation à Bamako (137,06%) et ceux des régions (Mopti 40,14%, Kidal

Axes stratégiques : i) renforcement des programmes d'IFC en planification familiale à l'endroit des groupes cibles en zones rurale et urbaine; ii) formation des prestataires en techniques de contraception et en counseling; iii) généralisation de l'éducation à la vie familiale et l'éducation sexuelle dans les structures d'enseignement formel et non formel; iv) intensification du marketing social des produits contraceptifs; v) renforcement de la distribution à base communautaire de produits contraceptifs; vi) renforcement du suivi des activités de planification familiale; vii) intensification du plaidoyer à l'endroit des décideurs et des leaders d'opinion.

Objectif intermédiaire 3.2 : Promouvoir le relèvement de l'âge au premier mariage de la jeune fille à 18 ans

Axes stratégiques : i) élaboration et mise en œuvre des programmes d'IFC/CCC à l'endroit des communautés sur les méfaits des mariages précoces; ii) promotion de la scolarisation de la petite fille; iii) promotion du maintien de la jeune fille à l'école jusqu'à 18 ans au moins.

⁴ Ministère du Plan, diagnostic de la situation démographique du Mali, juillet 1991

⁵ Selon la CPS/ME

Maîtrise de la croissance démographique

Problématique

Le taux d'accroissement naturel de la population du Mali est élevé. Selon les résultats des deux derniers Recensements Généraux de la Population et de l'Habitat, le taux d'accroissement naturel de la population est passé de 3,7 % en 1987 à 2,9 % en 1998.

L'ISF qui a stagné entre 1995/1996 (6,77) et 2000/2001 (6,8) reste toujours élevé. Il est demeuré constant en milieu rural (7,3) et est en progression en milieu urbain où il est passé de 5,9 en 1995/1996 à 6,3 en 2000/2001.

Selon l'EDSM II (1995-1996), les femmes continuent comme en 1987 d'entrer très tôt en union : dans la tranche d'âges 15-19 ans, 49,7% de la population féminine et 4,6% de la population masculine ont déjà contracté une union. La prévalence contraceptive moderne reste faible : 8,2% pour les femmes en union et 16,8% pour les hommes en union en 2001.

Il est impérieux d'arriver à maîtriser la fécondité et la mortalité si l'on veut faire bénéficier les populations des fruits du développement socio-économique pour élever leur niveau de vie.

Objectif Général 3 : Contribuer à la maîtrise progressive de la fécondité

Objectif intermédiaire 3.1 : Augmenter le taux de prévalence contraceptive moderne de 8,2 % en 2001 à 30 % d'ici à 2025

29,82%). Quant aux taux bruts de scolarisation des filles, ils varient de 135,49 % à Bamako à 34,09% à Mopti et 23,26% à Kidal.

Dans le secteur de l'éducation non formelle, malgré la multiplication des structures d'accueil : Centres d'Alphabétisation Fonctionnelle (CAF), le taux d'alphabétisation des adultes reste encore très faible. Il était de 35% en 2001/2002 (65,8% pour les hommes contre 34,1% pour les femmes).

L'Etat malien alloue plus du quart de son budget au secteur de l'Education (26,1% en 2000 et 27% en 2001), en plus des importants fonds mobilisés par les partenaires et les communautés. Cependant les besoins éducatifs restent largement insatisfaits, en raison, d'une part, de ressources encore insuffisantes au regard des besoins éducatifs du pays et, d'autre part, du retard dans la mise en œuvre des politiques adoptées.

L'offre d'éducation reste faible. L'insuffisance numérique des enseignants d'une part, la faible qualité de la formation des maîtres et l'insuffisance d'infrastructures d'accueil dans les différents ordres (formel et non formel) d'autre part, contribuent également à maintenir l'offre à un faible niveau. Le déséquilibre entre l'offre et la demande d'éducation est plus accentué en milieu rural.

Compte tenu du niveau de fécondité élevé et du potentiel d'accroissement démographique au Mali, la proportion d'enfants scolarisables ne cesserait d'augmenter, passant de 1.836.272 en 2001/2002 à 4.022.210 en 2016. Cette

6 Ministère de l'Éducation Nationale: projections de la Cellule de Planification et de Statistique (CPS), 2002.

7 Ministère du Plan, diagnostic de la situation démo-économique du Mali,

augmentation des effectifs d'enfants en âge d'aller à l'école nécessitera dans les prochaines années de la part de l'État de gros efforts pour satisfaire les besoins : en formation initiale et continue des maîtres pour améliorer l'encadrement des élèves, en nouvelles structures de formation des maîtres, en structures techniques de formation professionnelle, en centres d'alphabétisation fonctionnelle et en financement de l'éducation de base.

1.3.4. Population et Environnement

La rareté et la détérioration de la qualité de certaines ressources indispensables à la vie (eau, flore, faune, etc.) peuvent être constatées aussi bien en milieu rural que dans les zones urbaines. Le développement de l'agriculture extensive, la croissance démographique, l'urbanisation non planifiée, l'industrialisation et les changements climatiques exercent une pression de plus en plus forte sur les ressources naturelles.

Depuis une dizaine d'années, la situation de l'environnement en milieu urbain est caractérisée d'une part, par le développement anarchique de l'habitat, la prolifération des déchets industriels et ménagers avec des dépôts spontanés et d'autre part, par la pollution des eaux souterraines et des cours d'eau adjacents aux centres industriels et la pollution atmosphérique. Cette situation est la cause de plusieurs maladies hydriques et respiratoires.

Quant aux zones rurales, l'utilisation des engrais chimiques et des pesticides surtout pour les cultures de rente est à l'origine de la pollution et de la dégradation des surfaces cultivées.

Objectif intermédiaire 2.4 : Réduire le taux de malnutrition protéino-énergétique chez les enfants de moins de 5 ans de 2,34 % en 1999 à 1,40 % d'ici à 2025

Axes stratégiques : i) promotion de l'éducation nutritionnelle; ii) valorisation des produits alimentaires locaux; iii) IEC/CCC pour l'abandon des interdits alimentaires défavorables à la santé.

Objectif intermédiaire 2.5 : Augmenter le taux de fréquentation des services de Santé de Base (en particulier de la Santé de la Reproduction) de 0,17 cas par habitant en 2001 à 1 cas par habitant d'ici à 2025

Axes stratégiques : i) développement des initiatives de mobilisation des communautés de base pour une acceptation des services de santé de la reproduction ; ii) renforcement des expériences de services de santé de la reproduction à base communautaire ; iii) inventaire et analyse des obstacles à l'utilisation des services de santé de la reproduction ; iv) développement des actions pour accroître la qualité des services et réduire les coûts des services de santé de la reproduction ; v) promotion de l'offre des services de santé de la reproduction intégrés ou spécifiques pour les jeunes ; vi) implication et organisation des communautés dans la mise en place et la prise en charge des services de santé et des structures pour jeunes ; vii) renforcement de la sensibilisation et de la formation des jeunes par la « pair éducation » ; viii) amélioration de la prise en charge des besoins des personnes âgées en santé de la reproduction.

Objectif intermédiaire 2.2 : Réduire le taux de mortalité maternelle de 582 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2001 à 291 décès pour 100 000 naissances vivantes d'ici à 2025

Axes stratégiques : i) augmentation de la couverture sanitaire.

ii) promotion de la demande de services et le renforcement de la qualité des soins en SR. iii) développement de la recherche-action sur l'utilisation des services de santé de la reproduction ;

iv) orientation de la population en matière de planification familiale et de procréation responsable, de prévention des maladies ; v) organisation des campagnes d'éducation communautaire pour changer les traditions favorables aux maternités précoces, nombreuses et tardives, aux mariages précoces et à la pratique de l'excision ; vi) renforcement du programme de périnatalité ; vii) incitation à l'ouverture de structures privées d'offre de services obstétricaux.

Objectif intermédiaire 2.3 : Réduire le taux de mortalité infantile de 113 ‰ en 2001 à 50 ‰ d'ici à 2025 et le taux de mortalité juvénile de 128,3 ‰ en 2001 à 65 ‰ d'ici à 2025

Axes stratégiques : i) pérennisation et renforcement du Programme Élargi de Vaccination (PEV) ; ii) promotion de l'hygiène et de l'assainissement ; iii) promotion de la prise en charge intégrée des Maladies de l'Enfant (PCME) ; iv) extension et renforcement des services de santé infantile ; v) renforcement des actions de prévention de la transmission mère-enfant du VIH/SIDA ; vi) incitation à l'ouverture de structures privées de prise en charge et de prévention des maladies infantiles ; vii) développement de la médecine traditionnelle et son intégration au système de santé ; viii) augmentation de l'accès à l'eau potable.

La faune et la flore, jadis nombreuses et diversifiées, ont fortement régressé du fait de l'action de l'homme et des effets cumulés de la sécheresse (diminution des habitats naturels, disparition de certaines espèces végétales et animales, envahissement par certaines espèces végétales nuisibles).

La dégradation de l'environnement s'explique par la crise économique, l'inadéquation des structures de gestion, les facteurs climatiques défavorables, la mauvaise gestion du foncier et la persistance des techniques culturales peu performantes, l'insuffisance d'information et d'éducation environnementale.

D'après les données disponibles, la demande de bois de chauffage qui s'élevait en 2002 à 9,129 millions de tonnes est estimée à 19,871 millions de tonnes en 2022 si le niveau de fécondité actuel est maintenu. Cela correspondrait à une superficie forestière de 3.784 981 ha soit 2,17 fois supérieure à la superficie boisée en 2002. Sur la période 2002-2022 on dévastera une superficie forestière d'environ 13,255 millions hectares. La forêt naturelle ne pourra pas satisfaire pendant longtemps cette demande en bois de chauffage.

Le Mali doit faire face, d'une part, à de graves problèmes de dégradation de ses ressources naturelles et au processus de désertification, et d'autre part, à la détérioration du cadre de vie des populations (pollution et nuisances d'origines diverses).

1.3.5. Population et Nutrition

De 9 810 912 habitants en 1998 (RGPII), la population du Mali atteindra près de 14,1 millions d'habitants en 2015 et 15,9 millions d'habitants en 2022 selon les perspectives de la population résidente du Mali. Cette augmentation de la population influera sur la demande de certaines denrées alimentaires telles que le riz et des produits agricoles transformés. La production agricole est largement influencée par les aléas climatiques et le faible niveau des équipements dans le monde rural.

La valeur énergétique de la consommation journalière de nourriture par personne reste faible : 1970 Kcal/personne en 1989 à 2338 Kcal/personne en 1994 alors que la norme recommandée par l'OMS et la FAO est de 2450 Kcal/personne, soit des taux de couverture des besoins nationaux respectifs de 80 et 95%.

Au Mali, on note une faible diversification de l'alimentation et une consommation dominée par les céréales. Cette habitude alimentaire qui ne permet pas l'utilisation de toute la gamme de potentialités disponibles (légumineuses, tubercules, fruits et légumes, lait, etc.) favorise la malnutrition. Parmi les enfants de moins de 3 ans, 1 sur 4 était atteint de malnutrition chronique selon l'EDSM 1995/1996.

1.3.6. Population et Emploi

Au Mali la situation de l'emploi est préoccupante. La population active potentielle (ou population d'âge actif) résidente est estimée en 1996 à 5.225.056 personnes par l'Observatoire de l'Emploi et de la Formation. Le secteur de l'emploi enregistre une main d'œuvre croissante, un sous-emploi rural généralisé (54%), un chômage urbain élevé

régions. La prévalence est plus élevée chez les femmes (2%) que chez les hommes (1,3%). Deux (2) jeunes sur trois (3) ne croient pas en l'existence du SIDA.

Objectif général 2 : Contribuer à la réduction des mortalités maternelle et infantile-juvenile et à l'amélioration de l'état de santé des populations en particulier en matière de reproduction

Objectif intermédiaire 2.1 : Réduire de 50 % le taux de prévalence des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) et de 1,7 % en 2001 à 0,5 % d'ici à 2025 le taux de prévalence du VIH/SIDA.

Axes stratégiques : i) intégration des activités de lutte contre les IST/VIH/SIDA dans les différentes structures de santé ;

ii) intensification des actions de plaidoyer en direction des décideurs et des partenaires au développement sur la lutte contre le VIH/SIDA ; iii) intensification des actions de plaidoyer en direction des leaders d'opinion en faveur de la lutte contre les IST/VIH/SIDA ; iv) renforcement de l'implication des communautés dans les actions de lutte contre le VIH/SIDA ;

v) implication accrue des équipes cadres de district sanitaire dans les activités d'IEC/CCC et de marketing social des préservatifs ;

vi) prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA et les orphelins du SIDA ; vii) promotion du dépistage volontaire du VIH ; viii) plaidoyer pour la déclaration du SIDA comme maladie sociale.

Axes stratégiques : i) l'intensification des campagnes d'IEC/CCC à l'endroit des populations cibles ; ii) le renforcement des actions de plaidoyer auprès des décideurs et leaders d'opinion.

Santé

Problématique :

La situation sanitaire au Mali est caractérisée par des taux de morbidité élevés. Cette morbidité est due aux maladies infectieuses et parasitaires comme le paludisme et les fièvres, les infections respiratoires aiguës, les maladies diarrhéiques, la rougeole, la coqueluche, le tétanos et aux carences nutritionnelles, etc.

Les taux de mortalité sont également élevés, ils varient d'une région à l'autre. Selon les résultats de l'EDSM II (1995/96) et EDSM III (2000/2001), le taux de mortalité maternelle a augmenté, passant de 577 à 582 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes. Par contre une diminution a été enregistrée au niveau :

- du taux de mortalité infantile (moins d'un an) qui est passé de 123 décès à 113 décès pour 1000 naissances vivantes,
- du taux de mortalité infanto-juvénile (moins de cinq ans) qui est passé de 238 décès à 226 décès pour 1000 naissances vivantes,
- du taux de mortalité juvénile (1 à 4 ans révolus) qui est passé de 130 décès à 129 décès pour 1000 naissances vivantes.

Le SIDA est une réalité tangible; la séroprévalence est de 1,7% en 2001 au niveau national avec des disparités entre les régions. La prévalence est plus élevée chez les femmes

vingt dernières années (1982-2002) avec un secteur informel de plus en plus important.

La forte croissance naturelle de la population qu'a connue le Mali dans les années 70 et 80, a entraîné une augmentation rapide (2,7% par an) de la population active, ce qui a créé un besoin pressant de création d'emplois. Un nombre important de jeunes (environ 100 000) arrive chaque année sur le marché du travail, le plus souvent sans qualification et sans formation. Selon les projections, la pression sur le marché du travail se renforcera au cours des vingt prochaines années. La population active (15-64 ans) dépassera 13 millions en l'an 2022 si le niveau actuel de la croissance démographique se maintient.

Par ailleurs, la politique macroéconomique retenue dans le cadre du Programme d'Ajustement Structurel (PAS), si elle a engendré des effets bénéfiques, s'est aussi traduite par de fortes réductions de l'emploi salarié dans les secteurs public et para-public. Cette conjonction de facteurs se traduit par un déséquilibre général croissant entre l'offre et la demande d'emplois accompagné de déséquilibres spécifiques entre sexes, générations, secteurs d'activité et zones d'habitat.

1.3.7. Population et Pauvreté

Le Mali est l'un des pays les plus pauvres du monde. Les couches les plus vulnérables de sa population ont des difficultés à satisfaire les besoins élémentaires dans les domaines de l'alimentation, de la santé, de la nutrition, de l'habitat, de l'accès à l'eau potable et à l'éducation (formelle, non formelle), etc.

L'analyse quantitative des résultats de l'enquête menée en 1994 sur les conditions de vie des ménages fait état d'une situation de pauvreté massive. Le revenu moyen par habitant

est faible : 160 000 FCFA par an. Sur la base d'un seuil de pauvreté évalué à 97 843 FCFA, l'incidence de la pauvreté à l'échelle nationale est évaluée à 64,2% de la population. La pauvreté touche plus le milieu rural (71,3% de la population) que le milieu urbain (31,2% de la population). Sur la base d'un seuil de 39 500 FCFA (extrême pauvreté), l'incidence est évaluée en 1994 à près de 35% de la population.

Selon le CSLP final adopté en mai 2002, plus de la moitié de la population de chaque région, hormis le District de Bamako, vit en dessous du seuil de pauvreté. La pauvreté est donc importante un peu partout au Mali même si elle apparaît plus marquée pour les régions de Kidal, Gao et Tombouctou. En effet au Mali, la baisse du taux d'accroissement de la pauvreté (11% entre 1989 et 1994 ; 2% entre 1994 et 1996) n'a pas eu d'incidence perceptible sur le volume de la population se trouvant dans la grande pauvreté.

Les ménages dont le chef a atteint un certain niveau d'instruction sont en général moins pauvres que les ménages dont le chef n'a aucune instruction. Les ménages dont le chef est une femme sont particulièrement vulnérables à la pauvreté. Les ménages pauvres ont tendance à avoir plus d'enfants que les ménages non pauvres.

La pauvreté est un phénomène endémique et généralisé au Mali et la population en connaît différentes formes. Les revenus sont bas : une personne dépense en moyenne moins de 600 F CFA (1\$ EIU) par jour. Plus de la moitié n'a pas accès à l'eau potable.

Du fait de la pauvreté qui touche une grande partie de la population (71,6% en 1996 et 69% en 1998), les conditions de croissance et de développement humain durable au Mali risquent d'être compromises.

3. 3. Axes stratégiques nationaux

Education et Formation

Problématique

Les niveaux de scolarisation des enfants (66 % en 2001/2002) et d'alphabétisation des adultes (35% en 2001/2002) restent bas malgré les efforts consentis par le Gouvernement, les communautés et les partenaires dans la mise en œuvre des différents programmes et réformes. Ces niveaux de scolarisation et d'alphabétisation s'expliquent par l'existence de certaines contraintes liées aux facteurs socioculturels, à la faiblesse de l'offre éducative surtout en milieu rural.

L'Etat et les Collectivités territoriales devront déployer encore de gros efforts pour améliorer les niveaux de scolarisation et d'alphabétisation des populations.

Objectif général 1.1 : Contribuer à l'augmentation des taux bruts de scolarisation et d'alphabétisation en particulier de la petite fille et de la femme

Objectif intermédiaire 1.1.1 : Augmenter le taux brut de scolarisation de 66 % en 2001/2002 à 100% d'ici à 2025

Axes stratégiques : i) l'intensification des campagnes d'IEC/CCC à l'endroit des populations cibles ; ii) le renforcement des actions de plaidoyer auprès des décideurs et leaders d'opinion.

Objectif intermédiaire 1.2: Augmenter le taux d'alphabétisation de 35% en 2001/2002 à 90% d'ici à 2025

Objectif Général 8 : Contribuer à la prise en compte de la migration internationale dans les stratégies de développement

8.1. Promouvoir la mise en place d'une banque de données socio-démo-économiques sur les Maliens de l'extérieur.

8.2. Promouvoir la réinsertion socio-économique des migrants de retour.

Objectif Général 9 : Contribuer à la promotion d'un équilibre entre la population et l'environnement

9.1. Améliorer la perception des interrelations entre la population et l'environnement.

9.2. Promouvoir l'intégration de l'éducation environnementale dans les programmes scolaires

Objectif Général 10 : Susciter l'adhésion des populations, l'engagement des décideurs et des partenaires aux objectifs de la Politique Nationale de Population

10.1. Promouvoir la mobilisation sociale autour des objectifs de la Politique Nationale de Population.

10.2. Promouvoir l'engagement des décideurs et des partenaires au développement en faveur des objectifs de la Politique Nationale de Population

1.4 Capacités institutionnelles de planification et de gestion de la politique et des programmes de population

L'animation de la mise en œuvre de la Politique Nationale de Population devait être assurée par un cadre institutionnel comprenant :

- le Gouvernement ;
- les organes de planification et de suivi ;
- les organes d'exécution ;
- les organes de programmation et de coordination.

1.4.1. Le Gouvernement

Le Gouvernement s'est efforcé de dégager, en collaboration avec les partenaires au développement, les moyens nécessaires à la mise en œuvre de la Politique Nationale de Population. Il a mis en place des structures de coordination aux niveaux national et régional. Cependant, cette volonté politique manifestée ne s'est pas toujours concrétisée lorsqu'il s'est agi de pérenniser les structures appuyées par des projets financés par des partenaires. Sa tâche principale consistait à :

- (i) faire prendre conscience de l'importance des relations entre la population et le développement en vue d'impulser la dynamique nécessaire au développement des capacités internes de financement des programmes de population, (ii) maintenir la dépolitisation de la gestion des programmes en y affectant des cadres intègres et excellents managers, (iii) respecter les engagements pris vis-à-vis des partenaires au développement dans le domaine de population tout en redéfinissant les missions de chacun en vue d'éviter les double-emplois et d'assurer la complémentarité des actions, (iv) s'occuper plus de la coordination des actions menées par

les ONG, les associations et les collectivités locales que de l'exécution directe des projets et programmes.

1.4.2. Les organes de planification et de suivi

Les années 90 ont été marquées par le dysfonctionnement du système de planification. Les Programmes d'Adjustement Structurel (PAS) adoptés par le Gouvernement préconisent la programmation triennale glissante. De ce fait, tous les organes de planification (Conseil Supérieur du Plan, Comité Directeur du Plan, le Ministère du Plan, la Commission Nationale des Ressources Humaines et de la Population) ont été du coup abandonnés sans être remplacés. Les textes relatifs à ces organes n'ont pas été abrogés non plus. Par ailleurs, le système d'informations socio-économiques et démographiques souffre de certaines insuffisances.

Depuis février 2000, la mission de coordination de la Politique Nationale de Population a été confiée à la Cellule Nationale de Coordination des Programmes de Population, dont tous les organes n'ont pas encore été mis en place.

1.4.3. Les organes d'exécution

Les services centraux et les services déconcentrés de l'Etat, les ONG et Associations sont chargés d'exécuter les projets et programmes concourant à l'atteinte des objectifs de la PNP.

Certains de ces organes d'exécution ont fonctionné au gré des projets financés par divers partenaires.

1.4.4. Les organes de programmation et de coordination

Les organes chargés de la programmation et de la coordination de la mise en œuvre de la PNP ont connu de

Objectif Général 5 : Contribuer au renforcement des capacités institutionnelles de planification et de gestion de la politique et des programmes de Population

5.1. Renforcer le cadre institutionnel de la Cellule Nationale de Coordination des Programmes de Population (CENACOPP).

5.2. Renforcer les structures de planification et de gestion de la politique et des programmes de Population en ressources humaines, matérielles et financières.

5.3. Renforcer la collaboration entre les structures dans le cadre de la coordination des projets et programmes de Population.

Objectif Général 6 : Contribuer à la décentralisation de la coordination et de la mise en œuvre de la Politique Nationale de Population

6.1. Rendre opérationnelles les structures régionales de coordination des programmes de Population.

6.2. Promouvoir l'élaboration et l'exécution par chaque région de son programme de Population.

Objectif Général 7 : Contribuer à la distribution spatiale équilibrée de la population

7.1. Promouvoir l'élaboration, l'adoption et la mise en œuvre d'une Politique Nationale d'Aménagement du Territoire.

7.2. Maîtriser l'évolution de l'urbanisation

2,34 % en 1999 à 1,40 % d'ici à 2025.

2.5. Augmenter le taux de fréquentation des services de Santé de Base (en particulier de la Santé de la Reproduction) de 0,17 cas par habitant en 2001 à 1 cas par habitant d'ici à 2025.

Objectif Général 3 : Contribuer à la maîtrise progressive de la fécondité

3.1. Augmenter le taux de prévalence contraceptive moderne de 8,2 % en 2001 à 30 % d'ici à 2025.

3.2. Promouvoir le relèvement de l'âge au premier mariage de la jeune fille à 18 ans.

Objectif Général 4 : Contribuer au renforcement de l'équité du Genre, des droits de la femme, de l'enfant et des jeunes ainsi que de la promotion des personnes âgées

4.1. Promouvoir les droits de la Femme, de l'Enfant et des jeunes.

4.2. Améliorer les connaissances en Population, Genre et Développement.

4.3. Promouvoir la prise en compte des besoins spécifiques des femmes, des jeunes et des personnes âgées dans les politiques et programmes sectoriels.

nombreux problèmes de fonctionnement dus essentiellement : i) à la mobilité institutionnelle de la structure centrale de coordination, ii) à l'insuffisance de personnel qualifié ; iii) au profil peu diversifié des cadres disponibles ; iv) à l'insuffisance quantitative des moyens et à leur vétusté ; v) à la mobilité des cadres ; vi) à la dépendance quasi totale de l'aide extérieure en ce qui concerne le financement des activités.

Une analyse institutionnelle aboutit à la création de la Cellule Nationale de Coordination des Programmes de Population (CENACOPP), par Ordonnance N° 01- 021/P-RM du 20 mars 2001, en lieu et place du Conseil National de Coordination des Programmes de Population (CONACOPP). Cette ordonnance a été ratifiée par la Loi N° 01-074/AN-RM du 17 juillet 2001.

La CENACOPP est un service rattaché au Secrétariat Général du Ministère chargé de la coordination de la Politique Nationale de Population. Elle a rang de Direction Nationale et a pour mission de participer à l'élaboration des éléments de la Politique Nationale de Population et de coordonner, suivre et évaluer la mise en œuvre de cette politique.

II. PROBLEMES DE POPULATION

L'analyse de situation a identifié des problèmes parmi lesquels ceux de population ont été sélectionnés. Après examen, tri et classification, ils ont été répartis en deux groupes :

- problèmes généraux ;
- problèmes spécifiques.

2.1. Problèmes généraux

- 1- faibles niveaux de scolarisation et d'alphabétisation, plus particulièrement chez les filles et les femmes ;
- 2- niveaux élevés de morbidité et de mortalité ;
- 3- niveau élevé de fécondité ;
- 4- faible application des droits de la femme, de l'enfant et de la famille ;
- 5- faibles capacités institutionnelles de planification et de gestion de la politique et des programmes de Population ;
- 6- forte centralisation du processus d'élaboration et de mise en œuvre des programmes de Population ;
- 7- distribution spatiale déséquilibrée de la population ;
- 8- importants flux migratoires internationaux ;
- 9- mauvaise perception des liens entre Population et Environnement ;
- 10- faible connaissance du contenu de la Politique Nationale de Population à tous les niveaux.

3.2.3. Objectifs intermédiaires par objectif général

Objectif général 1 : Contribuer à l'augmentation des niveaux de scolarisation et d'alphabétisation particulièrement chez la petite fille et la femme

1.1. Augmenter le taux brut de scolarisation de 66,00% en 2001 à 100% d'ici à 2025.

1.2. Augmenter le taux d'alphabétisation de 33% en 2001 à 90% d'ici à 2025.

Objectif général 2 : Contribuer à la réduction des mortalités maternelle et infantile-juvénile et à l'amélioration de l'état de santé des populations en particulier en matière de Santé de la Reproduction

2.1. Réduire de 50 % le taux de prévalence des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) et de 1,7 % en 2001 à 0,5 % d'ici à 2025. le taux de prévalence du VIH/SIDA.

2.2. Réduire le taux de mortalité maternelle de 582 décès pour 100.000 naissances vivantes en 2001 à 291 décès pour 100.000 naissances vivantes d'ici à 2025.

Contribuer à la réduction du taux de mortalité infantile de 113 ‰ en 2001 à 50 ‰ d'ici à 2025.

2.3. Réduire le taux de mortalité infantile de 113 ‰ en 2001 à 50 ‰ d'ici à 2025 et le taux de mortalité juvénile de 128,3 ‰ en 2001 à 65 ‰ d'ici à 2025.

2.4. Réduire le taux de malnutrition protéino-énergétique chez les enfants de moins de 5 ans de

3.2.2. Objectifs généraux

Pour contribuer à l'atteinte du but de la Politique Nationale de Développement contenue dans le CSLP, les dix (10) objectifs généraux suivants sont retenus par rapport aux dix (10) thèmes ci-dessus cités :

1. Contribuer à l'augmentation des niveaux de scolarisation et d'alphabétisation fonctionnelle en particulier de la petite fille et de la femme
2. Contribuer à la réduction des mortalités maternelle et infantile et à l'amélioration de l'état de santé des populations en particulier en matière de Santé de la Reproduction.
3. Contribuer à la maîtrise progressive de la fécondité.
4. Contribuer au renforcement de l'équité du Genre, des droits de l'enfant, de la prise en compte des personnes âgées.
5. Contribuer au renforcement des capacités institutionnelles de planification et de gestion de la politique et des programmes de population.
6. Contribuer à la décentralisation de la coordination et de la mise en œuvre de la Politique Nationale de Population.
7. Contribuer à la promotion d'une distribution spatiale équilibrée de la population.
8. Contribuer à la promotion de la prise en compte de la migration internationale dans les stratégies de développement.
9. Contribuer à la promotion d'un équilibre entre la population et l'environnement.
10. Susciter l'adhésion des populations, l'engagement des décideurs et des partenaires aux objectifs de la Politique Nationale de Population.

2.2. Problèmes spécifiques identifiés par problème général

1. Faibles niveaux de scolarisation et d'alphabétisation plus particulièrement chez les filles et les femmes

- Contraintes socio-culturelles liées à la scolarisation de la petite fille;
- contraintes socioculturelles liées à l'alphabétisation des femmes.

2. Niveaux élevés de morbidité et de mortalité

- forte prévalence des maladies transmissibles,
- mortalités maternelle et infantile-juvénile élevées,
- forte prévalence des IST/VIH/SIDA,
- malnutrition élevée chez les enfants,
- faible couverture vaccinale,
- faible utilisation des services de santé disponibles y compris ceux de la Santé de la Reproduction,
- faible couverture des besoins en eau potable.

3. Niveau élevé de fécondité

- grossesses nombreuses, rapprochées, précoces et tardives ;
- nuptialité précoce.

4. Faible application des droits de la femme, de l'enfant et de la famille

- pesanteurs socioculturelles persistantes,
- insuffisance d'IEC/OCC sur les droits de la Femme et de l'Enfant,
- absence d'un code de la Famille.

5. Faibles capacités institutionnelles de planification et de gestion des politiques et programmes de Population

- Mobilité institutionnelle de la Structure centrale de coordination des programmes de Population,
- insuffisance des ressources humaines, matérielles et financières,
- faible engagement financier des partenaires au développement,
- faiblesse de la collaboration entre les structures concernées par les problèmes de population dans la coordination des projets et programmes.

6. Forte centralisation du processus d'élaboration et de mise en œuvre des programmes de population

- non opérationnalité des organes de coordination aux niveaux régional et local,
- insuffisance des ressources humaines, matérielles et financières,
- manque de collaboration des structures dans le cadre de la coordination des projets et programmes de Population,

- naissances et d'accéder à l'information et aux moyens nécessaires à cet effet,
- la perception des interrelations entre population et développement durable,
- le respect des engagements pris sur le plan international dans le domaine de Population.

3.2. Objectifs prioritaires nationaux

3-2-1. But

La Politique Nationale de Population est une composante de la Politique de développement. Elle contribue à l'atteinte du but de cette dernière qui est l'amélioration du niveau et de la qualité de vie des populations.

Cette contribution de la Politique de Population à l'atteinte du but de la Politique de développement se fera à travers dix (10) objectifs généraux dans les dix (10) thèmes de Population suivants :

1. Education et Formation,
2. Santé,
3. Croissance démographique,
4. Genre, Population et Développement,
5. Capacités institutionnelles de gestion,
6. Décentralisation des programmes de Population,
7. Distribution spatiale de la population,
8. Migrations internationales,
9. Population et Environnement,
10. Promotion de la Politique Nationale de Population.

2001,

- la 2^{ème} Assemblée Mondiale sur le Vieillessement à Madrid (Espagne) en avril 2002,
- le Sommet Mondial sur le Développement Durable à Johannesburg (Afrique du Sud) en septembre 2002.

3.1.2. Principes

La Politique Nationale de Population obéit à des nécessités de développement qui tiennent compte des facteurs économiques, sociaux, culturels et démographiques.

Elle repose sur des principes qui guideront l'élaboration des programmes de sa mise en œuvre. La mise en œuvre de cette politique et la réalisation de ses objectifs dépendent de l'adhésion des groupes sociaux. Son contenu prend en compte les préoccupations du Cadre Stratégique de Lutte Contre la Pauvreté (CSLP), les traditions et les coutumes, la famille ainsi que les recommandations du Plan d'Action du Carre sur la Population et le développement et celles des autres conférences internationales dans le domaine de Population auxquelles le Mali a souscrit. Cette politique est fondée sur les principes suivants :

- tout être humain a droit au développement économique, social, physique, intellectuel, moral et culturel,
- l'homme et la femme sont égaux en droit ; l'Etat protège la famille et particulièrement la mère et l'enfant ; il assure également protection aux personnes âgées et aux personnes handicapées,
- le respect des droits fondamentaux de l'enfant (survie, protection, développement, participation),
- le respect du droit des individus et des couples à décider librement, en toute responsabilité, du nombre de leurs enfants, de l'espacement de leurs

- faible transfert des compétences de l'échelon central à l'échelon périphérique.

7. Distribution spatiale déséquilibrée de la population

- Importants mouvements migratoires internes,
- urbanisation accélérée.

8. Importants flux migratoires internationaux

- Forte émigration,
- Immigration de plus en plus importante.

9. Mauvaise perception des liens entre Population et Environnement

- Insuffisance de ressources humaines formées en « Population et Développement Durable »,
- insuffisance d'IEC/CCC sur les problèmes environnementaux.

10. Faible connaissance du contenu de la

Politique Nationale de Population (PNP) à tous les niveaux

- faible mobilisation des communautés autour des objectifs de la PNP,
- faible engagement des décideurs en faveur de la PNP.

III. POLITIQUE NATIONALE DE POPULATION

3.1. Fondements et principes de base

3.1.1. Fondements

La population constitue la richesse la plus importante de la Nation. Elle est en même temps le principal agent et le principal bénéficiaire du développement. C'est pour cela que le Gouvernement a adopté en mai 1991 et mis en œuvre une politique nationale de population visant l'amélioration du niveau et de la qualité de vie des populations à travers l'éducation, la santé, la nutrition, le logement, l'emploi, etc.

Après l'adoption de la PNP, des concepts nouveaux et des préoccupations nouvelles sont apparus.

3.1.1.1. Au plan national,

Il est nécessaire de tenir compte des préoccupations et orientations ci-dessous :

- la faible prise en compte des questions de population dans les programmes de développement,
- la persistance de certains problèmes de population tels que : l'indice synthétique de fécondité élevée, la morbidité et la mortalité élevées et le déséquilibre de plus en plus prononcé dans la répartition spatiale de la population, etc.,
- l'adoption en 1998 de la Stratégie Nationale de lutte contre la Pauvreté (SNLP),
- l'élaboration, l'adoption et la mise en œuvre, à partir de 1998, des politiques et programmes

sectoriels (PNAE, PNA/ERP, PDDSS et PRODESS, PRODEC, PRODED), Politique Nationale de Solidarité, Plan stratégique 2002-2006 du Ministère de la Promotion de la Femme de l'Enfant et de la Famille et la Décentralisation,- l'adoption le 23 Mai 2002 du Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté (CSLP) qui met en cohérence l'ensemble des objectifs et stratégies des programmes cités ci-dessus pour la période 2002-2006.

3.1.1.2. Au plan international,

- le Mali a souscrit aux conclusions et recommandations des rencontres ci-dessous :
- la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD) au Caire (Égypte) en septembre 1994 et CIPD+5 à la Hayes (Pays-Bas) en février 1999,
- le Sommet Mondial sur le Développement Social à Copenhague (Danemark) en mars 1995,
- la Conférence Mondiale sur les Femmes à Beijing (Chine) en 1995 et Beijing+5 à New York (USA) en 2000,
- la Conférence des Ministres du CILSS chargés des questions de Population à Ouagadougou (Burkina Faso) en octobre 1997,
- la XXX^{ème} Assemblée Extraordinaire des Nations Unies sur Population et Développement à New York (USA) en Juin-Juillet 1999,
- la Conférence des Ministres sur la Migration et l'Urbanisation en Afrique de l'Ouest à Bamako (Mali) en novembre 1999,
- la Vision 2010 sur la mortalité maternelle et néonatale à Bamako (Mali) en mai 2001,
- le Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique (NEPAD) à Abuja (Nigéria) en octobre