

MALI

1997

A

analyse de la Situation
des Enfants et des Femmes



Republique
du Mali



unicef

Maquette & Impression
Imprim Color Bamako

Analyse de la Situation des Enfants et des Femmes

**Analyse de la Situation
des Enfants et des Femmes
au Mali
1997**

République du Mali
UNICEF
Version française
Décembre 1997



Table des matières

Préambule

Cadre conceptuel de l'Analyse de Situation

1. Introduction

1. 1 Objectifs d'une analyse de situation	12
1. 2 Justification d'une analyse de situation basée sur les droits	12
1. 2. 1 Une nouvelle logique du développement	12
1. 2. 2 Les deux conventions soutiennent bien un processus de planification de programmes	14
1. 3 Les aspects-clés des conventions	15
1. 3. 1 La non-discrimination	15
1. 3. 2 L'intérêt supérieur de l'enfant	15
1. 3. 3 La participation	15
1. 3. 4 L'indivisibilité des droits culturels, économique, social, politique, civil	16
1. 3. 5 L'universalité des droits	17
1. 3. 6 Le rôle de la culture	17
1. 3. 7 Les obligations des Etats parties et de la communauté internationale	17
1. 3. 8 La complémentarité et la symbiose entre les deux conventions	18
1. 4 Le contexte du Mali	18

2. Aperçu de la situation du pays

2. 1 Caractéristiques physiques	23
2. 2 La démographie	23
2. 3 Environnement politique, institutionnel et administratif	23
2. 3. 1 Système politique et démocratisation	23
2. 3. 2 Décentralisation	24
2. 3. 3 Communication	27
2. 4 Environnement macro-économique	30
2. 5 Le profil de la pauvreté au Mali	34
2. 6 Le développement humain	35

3. Droits des enfants et des femmes : Condition de vie

Introduction sur la méthodologie de l'analyse	39
---	----

3. 1 Survie	40
-------------	----

3. 1. 1 Situation visée par les droits telle que définie dans les conventions	40
---	----

3. 1. 2 Mali : Situation actuelle - Problèmes prioritaires - Analyse causale	41
--	----

3. 1. 3 Expériences passées et politiques nationales	88
--	----

Santé	101
-------	-----

Population	101
------------	-----

Hydraulique, hygiène et assainissement	104
--	-----

3. 2 Développement	112
--------------------	-----

3. 2. 1 Situation visée par les droits telle que définie dans les deux conventions	112
--	-----

3. 2. 2 Mali : Situation actuelle Problèmes prioritaires	113
--	-----

Analyse causale	129
-----------------	-----

3. 2. 3 Expériences passées et politiques nationales	129
--	-----

Éducation	129
-----------	-----

Communication	138
---------------	-----

3. 2. 4 Conclusion sur le concept développement	143
---	-----

3. 3 Protection	147
-----------------	-----

3. 3. 1 Situation visée par les droits telle que définie dans les conventions	147
---	-----

3. 3. 2 Situation des femmes et des enfants en termes de protection	148
---	-----

3. 3. 3 Expériences passées et politiques nationales	172
--	-----

Solidarité	172
------------	-----

Justice	178
---------	-----

Gouvernement / Administration	179
-------------------------------	-----

Emploi	180
--------	-----

3. 3. 4 Conclusion sur le concept protection	180
--	-----

4. Perspectives pour l'an 2000 et au delà

4. 1 Priorités et domaines d'action pour le Mali	186
4. 2 Interface entre les politiques de développement social et la décentralisation	188
4. 3 Les modes d'intervention des partenaires au développement	191

Liste des tableaux

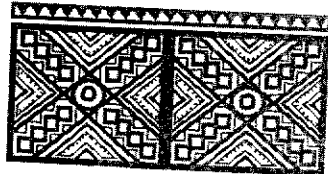
193

Liste des sigles

195

Bibliographie

206



Préambule

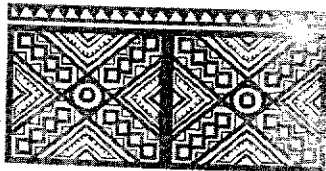
Cette *Analyse de la Situation des Enfants et des Femmes au Mali* représente la première expérience qui tente, de façon systématique, d'utiliser les droits comme cadre de référence à une analyse de situation au Mali. Les droits sont exprimés ici par le cadre légal et normatif que représentent les conventions internationales visant spécifiquement les droits des enfants et des femmes : la *Convention sur l'élimination de toutes formes de discrimination à l'égard des femmes* (CEDAW).

Ce document qui se veut un document de référence nationale, a tout d'abord fait l'objet de discussions au niveau des responsables des différents départements concernés. Dans un premier temps, ces discussions se sont tenues au niveau d'un noyau dur interministériel formellement constitué début 1996 sous le leadership du ministère des Affaires étrangères. Ce noyau dur, qui a pour mandat de coordonner l'ensemble du processus de programmation devant mener au prochain programme de coopération Mali-UNICEF pour la période 1998-2002, est constitué par le directeur de la Coopération Internationale du ministère des Affaires étrangères, le directeur de la cellule de planification statistique du ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes Agées, le conseiller au ministère de l'Éducation de Base, le conseiller au Commissaire au Plan, directeur de l'École nationale de formation des magistrats du ministère de la Justice, le coordinateur des programmes à l'UNICEF et le directeur régional des Affaires sociales du district de Bamako à titre de personnes ressources. Ce noyau dur aura joué un rôle prépondérant dans l'élaboration du présent document.

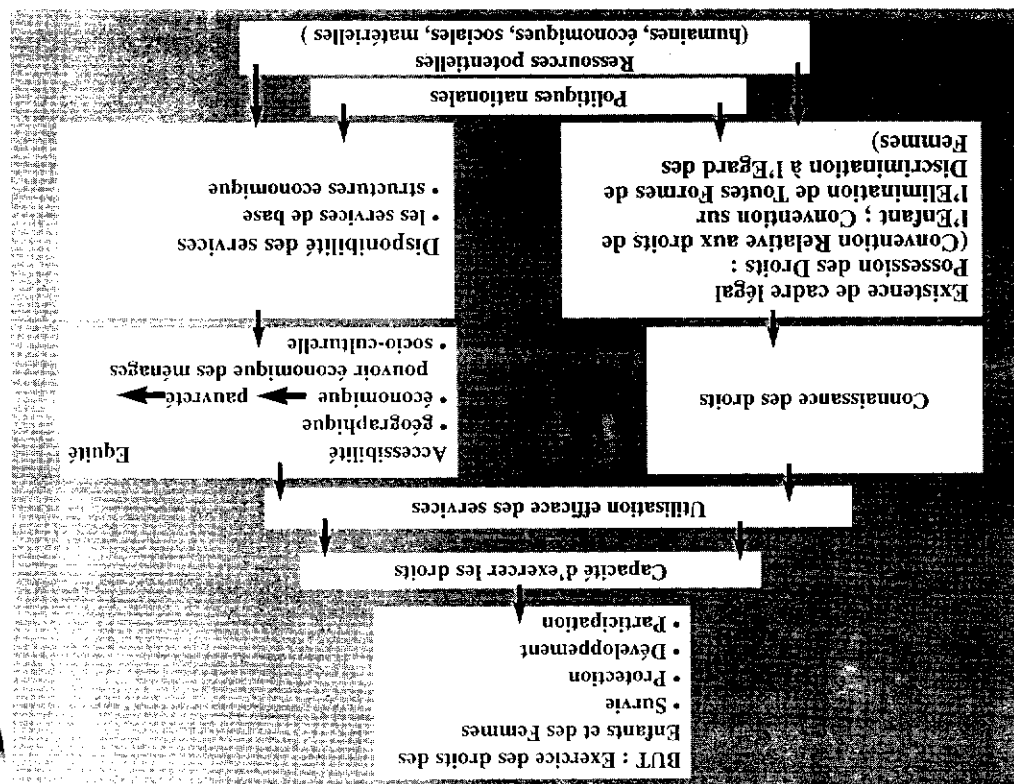
Une fois acquis le bien-fondé d'une analyse de situation ayant comme cadre de référence les droits, l'étape suivante fut d'élaborer un cadre conceptuel sur lequel viendrait s'appuyer la démarche. Le cadre conceptuel (ci-joint) définit la réalisation des droits des enfants et des femmes comme la finalité, le but à atteindre. Afin d'atteindre ce but, il faudra au-delà de l'acceptation des droits de la personne comme projet politique et social développer un cadre de politiques nationales de développement qui prendra en compte les ressources potentielles du Mali (humaines, économiques, sociales et matérielles). Et, d'autre part, la mise en œuvre de ces politiques de développement devra tenir compte à terme de la disponibilité et de l'équité dans l'accès des services de base par les populations. Ceci sera renforcé par la sensibilisation des populations à l'existence de ces droits et à l'harmonisation progressive du cadre légal à la réalisation des droits. Finalement, le cadre établit l'utilisation efficace des services comme une étape déterminante vers la capacité d'exercer les droits. C'est à partir du même cadre, qu'un premier schéma provisoire de l'analyse de situation sera élaboré.

A compter du moment où le cadre conceptuel fut clair, l'objectif de l'analyse devint également clair. C'est-à-dire d'évaluer la situation des enfants et des femmes au Mali telle qu'elle est en 1996, par rapport à la situation visée à long terme par les conventions. C'est basée sur ce consensus que la discussion fut

élargie à l'ensemble des acteurs au développement au Mali (autre département ministériel, ONG, associations, agences bilatérales et multilatérales, etc.) à travers une série de séminaires et d'ateliers de travail tantôt très larges, tantôt restreints qui se sont déroulés tout au long de 1996. Cette approche, qui s'est voulu itérative dès le départ aura permis de confirmer le bien-fondé de la démarche et surtout, de faire évoluer l'analyse et d'ajuster/modifier aussi bien le contenu que la forme tout au long du processus d'élaboration. Enfin, le document ne prétend pas avoir traité la question relative à la réalisation des droits des enfants et des femmes au Mali de façon exhaustive, mais plutôt d'avoir quelque peu structuré et renforcé la réflexion sur le plan national tout en édifant des domaines d'intervention prioritaires.



CADRE CONCEPTUEL DE L'ANALYSE DE SITUATION



Introduction

1.1 Objectifs d'une analyse de situation

Cette analyse de situation des enfants et des femmes au Mali se réfère à la Convention des Droits de l'Enfant (CIRE) et à la Convention sur l'élimination de toutes formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW). Ces conventions sont reconnues par le gouvernement et ses partenaires au développement comme étant le cadre à partir duquel les objectifs et stratégies d'action en faveur des enfants et des femmes seront définis.

La présente analyse de situation se donne trois fonctions principales :

La fonction de monitoring :

L'analyse des conditions de vie des enfants et des femmes constitue un outil de référence pour suivre les progrès obtenus dans la mise en œuvre des objectifs définis par les deux conventions. Elle permet de suivre également les objectifs définis dans le Plan d'Action National du Mali (PAN) pour l'Enfant et le Plan d'Action National pour la Promotion des Femmes (PNPF).

La fonction d'appui dans la formulation de politique nationale :

Par l'évaluation et l'analyse de l'impact des systèmes et politiques nationales en matière de développement social.

La fonction de programmation :

Par l'identification des actions prioritaires sur le plan national en faveur des enfants et des femmes.

Les conventions, normatives par excellence, représentent un cadre international de référence, exécutoire pour les Etats parties. Elles impliquent la responsabilité du gouvernement, de l'ensemble de la société malienne et ses partenaires au développement en vue de l'amélioration des conditions de vie des enfants et des femmes. Les droits fondamentaux tels que définis par les conventions représentent la base sur laquelle les objectifs en terme de développement social, économique, culturel et politique sont définis et mesurés.

1.2 Justification d'une analyse de situation basée sur les droits

1.2.1 Une nouvelle logique du développement

La décision d'utiliser la CIRE et la CEDAW comme cadre de référence d'une analyse de situation des enfants et des femmes au Mali tient à trois facteurs principaux :

Le premier facteur s'appuie sur la ratification des deux conventions par l'Etat malien en 1985 (CEDAW) et en 1990 (CIRE). Elles font maintenant partie intégrante de la structure légale des instruments du pays. Il est important toutefois de noter que la décision du Mali de ratifier les deux conventions et leur utilisation comme outils de programmation signifie un engagement à long terme pour leur application.

Le second facteur décisif tient à ce que les cinq dernières années ont vu s'opérer des changements majeurs dans le paysage politique du Mali. Le changement le plus profond est représenté par le processus de démocratisation qui a considérablement marqué la société malienne et ses institutions. L'on a assisté à une explosion sans précédent du nombre d'associations, d'ONG et d'autres groupements. Il existe également une prise de conscience de la part de la population concernant la démocratie en terme de droits, d'obligations, de liberté. La croissance continue du secteur privé et des masses média sont une illustration de la bonne santé de la nouvelle gouvernance politique.

Le gouvernement du Mali poursuit activement une politique de décentralisation qui vise à consolider l'évolution démocratique. Le transfert du pouvoir au niveau local nécessite la création de structures locales décisionnelles, accompagnée par la promotion des principes démocratiques (participation à la prise des décisions), des institutions démocratiques (élections locales), La tendance est d'évoluer d'une approche à dominance étatique où les populations sont de simples bénéficiaires, vers un processus de développement où les populations assurent le contrôle de la satisfaction de leurs propres besoins et par là, de leur propre développement. Ce changement de perception devra s'opérer non seulement au niveau du gouvernement mais aussi et surtout de façon importante au niveau des communautés, ce qui constitue en soi une base solide pour l'exercice des droits à la participation tels que formulés par les conventions.

Le troisième facteur tient au glissement du concept de développement vers un concept de droits. En effet, l'acceptation croissante par les Etats des conventions universelles protégeant les droits de la personne, ceux de l'enfant et ceux des femmes, a forgé une éthique du développement qui se fonde fermement sur les droits. Les besoins de développement des enfants ainsi que ceux des femmes sont, depuis longtemps, largement reconnus, mais ce n'est que depuis peu qu'ils sont vus en terme de droits, ce qui rend les gouvernements, les partenaires financiers et techniques ainsi que tous les acteurs du développement encore plus responsables. De plus en plus les gouvernements, les partenaires et les institutions financières internationales

reconnaissent les dépenses générées pour le développement humain comme des investissements rentables de même que celles liées aux droits de la personne. Cette convergence du développement et des droits fait donc du développement non plus seulement un choix mais bel et bien un impératif moral, une obligation.

1.2.2 Les deux conventions soutiennent bien un processus de planification de programmes

L'adoption de la CRC et de la CEDAW a entraîné une série d'actions visant à rendre opérationnels les engagements et l'esprit même des conventions. La première action a été de promouvoir la ratification par le plus grand nombre de pays. La CRC a été ratifiée à ce jour par 187 pays et seulement 6 ne l'ont pas encore fait. Quant à la CEDAW, elle a accusé un rythme plus lent puisqu'à ce jour 151 pays seulement l'ont ratifiée.¹

Le Sommet Mondial pour les Enfants tenu en septembre 1990 et la Quatrième Conférence Mondiale pour les Femmes tenue en septembre 1995, ont offert une tribune internationale afin que puissent se traduire les engagements des deux conventions de façon d'être à même de mesurer les plans d'action globaux découlant de ces sommets.

La participation du Mali à ces sommets, y compris la coprésidence du Sommet Mondial pour les Enfants, a stimulé un processus de réflexion national visant à traduire les engagements globaux dans des programmes nationaux pour les enfants et pour les femmes. Le Plan d'Action National (PAN) et le Plan d'Action National pour la Promotion des Femmes (PNPF) sont deux produits de ces sommets au Mali. Ces deux programmes servent maintenant de base référentielle pour camper les efforts de développement national et international devant bénéficier aux femmes et aux enfants maliens. Ces programmes exercent une influence non-négligeable sur les décisions du gouvernement et de ses partenaires financiers et techniques en ce qui a trait à l'allocation des ressources. En dernier lieu, les deux programmes nationaux comportent les mécanismes d'évaluation et de contrôle nécessaires afin de mesurer le degré d'atteinte des objectifs, ce qui permet ainsi de mesurer la mise en œuvre des conventions. De fait, examiner les écarts existant entre les droits reconnus dans les conventions et les conditions de vie actuelles des femmes et des enfants permet de dégager des stratégies et des priorités d'action qui font des conventions un outil de planification confirmé. C'est précisément cette démarche qu'une analyse de situation basée sur les conventions tend à vouloir renforcer.

¹ Jusqu'en 1996

1.3 Les aspects-clés des conventions

1.3.1 La non-discrimination

La non-discrimination ou l'équité est le principe fondamental sur lequel s'appuie la Déclaration universelle des droits de la personne et de la même manière, ce principe universellement reconnu s'applique dans les deux conventions touchant les enfants et les femmes. Ceci est particulièrement vrai en ce qui concerne la CEDAW dont le premier article porte sur la discrimination : *la discrimination contre les femmes viole les principes d'égalité des droits et du respect pour la dignité humaine, ce qui est un obstacle à la participation des femmes en termes égaux avec les hommes, dans la vie politique, sociale, économique et culturelle de leur pays et rend plus difficile le développement total des potentialités des femmes au service de leur pays et de l'humanité*. Ainsi, la non-discrimination est-elle le point de départ autant que le principe fondamental qui inspire tous les articles de la CEDAW.

De la même façon, la CRC est, elle aussi, fondée sur le principe de non-discrimination dès le début (préambule, article 2). Une application importante de ce principe se retrouve dans les articles touchant particulièrement les droits des filles. L'engagement envers la CRC permet de soutenir et de promouvoir la reconnaissance et la réalisation des droits des filles, comme groupe particulièrement vulnérable.

1.3.2 L'intérêt supérieur de l'enfant

Un des principes directeurs les plus importants de la CRC et qui se retrouve aussi dans la Charte Africaine sur les Droits et le Bien-Être de l'Enfant ainsi que dans la CEDAW se trouve à l'article 3 qui établit que dans toutes les actions qui concernent les enfants, qu'elles soient le fait des institutions publiques ou privées de protection sociale, des tribunaux, des autorités administratives ou des organes législatifs, l'intérêt supérieur de l'enfant doit être une considération primordiale.

C'est en tenant compte de ce qui précède que l'UNICEF et d'autres partenaires au développement ont invoqué ce principe pour faire valoir que les services de base s'adressant aux femmes et aux enfants devraient être protégés contre les compressions financières liées à l'ajustement structurel et à tout autre programme économique d'austérité.

1.3.3 La participation

La CEDAW et la CRC valorisent et soutiennent tout à la fois le rôle des



femmes et des enfants comme agents de leur propre développement. La non-discrimination étant la pierre angulaire de la CEDAW, il faut établir un lien entre les notions de non-discrimination et de participation. De façon explicite, la CEDAW établit le droit des femmes à la vie politique et publique : droit de vote, droit de participer à la formulation et à l'exécution de la politique du gouvernement (article 7). Elle affirme aussi le droit des femmes au travail et aux ressources économiques (articles 11 et 13).

Les droits des enfants à la participation trouvent leur expression dans plusieurs articles de la CRC. L'article 12 établit le droit de l'enfant à la libre expression et d'avoir des opinions personnelles sur les questions qui l'intéressent. Les articles 13 à 17 établissent le droit d'avoir accès à l'information, aux idées, à la liberté de pensée, de conscience et de religion, à la liberté d'association et de protection de la vie privée. L'article 42 exige des États parties qu'ils diffusent largement les principes et les dispositions de la CRC auprès des adultes de même qu'auprès des enfants à titre de préalable à leur participation effective à son exécution.

Ces articles visionnaires doivent être lus conjointement avec l'article 5 qui invite les États parties à respecter les responsabilités des parents à fournir la direction et les conseils aux enfants dans l'exercice de leurs droits. " d'une manière qui correspond au développement de ses capacités. " Ainsi, la CRC établit l'équilibre entre le droit à la participation et la reconnaissance que les enfants, en vertu de leur immaturité, ont besoin de conseils.

La vraie signification du droit à la participation, tel que défini dans les deux conventions, ne s'exprime pas dans la simple implication des femmes et des enfants dans les structures politiques et la prise de décisions, ce qui est important en soi. En fait, l'exercice du droit à la participation est un état d'être qui est intimement lié au respect de soi, à la dignité des enfants et des femmes, à leur image d'eux-mêmes comme agents de leur propre développement, ainsi que leurs concepts de solidarité et responsabilité. Le droit à la participation s'exprime donc dans l'éveil de ces sentiments d'autonomie et d'autosuffisance.

1.3.4 L'indivisibilité des droits culturel, économique, social, politique, civil

Dans le domaine des droits de la personne, la communauté internationale a été historiquement divisée entre différentes idéologies qui créaient une scission entre la primauté des droits civils et politiques par rapport aux droits sociaux et économiques. La CRC présente à ce titre un grand pas en avant en ce sens qu'elle combine tous les droits en un instrument visant le bien-être de l'enfant.

La CEDAW reconnaît elle aussi l'indivisibilité des droits. Elle aborde la discrimination à l'égard des femmes dans toutes les sphères civiles, politiques, sociales, économiques de la vie. Un poids égal est donné par exemple au droit de vote et au droit au crédit. Cette approche holistique des droits réclame que les mesures permettant leur exercice le soient aussi.

1.3.5 L'universalité des droits

La CRC et la CEDAW affirment que les droits qu'elles proclament s'appliquent également à tous les enfants et toutes les femmes du monde. Sur le plan opérationnel, ce principe se traduit par l'exigence d'élaborer des stratégies qui ciblent spécifiquement les enfants et les femmes les plus défavorisés, afin de leur permettre d'exercer leurs droits de façon équitable.

1.3.6 Le rôle de la culture

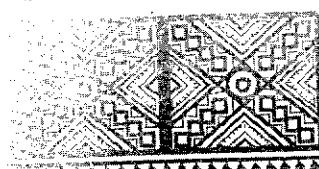
La relation entre la culture et les droits universels est complexe. La culture est de fait le contexte particulier dans lequel ces droits sont exercés et interprétés. Le fait de reconnaître à la culture un rôle clé ne peut par ailleurs conduire à en faire un métronome des droits de la personne. On doit plutôt voir une synergie entre culture et droits tout en reconnaissant leurs poids respectifs, celui des droits étant prépondérant.

Les deux conventions dont il est question ici adoptent cette approche à des degrés divers. La CRC met l'accent sur l'importance de l'éducation, des soins et du développement de l'enfant dans le contexte de son identité culturelle et de ses traditions (cf préambule) tout en invitant les États parties à abolir les pratiques traditionnelles nocives à la santé des enfants (cf articles 24, 3, 5). La Charte Africaine sur les Droits et le Bien-Être de l'Enfant soutient aussi cette approche (cf article 4).

La CEDAW se base sur l'hypothèse que toutes les pratiques nocives à la santé des femmes, et quelque soit leur degré d'enracinement dans la culture, doivent être éradiquées. Les États parties sont donc invités à travailler en ce sens dans le but de réaliser l'équité entre les genres. Dans l'article 5 de la convention et dans d'autres aussi, il est reconnu que le fait de criminaliser de telles pratiques n'est pas suffisant.

1.3.7 Les obligations des États parties et de la communauté internationale

Les conventions soulignent l'obligation pour les États parties de tout mettre en œuvre pour qu'elles s'exécutent. L'article 4 de la CRC oblige les États parties à prendre toutes les mesures législatives, administratives et autres si



nécessaire pour mettre en œuvre les droits reconnus dans la convention. En ce qui concerne les droits économiques, sociaux et culturels, les États parties doivent prendre les mesures nécessaires tout en tenant compte des ressources dont ils disposent et, s'il y a lieu, dans le cadre de la coopération internationale.

Par cette assertion, la CRC lie les responsabilités des États parties des pays en voie de développement à celles de leurs partenaires internationaux du développement dans l'exécution de la convention. L'article 24 invite de façon explicite les États parties à encourager la coopération internationale pour soutenir l'exécution des droits de l'enfant, particulièrement en matière de santé.

1.3.8 La complémentarité et la symbiose entre les deux conventions

Le Comité sur les Droits de l'Enfant a mis en relief la compatibilité entre la CRC et la CEDAW :

"La Convention relative aux droits de l'enfant et la Convention sur l'élimination de toutes formes de discrimination à l'égard des femmes se complètent et se renforcent mutuellement et doivent former le cadre principal d'une stratégie axée sur l'avenir afin de promouvoir et protéger les droits fondamentaux des jeunes filles et des femmes et d'éliminer définitivement les inégalités et la discrimination."

La relation unique entre la mère et l'enfant, la mère étant vue comme la première personne à prodiguer des soins à l'enfant, rend inextricable la satisfaction des droits de l'enfant et celle des femmes.

Les deux conventions attachent une importance particulière à la santé, l'alimentation et l'éducation tout en se concentrant spécifiquement sur les besoins des filles. Elles demandent dans les deux cas l'éradication de la violence et de la négligence basées sur le genre et cherchent à renforcer les pouvoirs des femmes et des enfants en faisant la promotion de leur participation effective dans toutes les sphères de leur vie. En dernier lieu, les deux conventions mettent en exergue le rôle important de la famille dans la société.

1.4 Le contexte du Mali

Dans les sociétés traditionnelles, l'enfant est comme une assurance vieillesse : il perpétue la lignée. Tout en assurant cette postérité, il est appelé à entretenir les parents au soir de leur vie. La présence des enfants consolide le foyer et affermit les liens entre époux. La rivalité légendaire existante entre co-épouses dans les ménages polygamiques repose sur leur capacité

de procréation ; ce qui explique la valorisation de la forte fécondité. Avoir beaucoup d'enfants est un signe de prestige et de pouvoir. Dans les sociétés maliennes patriarcales et patriarcales, la reconnaissance et la légitimité de l'enfant s'imposent. Toutefois, l'enfant naturel ou adultérin se voit marginalisé, surtout par rapport à la succession.

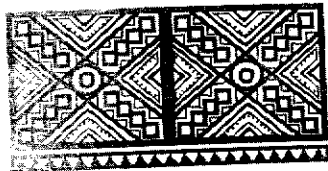
L'adulte est appelé en bambara *mogodafalen* ("personne complète au plan moral"), notion qui traduit la maturité, avec une forte endurance à l'épreuve : l'enfant doit accéder à ce statut de *mogodofulen*. Pour cela, il convient de le former. Le processus d'éducation se chargera de modeler l'enfant, de le socialiser, de l'intégrer progressivement au groupe : l'enfant n'étant pas le produit d'un couple mais plutôt celui d'une famille élargie, de la société. Les classes d'âge, les rites d'initiation constituent les périodes d'intégration et de formation.

La mobilisation sociale autour des conventions demeure faible et l'implication insuffisante des médias est un frein. Les obstacles socio-culturels sont augmentés du fait du taux élevé d'analphabétisme qui freine la diffusion des conventions. Les notions de liberté d'expression, de pensée, de conscience, de religion, de respect de la vie privée de l'enfant sont difficilement acceptées dans la société malienne où l'enfant est toujours sous la ferme tutelle des parents. L'insuffisance de formation et d'information des leaders d'opinion, des leaders politiques, des enseignants, des travailleurs sociaux, du personnel socio-sanitaire est une des causes des difficultés d'implantation des conventions.

Au Mali, la volonté politique est souvent contrariée par une insuffisance notoire de ressources. La lutte pour la survie aussi bien dans les zones urbaines que rurales fait que la priorité est accordée à la satisfaction des besoins de base. Certains enfants subissent une exploitation économique du fait de la pauvreté des parents. Leurs droits à l'éducation et à la santé sont impunément bafoués à cause des conditions économiques précaires dans lesquelles ils se trouvent.

En 1993, une étude a été menée pour harmoniser les articles de la CRC avec les dispositions de la législation malienne. Cette étude a constaté :

- un vide juridique dans certains domaines comme la santé, l'existence d'un code de santé publique ;
- des insuffisances (pas de contradiction) de la "sécurité sociale" liées au statut des parents ;



- l'absence de textes anciens (méconnus) difficilement accessibles ne sont pas à la portée des praticiens ;
- l'existence de résistances traditionnelles bloquant la mise en oeuvre de certains droits : les perceptions qui défavorisent l'éducation de la petite fille, l'excision, les mariages précoces ;
- le travail des enfants : le caractère éparpillé des textes rend aussi la tâche difficile aux praticiens.

Cette étude a constitué un grand pas vers l'harmonisation des différentes dispositions et a servi de guide pour le travail d'élaboration en cours. Il en fut de même pour la CEDAW.

En plus de cette étude, les actions dans ce domaine ont permis :

- d'identifier des problèmes liés à la survie, au développement, à la protection, et à la participation de l'enfant et de la femme ;
- d'initier des activités d'information, de sensibilisation dans le pays à travers différents canaux de communication pour une vulgarisation de la CRC. Celle de la CEDAW se poursuivait (documentaire sur les conditions des femmes et des enfants et la multiplication et la distribution de 25 000 brochures sur les textes de la CRC) ;
- d'élaborer et de faire adopter par le Gouvernement le PAN ainsi que le Plan d'Action National pour le Promotion des Femmes ;
- de mettre en place les structures d'associations, le Comité interministériel de suivi de la PAN, le Commissariat à la Promotion des Femmes avec ses antennes de coordination régionale ;
- d'accorder plus d'attention à la célébration du 16 juin, du 8 mars et du 31 juillet de chaque année ;
- de traduire la CRC en langues nationales (bamana et soninké).

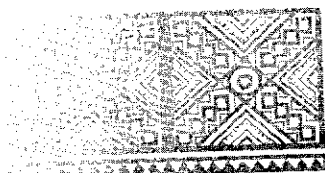
A partir des ces constats, la société civile et les services techniques ont demandé l'élaboration d'un Code de Bien-Être et de Protection de l'Enfant, qui est en cours de rédaction. Il existe encore des faiblesses dans l'application de la convention surtout en regard de la relecture de la loi 87-98 ANRM du 9 février 1987 portant sur la minorité pénale et l'institution des juridictions pour mineurs. Les tribunaux pour enfants ne sont pas encore fonctionnels sur l'ensemble du territoire national.

Dix ans après sa ratification, la CEDAW est encore perçue timidement en termes de droits de la femme malienne. Cette situation s'explique par un ensemble de facteurs socio-culturels qui déterminent la nature de la perception que les populations en général ont de la femme et de ses droits et du regard que porte la société sur la femme.

A défaut d'études poussées sur la question, on peut toutefois retenir que traditionnellement les populations connaissent la femme dans ses rôles d'épouse, de mère, mais parfois elle est considérée comme une mineure en raison de son sexe. Elle est perçue souvent comme la confidente de l'homme mais cette perception varie souvent dans le temps et l'espace. Ce décalage se manifeste en partie au niveau des pratiques de la polygamie et de la coutume. Ces perceptions sont en déphasage avec l'esprit de la CEDAW qui consacre largement une politique de protection, de participation intégrale de la femme dans la vie.

Malgré ces perceptions, des efforts sont actuellement déployés par le gouvernement et le mouvement associatif pour informer, sensibiliser les populations sur les droits des femmes qui ne sont pas toujours bien appréhendés par les populations. Si les droits des femmes sont reconnus, ils ont surtout besoin d'être confirmés. Le gouvernement dans le processus de démocratisation fait preuve d'une volonté ferme d'impliquer les femmes dans les sphères de la vie du pays. Mais un tel changement commence d'abord et surtout par le changement de mentalités des femmes elles-mêmes et de la société toute entière.

En vue d'éviter des déséquilibres sociaux, l'acquisition de ces droits doit se faire non en termes conflictuels, mais sur une base démocratique des échanges fructueux, de concertations, d'éducation au sein du ménage, des familles, et des communautés. Un bon exemple de ce type d'échange a été donné lors du forum de deux jours en novembre 1996 qui a regroupé des hommes de culture (écrivains, hommes de théâtre, critiques littéraires, etc.) pour analyser l'adéquation entre la culture, les traditions et la CRC et la CEDAW, celles-ci étant perçues malheureusement comme des formes de survivance du passé au caractère figé. Cette rencontre des hommes de culture marque un pas dans la recherche d'une nouvelle approche pour un changement des comportements collectifs vis-à-vis du couple " femme-enfant " au regard des pesanteurs culturelles et religieuses.



Aperçu de la situation du pays

2.1 Caractéristiques physiques

Pays francophone de l'Afrique de l'Ouest, situé dans la zone soudano-sahélienne, le Mali couvre une superficie de 1 241 238 km² avec un climat saharien au nord et soudano-sahélien au sud. C'est un pays continental qui partage ses frontières sur une longueur de 7 000 km avec 7 autres pays : 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. Le climat est marqué par une saison sèche longue de 8 mois au sud et 11 mois au nord et une saison des pluies variant entre 4 mois au sud et moins d'un mois au nord. Certaines contraintes physiques — rigueur du climat — mauvaise répartition des pluies dans le temps et l'espace, pèsent sur l'activité économique, très dépendante des aléas climatiques. De plus, la dégradation de l'environnement, notamment des sols, des pâturages et des forêts constitue une menace à la diversité biologique.

2.2 La démographie

La population du Mali est estimée en 1995 à 9 millions d'habitants, composée de ruraux pour plus de 70 %. Des différences considérables existent entre les différentes régions : 4 régions sur 8 ont une population supérieure à 1,4 millions. La population est relativement jeune avec près de 49 % de moins de 15 ans, concentrée (plus de 50 %) dans les régions de Koulikoro et Sikasso. Les femmes constituent un groupe majoritaire ; elles représentent 51,2 % de la population. Les ménages dirigés par les femmes abritent environ 14 % de la population. Deux modes de vie prédominent au Mali : sédentaire (94 %) au sud et au centre du pays et nomade (6 %) au nord.

2.3 Environnement politique, institutionnel et administratif

2.3.1 Système politique et démocratisation

Le Mali est devenu indépendant en 1960. Après des périodes d'instabilité politique marquées par l'intervention de l'armée, la troisième République instaurée en juin 1992, fait suite en mars 1991 à l'expression d'une volonté populaire de changement politique et de rupture avec le passé autocratique.

Le principe fondamental sur lequel s'appuie l'organisation du pouvoir est celui de la séparation des pouvoirs. Cette volonté a été confrontée à une succession de crises socio-politiques qui ont créé une atmosphère d'insécurité



générale préjudiciable à la paix sociale et à la stabilité des institutions républicaines missiennes (crise du Nord et celle de l'école). Le gouvernement actuel a tout de même entrepris dans ces conditions, la formulation de réformes d'envergure, notamment dans le domaine social. Des orientations claires ont été prises pour améliorer la condition des enfants et des femmes, parmi lesquelles : assurer la promotion de la femme, réformer le système éducatif en renforçant l'éducation de base, améliorer la santé et gérer la croissance démographique avec la participation des populations. Une politique de décentralisation, audacieuse dans ses objectifs et prudente dans l'exécution, sort de cadre à la mise en œuvre de ces orientations. Le règlement pacifique du conflit du Nord a créé les conditions d'une reprise des activités de développement dans la partie septentrionale du pays.

Droit à la participation :

Un exemple de la mise en œuvre

Du 15 au 31 août 1994, le gouvernement a organisé des concertations régionales autour des problèmes prioritaires du pays : problèmes du Nord ; question scolaire ; insécurité ; ajustement structurel et dévaluation ; démocratie, droit, libertés et réconciliation nationale ; décentralisation ; politique extérieure et intégration africaine. Ces concertations avaient pour but d'informer, de débattre, de reconcilier, et d'agir. Elles ont dégagé le problème du Nord, la question scolaire et l'insécurité comme les trois préoccupations fondamentales à l'heure actuelle. Les autres (ajustement structurel et dévaluation, démocratie, droit, libertés et réconciliation nationale, décentralisation, politique extérieure et intégration africaine) comme des éléments de solution aux trois grandes crises qui assaillent le pays. La participation a été très large et représentative de la société malienne. Ces concertations ont permis d'obtenir l'aval des populations pour un certain nombre de décisions importantes, mais difficiles à prendre, parce qu'elles concernent souvent des populations. Ceci illustre bien la participation de la société civile au processus de développement du pays.

2.3.2 Décentralisation

La décentralisation dont la mise en œuvre a débuté en 1996 par le découpage administratif en communes, est l'aboutissement d'une évolution lente et complexe depuis l'époque coloniale. A l'indépendance, le Mali comptait 13 communes mais malgré une volonté de décentralisation affirmée, la transformation des circonscriptions administratives en collectivités territoriales ne fut jamais traduite dans les faits. L'exigence plus forte de transparence et de responsabilisation des populations dans la gestion des affaires

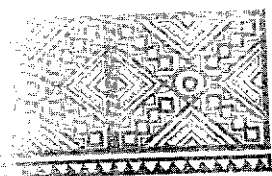
publiques qui a accompagné les événements de mars 1991 a donné une nouvelle impulsion à la décentralisation avec l'affirmation du principe de la libre administration dans la constitution de la III^e République. L'érection du Haut Conseil des Collectivités au rang d'institution de la République (janvier 1992) et la création de la Mission de Décentralisation (juin 1992) pour aider à la mise en œuvre de la politique de décentralisation en sont des preuves éloquentes.

La décentralisation, pour faire face aux défis nouveaux, doit aboutir à un partage de pouvoir entre l'Etat, les élus locaux et les citoyens. Elle peut se résumer ainsi :

- L'Etat transfère quelques blocs de compétence et concomitamment des ressources et des moyens à des collectivités locales que seront suivant la loi 93-008 du 11 février 1993 les régions, cercles, communes urbaines et rurales et le district de Bamako. Elles seront autonomes et dotées de la pleine capacité juridique sans relation de subordination hiérarchique entre elles. Chacune étant totalement responsable dans son domaine de compétence ;
- L'Etat rend en même temps ces collectivités, placées sous la direction d'élus locaux, plus autonomes et responsables de leurs actes. L'exécutif local ne sera donc plus assuré par les représentants que sont les gouverneurs et commandants qui n'exerceront qu'une tutelle par le contrôle a posteriori de la légalité des actes des exécutifs locaux ;
- Les collectivités territoriales seront constituées suivant le principe de progressivité matérielle qui se traduira par la création d'abord et avant tout de communes rurales et urbaines sur tout le territoire. Ces dernières seront les structures de base de la nouvelle pyramide administrative. Le principe de progressivité sera aussi observé pour le transfert des compétences de l'Etat vers les communes en fonction des capacités humaines, techniques et financières de chaque localité.

Les conséquences de la décentralisation seront :

- sur le plan politique, l'omnipotence de l'Etat qui caractérise le système politique subira un changement ;
- sur le plan économique, on passera d'une situation où l'Etat est seul décideur, à une situation où il devra partager ce rôle avec les collectivités territoriales et le secteur privé ;



• sur le plan social, un rapprochement s'opérera entre l'administration et les administrés ; l'administration locale étant dirigée par des élus, il s'établira entre ces derniers et les populations des rapports fondés sur la gestion concertée des affaires locales ; les populations disposeront d'un pouvoir de contrôle et de sanction sur l'administration grâce à l'élection.

Découpage territorial et politiques sectorielles

702 communes ont été créées selon un processus participatif de regroupement volontaire de villages et de fractions. Des incertitudes demeurent sur la configuration des futures communes rurales par rapport aux entités existantes (cartes sanitaires, cartes scolaires, etc.) d'autant que les critères de découpage ne sont pas les mêmes. L'approche participative et la coopération intercommunale prévues par la réforme contribueront à réduire les risques de déstructurer les aires actuelles résultant des découpages sectoriels.

Transfert de compétence et organisations communautaires

La décentralisation prévoit le transfert progressif de certaines compétences de l'Etat central vers les collectivités territoriales qui seront autonomes et responsabilisées. Ainsi donc au niveau de la commune, l'assemblée élue qui est le conseil communal devient le détenteur du véritable pouvoir exécutif et règle par ses délibérations les affaires de la commune, notamment celles relatives au programme de développement économique, social et culturel.

Ces changements ne vont pas s'opérer cependant sur un terrain vierge car les politiques sectorielles ont déjà permis une responsabilisation accrue des communautés dans la prise en charge de leurs propres problèmes ; certaines allant même jusqu'à favoriser une dynamique intervillageoise de développement. Dans le domaine de la santé, il existe un important secteur de santé communautaire avec l'existence des centres de santé communautaire (CSCOM) gérés par les associations intervillageoises de santé communautaire. Dans le domaine de l'éducation, l'intervention des associations de parents d'élèves est devenue une réalité pour la construction d'écoles et de classes et, de plus en plus, la gestion de l'école. Il existe aussi dans le secteur de l'eau des associations d'usagers et des comités de gestion des points d'eau.

La mise en œuvre de la décentralisation ne rend pas pour autant 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 actuelles doit être établi et basé sur des 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.

Décentralisation et désengagement de l'Etat

Des interrogations subsistent sur le désengagement de l'Etat qu'entraînera la mise en œuvre de la décentralisation. Il s'agit selon la réforme d'alléger l'Etat de tâches pouvant être mieux assurées par des élus locaux sans mettre en cause les prérogatives primordiales de l'Etat.

La déconcentration des services techniques de l'Etat s'est déjà traduite par la création de directions et de services techniques régionaux pour la mise en œuvre plus efficace des politiques sectorielles tout en assurant des conditions favorables à la décentralisation. Les services de l'Etat se désengageront du secteur productif et de certaines prestations de service et se concentreront 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.

Femme et décentralisation

En ramenant le pouvoir dans un espace proche de la famille, la décentralisation crée des conditions favorisant l'implication des femmes mais aussi leur participation à l'exercice du pouvoir. Leur rôle socio-économique important les prédispose à s'investir dans ces nouveaux espaces créés par la décentralisation pour la gestion des affaires locales et en particulier de tout ce qui touche le cadre de vie immédiat des populations. Les dispositions législatives et réglementaires fixant les conditions requises pour être électrices ou éligibles ne sont pas discriminatoires envers les femmes. Néanmoins, le fait que les femmes représentent moins de 3 % des députés révèle le besoin d'un plus grand effort de sensibilisation. Etant majoritaires dans le corps électoral, les femmes peuvent faire prendre en compte leurs préoccupations et occuper des fonctions électives. Leur engagement dans la mise en œuvre de la décentralisation témoigne de leur prise de conscience des enjeux futurs. La réussite de la décentralisation se mesurera aussi par la place qu'occuperont celles qui constituent plus de la moitié de la population malienne.

2.3.3 Communication

L'accès des populations aux médias est un facteur important dans le développement d'un pays. Au Mali, 56 % des ménages possèdent un poste de radio et 8 %, un poste de télévision (EDS II 1995-1996). Précisons, cependant, qu'il n'est pas nécessaire de posséder ces équipements pour y avoir

accès, de nombreuses personnes allant écouter la radio ou regarder la télévision chez des amis ou des voisins.

Tableau

Pourcentage de femmes et d'hommes qui, habituellement, lisent un journal, regardent la télévision et/ou écoutent la radio au moins une fois par semaine.

	Aucun média	Lit un journal au moins 1x/semaine	Regarde la télé au moins 1x/semaine	Écoute la radio au moins 1x/semaine	Les trois médias
Femmes	36,4	6,5	29,8	59,8	5,0
Hommes	16,1	15,8	38,3	81,3	12,1

Source : EDS II 1995-1996, p. 31.

On constate que plus du tiers des femmes (36,4 %) n'ont accès à aucun des médias. Selon les caractéristiques socio-démographiques, l'accès aux médias décroît avec l'augmentation de l'âge. Les femmes les plus jeunes sont donc les plus en contact avec l'information. L'accès est beaucoup plus important en milieu urbain, et plus particulièrement à Bamako, qu'en milieu rural. De même, les femmes ayant fréquenté l'école ont plus d'accès aux médias que celles sans instruction ; parmi les femmes de niveau secondaire ou supérieur, 80 % regardent la télévision, 93 % écoutent la radio et 66 % lisent des journaux, alors que 42 % des femmes sans instruction n'ont accès à aucun des médias (EDS II 1995-1996).

Dès les premières heures de l'indépendance, le Mali a initié et développé de grands rassemblements artistiques et culturels pour mobiliser la jeunesse. Cette tradition se fondant sur la culture, se traduit par les jeux de marionnettes et de *katéba* et sa vivacité continue de nos jours à être célébrée.

En effet les ressources du théâtre sont inépuisables et elles ont largement contribué dans les années 90 à l'éveil des consciences. Le théâtre, moyen de communication et reflet critique de la société, a suscité la prise de conscience et libéré la parole. Aussi a-t-il été l'un des éléments catalyseurs de la révolution de Mars 1991. Ce changement aura le mérite d'une deuxième révolution, celle du pluralisme de l'information. L'ampleur des changements intervenus est telle qu'on assiste aujourd'hui les mutations des médias à des allures de révolution culturelle et sociale.

Pour le Mali, l'année 1994 marque le début de la consolidation des acquis

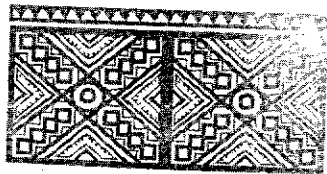
démocratiques qui se caractérise par une garantie fondamentale des libertés d'expression et d'association. La liberté de la presse contribue non seulement au renforcement de la démocratie, mais à l'information éducative des populations et joue un rôle de contre-poids politique. L'on note dans cet espace médiatique près de 50 titres, quotidiens, hebdomadaires, mensuels, périodiques, 60 stations de radios rurales, libres, associatives ou communautaires. Sous le label de la démocratie, la III^e République a mis en place les cadres institutionnel et juridique pour parachever le processus démocratique. Dans ce contexte ont été mis en place le Conseil Supérieur de la Communication et la Commission Nationale de l'Égal Accès aux Médias d'État.

La radio est le moyen d'information privilégié au Mali : 59,8 % des femmes et 81,3 % des hommes écoutent la radio au moins une fois par semaine (EDS II 1995-1996). Une culture radio s'est installée au Mali avec la bande FM. Le nouveau paysage audio-visuel malien riche des radios de proximité, de la chaîne nationale et de ses démembrements régionaux est le support indispensable des nouvelles politiques sectorielles pour leur plaidoyer et la mobilisation sociale.

Les radios : moteurs de conscientisation et de changement

Le paysage radiophonique du Mali a beaucoup changé au cours de ces dernières années et a un impact de plus en plus important sur la vie quotidienne des communautés malienues, qu'elles soient urbaines ou rurales, que ce soit au plan social, économique ou politique. Partailleurs, une soixantaine de radios de proximité de toutes typologies (communautaires, associatives, commerciales, rurales, etc.) jouant nécessaire de se regrouper afin de mettre en commun leurs moyens, se sont organisées au sein de l'Union des Radiodiffusions et Télévisions Libres (URTEL) dont l'objectif est de renforcer le rôle des radiodiffusions et télévisions libres dans l'exercice de la démocratie et du multipartisme, dans la défense des droits de la personne et du citoyen, dans le développement humain et l'épanouissement culturel.

Dans le cadre de la politique de décentralisation en cours, les radios de proximité sont de nature à jouer un rôle moteur dans la conscientisation et le changement de comportement des populations. La presse aujourd'hui, particulièrement les radios, manifeste un intérêt particulier pour les thèmes relatifs au développement social parmi lesquels la CRC. Depuis la célébration de la Journée Internationale de la Radiodiffusion et de la Télévision en faveur des enfants, les enfants ont monopolisé les ondes. Ils ont fait de ces stations leur "chose", leur complice pour véhiculer leurs messages.



Jusqu'au début de la décennie 90, la contrainte majeure et aveuglante à laquelle étaient confrontés les médias, monopole de l'Etat, était celle de leur dépendance à l'égard d'un pouvoir politique exercé par un parti politique unique et autoritaire, des sources d'information strictement autorisées, c'est-à-dire officielles, un traitement et une diffusion sélective et orientée de l'information, une censure relayée par l'auto-censure des journalistes eux-mêmes.

Ainsi le paysage médiatique du Mali s'est-il enrichi, mais il demeure un vaste chantier où les potentialités existent quant à son épanouissement. Ces potentialités méritent d'être encadrées, exploitées et mises au service des communicateurs et, bien entendu, du public. C'est dans ce contexte qu'il faut situer la Politique Nationale de Communication pour le Développement (PNCD).

2.4 Environnement macroéconomique

Au plan économique, la situation reste marquée par l'élaboration et la mise en oeuvre de différents programmes de stabilisation et de réformes structurelles entreprises depuis le début des années 80. Les réformes ont visé à améliorer la compétitivité de l'économie de manière à générer la croissance durable nécessaire pour relever les niveaux de vie et réduire la pauvreté. Elles comportaient des mesures macroéconomiques destinées à :

- maîtriser la masse salariale du secteur public ;
- restructurer les dépenses en faveur des secteurs sociaux et ainsi que les dépenses de fonctionnement et de maintenance ;
- simplifier le cadre réglementaire des activités économiques ;
- libéraliser le commerce et les prix intérieurs ;
- dégager l'Etat de certaines entreprises publiques et renforcer la gestion des entreprises privées dans le portefeuille public.

Dans le cadre des PAS, certaines mesures de rationalisation de la gestion des ressources humaines avaient été prises. Elles ont porté sur :

- le réajustement des effectifs de chaque secteur en fonction des besoins par la réduction d'effectifs des secteurs à effectif pléthorique comme le développement rural (sureffectif estimé à 30 % des effectifs en 1993) au profit des secteurs qui ont des manques chroniques en la matière, notamment l'éducation et la santé ;

- le redéploiement des effectifs à l'intérieur de chaque secteur en fonction des priorités intrasectorielles par les redéploiements dans l'espace, entre domaines d'activités prioritaires et les autres et les effectifs administratifs pléthoriques à des postes opérationnels ;

- la formation, rémunération et carrière des agents ne font pas l'objet de mesures concrètes.

A titre d'illustration, Bamako avec seulement 10 % de la population du pays concentre 60 % des cadres supérieurs et 39 % des infirmiers dans le secteur de la santé. Un autre fait est que la plupart des politiques sectorielles prône le développement à la base. Le profil indiqué (technicien de développement par exemple) pour une telle démarche communautaire n'est disponible qu'au département de la santé et de l'action sociale. Ainsi, le besoin d'adapter les cadres organiques aux objectifs des politiques sectorielles se justifie.

L'application des mesures de départ volontaire à la retraite au personnel des services d'éducation et de santé, alors que les textes instituant ces programmes les en excluaient, et la non application des mesures de rationalisation de la gestion du personnel ont été un des obstacles importants à la mise en oeuvre des politiques sectorielles concernées. Les PAS ont retenu la santé et l'éducation comme les domaines d'intervention privilégiés de l'Etat en favorisant l'amélioration des ratios personnel socio-sanitaire/population et élève/maitre.

En réponse aux succès limités des politiques macro-économiques, une dimension sociale est intégrée dans les PAS depuis 1990, mais elle n'a pas connu le développement espéré : politique de promotion de l'auto-emploi à travers des structures d'appui à la création des PME, politique de promotion de l'emploi à travers le financement des travaux d'intérêt public à haute intensité de main d'oeuvre, mise en place d'un filet de sécurité sociale pour limiter les effets sociaux négatifs de la dévaluation. Sur les 13 milliards de fonds du filet de sécurité sociale, 11,8 ont été dépensés en 1994 de la manière suivante : ajustement des salaires 2,959 éducation 2,756 (achat de livres et d'équipements pédagogiques, construction et réhabilitation des salles de classe) santé 1,422 (dont un milliard pour l'achat de médicaments essentiels par la PPM) ; moins valeurs 2,294 (pétroliers, sur le sucre, fiscalité) autres 2,373 (dont centrale d'achat de l'UNTM 0,3 ; arriérés 0,859 ; concertation régionale 0,140 ; ré-évaluation marché 0,851 ; équipement quartiers périphériques 0,183). Ce filet a été reconduit en 1995 pour 10 milliards et en 1996 pour 8,7 milliards.

Les réformes appliquées jusqu'ici ont donné quelques résultats encourageants (déficit budgétaire de 12 % du PIB en 1991 à 9,6 % en 1993 ; le solde

transactions courantes de 14,1 % du PIB en 1991 à 13,8 % en 1993 ; l'inflation a été contenue à moins de 3% par an en moyenne. Cependant, quelques problèmes subsistent :

- la croissance du PIB d'une moyenne annuelle de 3% entre 1988 et 1993 n'a pas suffi à compenser le taux élevé d'accroissement de la population (3,7 %), ce qui donne un taux négatif d'accroissement de PIB par habitant ;
- le revenu par habitant a été en 1993 de 300 dollars soit l'un des plus faibles du monde ;
- le manque de compétitivité de l'économie aggravé par la dépréciation persistante des monnaies des pays concurrents dans la région et la dégradation des termes de l'échange ;
- peu d'amélioration en matière d'épargne et d'investissement et peu de progrès dans la diversification des exportations.

Le changement de parité fixe du franc CFA en janvier 1994 était positif pour le Mali sur le plan macro-économique. Toutefois, à court terme, la dévaluation a eu un effet néfaste sur les populations les plus défavorisées. La flambée des prix de produits d'importation a frappé certains produits alimentaires et surtout les médicaments.

Le Mali voit son processus de développement handicapé par plusieurs facteurs dont :

- des facteurs géographiques (enclavement, vastes espaces désertiques, pluviosité aléatoire et souvent déficiente) ;
- la capacité limitée de financement propre de l'Etat, les investissements étant financés à 85 % par les ressources extérieures ;
- l'insuffisance des infrastructures de base (transport, énergie, communication) la faiblesse relative du poids du secteur privé ; la difficulté d'accéder au crédit ;
- l'endettement extérieur dont l'encours se chiffre actuellement à 1500 milliards de francs CFA soit 31 % des exportations et 43 % des recettes budgétaires ;
- des facteurs socio-culturels : forte croissance démographique naturelle supérieure à 3,7 % par an dépassant le taux de croissance économique de 3,1 % en moyenne de 1980 à 1990 ; poids des pratiques et traditions séculaires.

Pour relever ces nombreux défis, le Mali s'est orienté résolument vers le libéralisme économique et l'orthodoxie financière en adoptant des politiques d'ajustement macro-économiques et structurelles qui devront se réaligner dans un contexte de désengagement de l'Etat du secteur productif au profit du privé, et d'une plus grande participation des populations grâce à la démocratisation et à la décentralisation. En août 1994, une nouvelle loi de privatisation destinée à fournir un cadre juridique pour l'effort de réforme des entreprises publiques a été adoptée. La réforme du secteur des entreprises publiques reste un élément clé de la politique du PAS. Sur les 66 entreprises dont l'Etat était l'actionnaire unique ou majoritaire, 29 ont été privatisées, 15 ont été privatisées et un certain nombre ont été restructurées. La réforme de ce secteur sera intensifiée et achevée d'ici fin 1997. Ainsi, les activités du secteur public se limiteront à la prestation de services publics essentiels, sélectionnés en assurant une meilleure utilisation des ressources publiques limitées et un élargissement de la participation du secteur privé à l'activité économique.

Le secteur primaire contribue pour 42 % au PIB en 1995 principalement sur l'agriculture et l'élevage. La production de coton a été de 315 891 tonnes (accroissement de 14,3 % par rapport à 1994). L'élevage a enregistré en 1995 une croissance de 2,6 %. En année de bonne pluviosité, le Mali est largement auto-suffisant sur le plan alimentaire et exporte vers les pays voisins ses excédents (mil, sorgho, maïs, riz, ovins, bovins, caprins).

Le secteur secondaire a connu une forte évolution en 1995 avec un taux de croissance d'environ 6,4 % : textile (18,3 %), mines (11,7 %, eau et électricité (10,2 %) et BTP (10 %). Sa part au PIB est de 14 % en 1995.

Le secteur tertiaire contribue pour 45 % au PIB en 1995 et occupe 11 % de la population totale. Le commerce et l'administration publique sont les principales sources d'emploi dans ce secteur.

La main d'œuvre au Mali est à prédominance agricole. Les femmes représentent 37,67 % de la population active, exerçant le plus souvent dans le secteur informel. En 1994, le chômage était un problème beaucoup plus grave en milieu urbain (9,5 %) qu'en milieu rural (1 %). Le chômage est deux fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes, et frappe beaucoup plus les jeunes. La proportion d'enfants de moins de 14 ans occupés à un emploi productif se situait à 25 % de la main d'œuvre totale et elle est plus élevée en milieu rural.

Le déficit budgétaire global sur la base des engagements (dons exclus) de 14,5 % du PIB en 1994, est passé à 8,1 % en 1995. Quant aux recettes, elles

se sont chiffrées à 160,8 milliards en 1995, soit une augmentation de 27,8 % par rapport à 1994 (performance des services de douane). Les dépenses ont été contenues grâce à la politique restrictive mise en œuvre par le gouvernement (gel des salaires, accalmie sociale). Par rapport à 1994 (268 milliards), elles ont baissé de 7,2 milliards (248,6 en 1995).

L'encours de la **dette extérieure** en pourcentage du PIB a atteint le niveau record de plus de 150 % en 1994 et devait tomber à 114 % en 1996. En 1994, le service de la dette représentait plus de 27 % des exportations, selon la Banque Mondiale (World Bank 1996). Il reste encore supérieur au plafond de 20 % (normes des partenaires internationaux).

Durant les cinq dernières années (1991-1995), le cumul de l'**aide concessionnelle** globale reçue par le Mali se chiffre à 2 251 975 000 US\$, soit une moyenne annuelle de 450 395 000 US\$ (225,2 milliards FCFA au taux de 500 FCFA pour un dollar). L'aide aux projets d'investissement représente 61,9 % de l'aide globale, suivie par la coopération technique 17,8 %, l'aide budgétaire 16,3 %, l'aide alimentaire 2,9 %, et l'aide d'urgence 1 %. La répartition de l'aide est la suivante: l'aide multilatérale 52,1 %, l'aide bilatérale 43,5 %, l'aide des ONGs 4,3 %. D'une manière générale, les tendances de l'aide publique au développement montrent une certaine discontinuité avec des baisses et des hausses alternées. Mais au total, on constate une baisse, qui n'est pas compensée par un apport de capitaux privés.

L'Initiative 20 % - 20 % est une proposition internationale qui suggère que 20 % du budget public dans les pays en développement soient consacrés aux services sociaux essentiels (santé de base, éducation de base, eau et assainissement, nutrition, santé génésique et population). Aussi, les bailleurs de fonds sont encouragés à accroître à 20 % le montant total de l'aide accordée aux mêmes services sociaux. Du côté du budget de l'Etat, on constate un progrès substantiel vers l'objectif 20 % - 20 %, au moins en ce qui concerne l'éducation. Depuis 1991, liées aux réformes d'ajustement structurel du secteur, les ressources allouées à l'enseignement primaire ont monté de 33 % (1991) jusqu'à 43 % (1996) des dépenses totales du secteur. En terme de pourcentage de dépenses publiques, les ressources allouées à l'enseignement primaire en 1995 représentaient à peu près 9 %. Même si les besoins demeurent énormes, ces tendances reflètent une restructuration importante du secteur en faveur de l'éducation de base.

2.5 Le profil de la pauvreté au Mali

Le seuil de la pauvreté au Mali est fixé par la DNSI à 137 000 FCFA de

revenu par an, soit légèrement en dessous du seuil mondial (150 000 FCFA). Ce seuil représente le niveau de consommation en dessous duquel même les besoins les plus essentiels ne peuvent pas être assurés.

Selon les résultats de l'EBC, 72,8 % de la population du Mali consomment annuellement l'équivalent de moins de 137 000 FCFA et se trouvent de ce fait classés dans la population pauvre. Pour fixer le seuil de la grande pauvreté, la population pauvre a été divisée en deux parts égales. Ainsi, 36 % de la population, qui constituent le groupe "très pauvre" consomment chaque année l'équivalent de moins de 77 000 FCFA.

La population vivant au-dessous du seuil de pauvreté est dans une proportion de 90 % implantée en milieu rural. Plus de cinq millions de personnes en milieu rural vivent au-dessous du seuil et six cent mille en milieu urbain. Les zones urbaines ont moins de 50 % de leur population vivant au-dessous du seuil de pauvreté. La représentation des catégories socio-professionnelles dans les groupes varie fortement. Les groupes très pauvres et pauvres sont respectivement aux trois-quarts et aux deux-tiers composés d'agriculteurs.

Il est donc essentiel que les stratégies de développement ciblent les pauvres selon leurs spécificités économiques et géographiques. Il est aussi fondamental de ne pas laisser se creuser l'écart important entre le mode de consommation des pauvres ruraux et celui du groupe non pauvre, qui déboucherait à terme sur une marginalisation d'une fraction importante de la société malienne.

2.6 Le développement humain

L'indice de développement humain (IDH) regroupe trois indicateurs portant respectivement sur la longévité, le savoir et le niveau de vie. Le Mali a un IDH de 0,251 en 1994 ; il est estimé à 0,253 en 1995. Ces chiffres traduisent les difficultés que rencontre une majorité de Maliens pour la satisfaction de leurs besoins essentiels, notamment dans les secteurs sociaux essentiels (éducation, santé, eau, hygiène publique, logement). Il y a lieu de noter que l'IDH a connu une évolution remarquable de 1976 à 1995. En effet, il est passé de 0,146 en 1976 à 0,253 en 1995, soit une augmentation de 73,3 % en 20 ans et une augmentation annuelle de 3,66 %. A partir des années 80, on a assisté à une détérioration progressive de la situation économique se traduisant par une dégradation de la situation sociale et du niveau de vie des populations. Ceci a amené le pays à adopter dès 1982 le programme d'ajustement structurel et un réajustement monétaire (dévaluation du FCFA) en 1994.



L'indice national de variation est une mesure de l'engagement des Etats parties à la CRC. En comparant les performances de chaque pays avec la moyenne que l'on pourrait attendre compte tenu de son niveau de développement économique (donné par le PNB par habitant), on obtient une différence, positive ou négative, qui est l'INV du pays. Malgré les insuffisances de certaines statistiques, cet indice est le seul moyen pour comparer sur le plan international et à long terme dans quelle mesure les différents pays assument ou non leurs responsabilités dans ces domaines clés de la convention. Pour le Mali, voilà la situation actuelle :

Indicateur	Réel	Attendu	Différence
Taux de mortalité des moins de 5 ans	238	150	-88
% des enfants atteignant la 5 ^e année d'études	26	43	-17
% des moins de 5 ans de poids insuffisants	31	32	+1

Source : UNICEF, Progrès des Nations, 1996.



Droits des enfants et des femmes : condition de vie

Introduction sur la méthodologie de l'analyse

La section précédente nous a fourni un aperçu de la situation du pays en ce qui concerne les caractéristiques physiques, démographiques, politiques, économiques et sociales, qui constituent le contexte national pour le développement des enfants et des femmes au Mali. La section 3 se concentre davantage sur l'identification des problèmes prioritaires au Mali, par rapport à la situation visée par les conventions tout en prenant en compte les objectifs visés par les Plans d'Action Nationaux.

L'analyse a été structurée de façon à respecter les domaines d'intervention que sont : la survie, le développement et la protection. Il est important de noter que cette organisation ne reflète en rien une hiérarchisation des domaines d'intervention. Par la suite, les articles pertinents à chaque domaine d'intervention ont été regroupés afin de dégager la situation visée, telle que définie par les conventions. Finalement, un nombre restreint de problèmes prioritaires dans les domaines de la survie, du développement et de la protection a été identifié en fonction de la situation visée, telle que définie par les articles des conventions et l'analyse des indicateurs de développement du Mali en 1996. En ce qui concerne le droit à la participation, celui-ci est traité de façon transversale au niveau de la survie, du développement et de la protection.

Les problèmes majeurs ainsi identifiés seront analysés en terme causal.

L'analyse causale limitée aux problèmes identifiés est effectuée à partir d'une grille d'analyse définissant une hiérarchie des causes, à savoir :

- les causes immédiates,
- les causes sous-jacentes en terme de :
 - disponibilité des services de base,
 - accessibilité,
 - utilisation,
- les causes structurelles.

La section conclut par une appréciation des politiques nationales de développement social, de gestion des systèmes en terme de capacité du gouvernement et rôle des populations, de l'extension de la couverture et de la qualité des services de base.

3.1 Survie

3.1.1 Situation visée par les droits telle que définie dans les conventions

Le regroupement des articles vise à dégager les domaines communs aux deux conventions.

Regroupement 1

CRC : articles 6, 24 ;

CEDAW : articles 10h, 12, 14b et 16c.

L'esprit qui se dégage est le droit à une meilleure santé et à un bien être de l'enfant et de la femme.

Le droit inhérent à la vie, à la santé et au bien-être que chaque Etat partie doit assurer en fonction de ses possibilités est reconnu. Il en est de même du droit de jouir du meilleur état de santé possible, et de la garantie que l'enfant et la femme puissent avoir accès aux services médicaux et de réduction.

Les mesures appropriées à prendre concernent la réduction de la mortalité chez les nourrissons, les enfants et les femmes ; il s'agit d'assurer à tous les enfants et à toutes les femmes l'assistance médicale et les soins de santé nécessaires, l'accent étant mis sur le développement des soins de santé primaire ; d'éliminer la discrimination à l'égard des femmes dans le domaine des soins de santé en vue de leur assurer, sur la base de l'équité entre l'homme et la femme, les moyens d'accéder aux services médicaux adéquats. Y compris ceux qui concernent la planification familiale ; d'assurer aux mères des soins prénatal et post-natal appropriés par la fourniture de services appropriés pendant la grossesse, pendant et après l'accouchement (au besoin sur une base gratuite), ainsi qu'une alimentation adéquate pendant la grossesse et l'allaitement ; assurer l'éducation à l'hygiène, à l'assainissement et la salubrité de l'environnement ; faire en sorte que les parents et enfants reçoivent une information sur la santé et la nutrition, les avantages de l'allaitement au sein et la prévention des accidents, et bénéficier d'une aide leur permettant de mettre à profit cette information ; développer les soins de santé préventifs, l'accès à des renseignements spécifiques d'ordre éducatif tendant à assurer la santé et le bien-être des familles, y compris l'information et des conseils relatifs à la planification de la famille ; abolir les pratiques traditionnelles préjudiciables à la santé des enfants et des femmes ;

favoriser et encourager la coopération internationale en vue d'assurer progressivement la pleine réalisation du droit reconnu dans les présents articles.

Regroupement 2

CRC : article 27 ;

CEDAW : article 14h.

L'esprit qui se dégage est la responsabilité et la capacité de la famille et de l'Etat à assurer la prise en charge des besoins essentiels de l'enfant et de la femme pour la survie, avec une réduction de la charge de travail physique des femmes.

Il est reconnu le droit pour tout enfant et pour toute femme de jouir d'un niveau de vie permettant leur développement physique, mental, spirituel, moral et social. La responsabilité est rappelée à l'endroit des parents et autres tuteurs d'assurer dans les limites de leurs possibilités et de leurs moyens financiers les conditions de vie nécessaires au développement de l'enfant. Les femmes, en milieu urbain et rural, ont les mêmes droits que les hommes. Elles doivent bénéficier de conditions de vie convenables.

Il appartient aux Etats parties de prendre des mesures appropriées pour rendre accessibles les services de base que sont l'alimentation, l'habillement, le logement, l'assainissement, l'approvisionnement en électricité et en eau, le transport et les communications ainsi que les obligations financières de toute nature en vue de bénéficier de conditions de vie convenables.

3.1.2 Mali : Situation actuelle - Problèmes prioritaires -

Analyse causale

Le Plan d'Action National (PAN) pour la Survie, le Développement et la Protection de l'Enfant vise à assurer les couvertures suivantes d'ici l'an 2000 :

- augmenter de 30 % à 60 % le taux de couverture sanitaire globale ;
- améliorer la qualité des prestations socio-sanitaires ;
- augmenter l'accessibilité des populations rurales et péri-urbaines à l'eau potable de 18% à 72% ;
- augmenter l'accessibilité aux infrastructures d'hygiène et d'assainissement en milieu rural et urbain de 15% à 30%.

Le PAN fait surtout référence dans sa formulation à l'offre de service. Une Commission interministérielle instituée par décret n° 94-209 PRM du 7 juin 1994 suit sa mise en oeuvre. Quant au Plan d'Action pour la Promotion des Femmes, il vient d'être adopté en 1996.

Etat de santé des enfants et des femmes :

- Taux de mortalité maternelle élevé : 577 pour 100 000 (EDS II, 1995-1996) ;
- Taux de mortalité infantile : 123 ‰ (EDS II, 1995-1996) ;
- Taux de mortalité infanto-juvénile élevé : 238 ‰ (EDS II, 1995-1996) ;
- Prévalence élevée des handicaps et incapacités permanentes chez les enfants et les femmes.

Au Mali, un enfant sur quatre meurt avant l'âge de cinq ans. Durant la période de procréation, la femme malienne a une chance comprise entre une sur dix et une sur quinze de décéder. La prévalence d'énaciation et de retard structural est très élevée chez les enfants de moins de cinq ans. La prévalence des handicaps permanents est élevée aussi bien chez les enfants que chez les femmes ; elle fragilise leur survie et leur chance de développement, et diminue de façon dramatique parfois leur qualité de vie.

Mortalité infanto-juvénile élevée

L'EDS II réalisée en 1995 et 1996 au Mali montre dans ses résultats des taux à un palier plus élevé que ceux de l'étude de 1987 : le risque de mortalité infantile est passé de 144,7 décès pour 1000 naissances vivantes pendant la période 1987-1990 à 122,5 ‰ à la période 1991-1995. Pour la même période, le risque de mortalité juvénile passe de 144,4 ‰ à 131,1 ‰, celui de la mortalité infanto-juvénile régresse de 268,2 ‰ à 237,5 ‰.

Comme le montre le tableau ci-après, la mortalité infanto-juvénile a modérément baissé de 30,7 ‰ selon l'EDSM entre les périodes 1987/1990 et 1991/1995. L'impact de la nouvelle politique de santé ne peut être évalué avant la fin de la décennie en cours, mais les récents indicateurs serviront de référence pour fixer les objectifs et mesurer les progrès.

Mortalité infantile et juvénile entre 1991-1995 et 1987-1990

Période	Mortalité néonatale	Mortalité infantile	Mortalité juvénile	Mortalité infanto-juvénile
1991-1995	60,4	122,5	131,1	237,5
1987-1990	76,6	144,7	144,4	268,2

Source : EDS II 1995-1996

La mortalité infanto-juvénile est beaucoup plus faible en milieu urbain (190,1 ‰) qu'en milieu rural (272,5 ‰). La mortalité des enfants varie également d'une région à l'autre. Ainsi, dans la région de Mopti, la probabilité de décéder avant le cinquième anniversaire est de 325,3 ‰, contre 149,2 ‰ dans le district de Bamako. Les autres régions se trouvent au milieu des deux extrêmes : Kayes 259 ‰, Koulikoro 232 ‰, Sikasso 232,3 ‰, Ségou 274 ‰, Tombouctou/Gao (urbain) 237,2 ‰ (EDS II, 1995-1996).

Les causes de mortalité infanto-juvénile :

Maladie	% motif de consultation enfants > 5 ans, 1994	% cause de décès enfants > 5 ans, 1994	% cause de décès enfants > 5 ans, 1991
Fièvre (palu présumé)	27,0	37,0	29,0
IRA	19,0	12,0	16,5
Maladies diarrhéiques	10,0	11,5	15,0
Malnutrition	3,0	7,0	10,0
Rougeole	1,0	3,0	7,5
Méningite	0,3	15,0	
Tétanos	0,3	3,0	6,5
Autres	39,4	11,5	13,5
Total	100	100	100

Source : données d'Annuaire Statistique : ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes Agées, 1996.



Les principales causes de mortalité infantile-juvénile comme le montre le tableau précédent sont le paludisme, les infections respiratoires aiguës, les maladies diarrhéiques, la malnutrition et les maladies épidémiques comme la méningite qui, en 1994, a été à l'origine de 15% des décès. La structure des causes de mortalité a peu changé entre 1991 et 1994. On observe une baisse relative des décès pour cause de maladies diarrhéiques, une augmentation des décès pour cause de paludisme et l'importance que prennent depuis 1991 les épidémies de méningite. Les maladies cibles du PEV ne sont à l'origine que de 6 % des décès d'enfant de moins de 5 ans contre 14 % en 1991. Dans tous les cas, le taux de létalité des maladies est particulièrement élevé. Il s'agit d'une situation comparable à celle des autres pays sahéliens. D'autres maladies, même si elles ne sont pas mortelles, causent des handicaps et invalidités permanents majeurs tels que la polio et la méningite quand l'enfant arrive à survivre. Certes, les cas de polio ne sont plus aussi fréquents que par le passé grâce aux vaccinations, mais beaucoup d'enfants souffrent pour n'avoir pas été immunisés contre la polio ou efficacement traités suite à une méningite.

Malnutrition et carences en micro nutriments

Si la malnutrition sévère est à l'origine de 7 % des décès d'enfants de moins de 5 ans contre 10 % en 1991, elle est indirectement à l'origine d'une importante proportion de surmortalité par infection respiratoire aiguë, maladie diarrhéique et rougeole. L'EDS-II 1995-1996 estime que plus de la moitié des décès qui se produisent avant l'âge de 5 ans (57 %) sont liés à la malnutrition. La fragilisation de l'organisme de l'enfant le rend vulnérable aux agressions infectieuses.

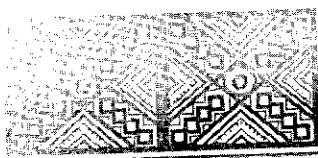
L'insuffisance alimentaire liée à l'absence de disponibilité quantitative et qualitative et aux mauvaises habitudes alimentaires est préoccupante. En termes de tendances, on constate que depuis 1987, les niveaux de malnutrition (chronique et aiguë) ont augmenté de façon importante au Mali. La proportion d'enfants de 3 à 35 mois accusant un retard de croissance est passée de 24 % en 1987 à 33 % en 1995-1996, soit une augmentation de 38 % en 12 ans, et la proportion d'enfants de 3 à 35 mois émaciés a plus que doublé, passant de 11 % à près de 25 %. Deux enfants malins sur cinq de ce groupe d'âges (43,3 %) souffrent d'insuffisance pondérale en fonction de leur âge (EDS-II 1995-96). En général, on constate qu'alors que le niveau de mortalité a baissé depuis 1987, la proportion d'enfants qui sont toujours en vie mais atteints de malnutrition a augmenté : *plus d'enfants survivent, mais dans un plus mauvais état nutritionnel* (EDS II, 1995-96).

La proportion des enfants malins (33 %) accusant un retard de croissance est 15 fois plus élevée que celle que l'on s'attend à trouver dans une population en bonne santé et bien nourrie. Cette situation est généralement la conséquence d'une alimentation inadéquate et/ou de maladies survenant pendant une période relativement longue ou qui se sont manifestées à plusieurs reprises. On ne constate qu'une faible différence de niveau de malnutrition chronique entre les sexes, les garçons étant néanmoins légèrement plus touchés que les filles (31 % contre 29 %).

Selon l'EDS II 1995-1996, la malnutrition aiguë (poids/faible), qui se manifeste par l'emaciation, touche 23 % des enfants, ce qui est 11 fois plus élevé que ce que l'on s'attend à trouver dans une population en bonne santé et bien nourrie. Ce type de malnutrition est la conséquence d'une alimentation insuffisante durant la période ayant précédé l'observation et/ou d'une perte de poids consécutive à une maladie.

Le milieu de résidence et le niveau d'instruction de la mère sont des variables en fonction desquelles l'état nutritionnel des enfants présente de fortes variations. Deux fois plus d'enfants accusent un retard de croissance en milieu rural qu'à Bamako (33 % contre 17 %) tandis que 20 % des enfants des autres villes souffrent d'emaciation contre 28% des enfants de Bamako. Les enfants dont la mère n'a pas d'instruction accusent aussi deux fois plus un retard que ceux dont la mère a une instruction secondaire ou supérieure (32 % contre 15 %). Cette même tendance est observée pour la malnutrition aiguë, mais le niveau de malnutrition aiguë chez les enfants de mère de niveau secondaire reste extrêmement élevé. Avec l'acquisition d'une certaine instruction, les femmes acquièrent une meilleure connaissance de la composition équilibrée des aliments et des règles d'hygiène, mais aussi et surtout, les femmes non instruites sont souvent celles qui vivent dans les conditions économiques les plus précaires, caractérisées par une quantité de nourriture disponible parfois limitée et non diversifiée et par des conditions de logement parfois insalubres. C'est cette conjonction de facteurs et non le seul niveau d'instruction qui explique la forte prévalence de la malnutrition chronique parmi les enfants des femmes sans instruction (EDS II, 1995-1996).

Les pratiques traditionnelles par rapport à l'alimentation des enfants ont un impact important sur leur situation nutritionnelle. En premier lieu, l'allaitement exclusif au sein jusqu'à l'âge de quatre mois est pratiqué par seulement 12,1 % des mères. Les enfants qui consomment les liquides et les aliments solides pendant cette période fragile de leur vie diminuent leur consommation du lait maternel qui a une valeur supérieure aux autres aliments. Ces enfants sont exposés aux agents pathogènes et augmentent leur



risque de contracter des maladies diarrhéiques. Ensuite, à partir de 6 mois, les enfants ont besoin d'aliments solides et de liquides en plus du lait maternel, mais uniquement 31% des enfants maliens de 6 à 9 mois en reçoivent. Les résultats de l'EDS-II montrent que la proportion de mères qui donnent à leur enfant des aliments solides en plus de lait maternel a diminué de 33 % depuis 1987.

La carence en vitamine A chez la mère et chez l'enfant expose ce dernier à une fragilisation devant certaines maladies (rougeole, IRA) et occasionne un handicap visuel permanent (héméralopie) pour la vision nocturne chez 4 à 12 % des enfants selon diverses études ponctuelles. L'EDS II 1995-1996 a trouvé que seulement 1,6 % des enfants de moins de 3 ans ont reçu au moins une dose de vitamine A d'après les cartes de vaccinations pour l'enfant. 7,9 % selon les déclarations de la mère et au total, 9,5 % selon les deux sources. On constate aussi que le niveau de couverture ne varie qu'assez peu selon l'âge, le sexe, le milieu de résidence et la région (EDS II, 1995-1996).

La carence en iode est fréquente au Mali et comporte plusieurs conséquences pour la santé des femmes et enfants, dont le goitre est la manifestation la plus connue. On estime qu'environ 80 % de la population est à risque d'une carence d'iode et que le taux de prévalence global du goitre est supérieur à 30 %. Le large spectre des effets de la carence sévère en iode a des conséquences sur la croissance et le développement du fœtus, du nouveau-né, de l'enfant, de l'adolescent et de l'adulte (handicaps, retard dans le développement cérébral, crétinisme, goitre, avortements spontanés, accouchements prématurés, etc...). Au Mali, le taux d'utilisation du sel iodé est difficile à déterminer. Selon l'EDS II, uniquement 1,2 % des ménages ont eu les sachets portant la mention " sel iodé ". Cependant, la grande majorité des ménages consomment du sel en vrac (91%), qui est importé du Sénégal. Ce sel peut être iodé ou non, mais actuellement sa qualité n'est pas contrôlée.

L'état nutritionnel de la femme influence directement ses capacités à surmonter certaines complications périnatales et l'état nutritionnel de l'enfant à naître. On estime qu'une femme sur deux est anémique. De plus, 11,7 % des femmes sont atteintes de malnutrition aiguë sous une forme légère, 3 % sous une forme modérée, et 1,2 % sous une forme sévère. Alors que chez les enfants, la proportion de ceux atteints de malnutrition aiguë ne varie qu'assez peu selon les caractéristiques socio-démographiques étudiées, il n'en va pas de même chez les mères : 16,8 % des femmes sans instruction souffrent de la malnutrition aiguë, contre 10,3 % des femmes ayant une instruction secondaire ou plus. On observe de très fortes variations régionales,

les proportions des femmes atteintes de malnutrition variant d'un minimum de 11,4 % à Mopti à un maximum de 21,3 % à Koulikoro (EDS II, 1995-96).

Mortalité maternelle élevée

La femme malienne paye un tribut très lourd pour sa fonction de procréation ; le pays figure parmi ceux qui ont le taux de mortalité le plus élevé du monde. Estimées à 700 pour cent mille naissances vivantes par l'EDS de 1987, d'autres estimations corrigeaient à la hausse le taux, le situant aux alentours de 1000 pour cent mille naissances. Une étude prospective réalisée au début des années 90 dans un quartier de Bamako estimait la mortalité maternelle à 327 pour cent mille naissances vivantes. Une autre étude de prospective réalisée dans 5 quartiers de Bamako dont les résultats officiels ne sont pas encore publiés situe la mortalité maternelle à 303 pour 100 000 naissances à Bamako. L'EDS 1995-1996 situe la mortalité maternelle à 577 pour 100 000 naissances. La mortalité maternelle est particulièrement fréquente dans les tranches d'âge de 15 à 20 ans et chez les femmes de plus de 35 ans, confortant le fait que le risque est plus élevé chez les primipares et les grandes multipares.

Toutes les études sur les causes de mortalité maternelle convergent pour mettre en exergue les complications suivantes :

- Les hémorragies (placenta praevia, post partum) sont à l'origine d'un décès maternel sur cinq ;
- Les hypertensions gravidiques sont à l'origine d'un décès maternel sur cinq ;
- Les ruptures utérines sont la cause d'un décès maternel sur six. Cette cause est probablement sous estimée dans la mesure où, pour un décès maternel sur cinq environ, une dystocie est évoquée ;
- L'avortement est à l'origine d'un décès maternel sur vingt ;
- Les complications infectieuses sont à l'origine de un dixième à un cinquième des décès selon les études.

Indiscutablement, la létalité des complications obstétricales est particulièrement élevée au Mali même quand une prise en charge est assurée par un milieu hospitalier ; la mortalité après césarienne par exemple dépasse très souvent les 15 %.

Les maladies sexuelles qui affectent les femmes ayant survécu aux complications sont fréquentes et handicapantes : fistule vésico-vaginale, déchirure



périnéale, maladie de Scheehan, maladies rénales. Souvent, ces maladies sexuelles, outre le risque qu'elles présentent pour la santé, ont des conséquences néfastes sur la qualité de vie de la femme.

La progression alarmante des MST et du SIDA au sein de la population en général et des femmes en particulier constitue un facteur déterminant de la mortalité et des handicaps chez les femmes et les enfants.

Les mutilations sexuelles que subissent les petites filles, outre les complications immédiates parfois mortelles, sont à l'origine de handicaps permanents et de séquelles pouvant avoir de graves conséquences sur la vie sexuelle et procréative de la femme.

Les déterminants directs des mortalités infanto-juvénile et maternelle et ceux occasionnant des handicaps permanents chez les femmes et les enfants trouvent souvent leurs origines dans les causes sous-jacentes suivantes :

- **facteurs environnementaux** : y compris la disponibilité d'eau potable. Ces facteurs sont à l'origine de nombreuses maladies infectieuses et parasitaires et exposent les femmes et les enfants à de nombreux risques ;
 - **facteurs comportementaux** : ayant parfois leur ancrage dans les coutumes et traditions des populations. Ces facteurs reposent sur des perceptions inexactes relatives au diagnostic, l'alimentation et les thérapeutiques modernes envisagées ;
 - **facteurs démographiques** : les populations vulnérables que sont les femmes et les enfants représentent la majeure partie de la population générale. La fécondité élevée (6,7) et les grossesses rapprochées constituent des facteurs de risque importants ;
 - **facteurs socio-économiques fragilisants** : pénurie alimentaire, surcharge de travail des femmes, analphabétisme et sous-scolarisation, pauvreté ;
 - **facteurs liés aux services** : inaccessibilité géographique et financière ; mauvaise qualité des prestations, interface population/personnel socio-santaire.
- D'autres déterminants, plus structurels, sont en cause. Ils se rapportent aux contextes suivants :
- **géographique** : pays sahélien, densité faible de la population et dispersion d'un grand nombre de petits villages ;

• **humain** : traditions ancestrales souvent paralysantes, ressources humaines insuffisantes, très mal réparties dans les régions et non judicieusement utilisées (motivation/sanction) ;

• **économique et social** : économie de subsistance prépondérante en milieu rural, précarité de la population périurbaine dont le nombre s'accroît trop rapidement par le fait de l'exode rural, voies de communication et de télécommunication rudimentaires confortant l'enclavement temporaire ou permanent de vastes régions du pays, solidarité insuffisamment développée et organisée pour faciliter l'accès aux prestations des services modernes ;

• **politique** : tradition centralisatrice de l'administration, volonté et actions réformatrices pas développées dans tous les secteurs, faiblesse de la planification prospective.

La plupart de ces facteurs constituent des contraintes majeures pour des actions spécifiques. Toutefois, certains d'entre eux peuvent être levés par des politiques réformatrices et soutenues de développement.

Le tableau ci-dessous résume bien les différentes causes immédiates, sous-jacentes et structurelles qui déterminent les mortalités infanto-juvénile, maternelle et les handicaps permanents qui affectent les femmes et les enfants.

- Insuffisance de la couverture de l'approvisionnement en eau potable ;
- Insalubrité de l'environnement ;
- Grossesses rapprochées et fécondité élevée ;
- Progression inquiétante des MST et du SIDA ;
- Pratiques traditionnelles comme l'excision, néfastes à la santé des femmes et des enfants ;
- Inaccessibilité et manque de performance des prestations santé.

Etat de santé des enfants et des femmes :

- Taux de mortalité maternelle élevé : 577 pour 100 000 ;
- Taux de mortalité infantile : TMI= 123 % ;
- Taux de mortalité infanto-juvénile élevé : TMJ= 238 % ;
- Prévalence élevée des handicaps et incapacités permanents chez les enfants et les femmes (voir tableau).



Insuffisance de la couverture des besoins en AEP

Malgré les importants progrès réalisés dans le domaine de l'AEP surtout grâce à l'intensification des efforts nationaux et de la coopération internationale durant la Décennie Internationale d'Eau Potable et d'Assainissement (DIEPA, 1980-1990), le taux d'accès à l'eau potable pour l'ensemble du pays reste encore insuffisant : 48 % selon EDS II (1995-1996) contre 40 % en 1989. Ce taux était d'environ 5 % en 1980. Il existe des causes immédiates, sous-jacentes et structurelles suivant les zones et les centres.

1. En zone rurale

La population rurale vit dans 10 000 villages de moins de 2 000 habitants. Elle est estimée à 5,6 millions d'habitants soit 59 % de la population totale actuelle. Selon les données de 1995 (DNHE), la couverture en eau potable des populations rurales sur la base d'une norme de consommation de 20 litres par habitant et par jour se situe actuellement à 49 % contre 38 % en 1989. L'objectif du gouvernement selon le PAN est d'atteindre un taux d'accès de 72 % en l'an 2000, alors qu'il malien sur 2 en milieu rural n'a pas encore accès à l'eau potable. Le nombre de forages positifs réalisés est estimé à 17 700 dont 9 500 équipés en pompes manuelles contre 7 189 en 1989. Les pompes solaires sont estimées actuellement à 450. Malgré ces efforts, 53 % des villages du Mali ne disposent d'aucun point d'eau moderne. Les puits traditionnels, les puits, les eaux de surface et les canaux d'irrigation constituent encore la principale source d'approvisionnement avec tous les risques sanitaires. Dans les villages déjà équipés, le taux de fonctionnement des pompes manuelles ne dépasse pas 60 %.

L'extension de la couverture se heurte au coût relativement élevé des ouvrages et équipements réalisés sur financement extérieur. Le système d'entretien et de maintenance des pompes existantes reste tributaire des projets et plusieurs contraintes pèsent sur son fonctionnement : réseaux d'artisans réparateurs déficients à cause du nombre insuffisant de réparateurs formés et de leur sous-équipement ; circuits de distribution des pièces de rechange peu développés à cause des faibles marges bénéficiaires peu attractives pour les opérateurs économiques privés ; multiplicité des types de pompes, dont le nombre atteint 12 pour la seule région de Koulikoro. La vétusté des équipements et l'agressivité des eaux dans certaines zones sont

Etat de santé des enfants et des femmes

Causes structurelles

Causes sous-jacentes

Causes immédiates

- | Causes immédiates | Causes sous-jacentes | Causes structurelles |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Incidences et prévalence élevées des maladies, paludisme, infections, diarrées • Facteurs environnementaux : <ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance de l'approvisionnement en eau potable • Exposition de la population à un environnement propice à l'acquisition de nouveaux états • Climatiseurs propices au paludisme, méningites, pathologies cutanées • Insécurité du cadre domestique ou l'eau potable ou non polluée • Insuffisance des services publics, avec notamment l'insuffisance des dispositions d'assainissement (gestion des eaux usées et excréta) et d'approvisionnement en eau potable ou non polluée | <ul style="list-style-type: none"> • Facteurs comportementaux : <ul style="list-style-type: none"> • Comportements traditionnels néfastes chez les filles • Grossesses précoces chez les filles • Pratique néfaste au maintien et à la prise en charge de la santé de la femme et du nouveau né • Comportement sexuel à risque • Délinquance sexuelle • Faible niveau de scolarisation plus prononce chez les filles • Perception insuffisante du problème d'hygiène du milieu par les citoyens • Incompréhension et faible exercice des droits et devoirs par les citoyens • Facteurs démographiques : <ul style="list-style-type: none"> • Les enfants constituent la tranche d'âge la plus importante de la population générale ; • Grossesses rapprochées • Jecondité élevée • Facteurs socio-économiques : <ul style="list-style-type: none"> • Faible disponibilité financière dans les ménages ; • Problème de disponibilité alimentaire ; • Taux d'analphabétisme élevé parmi la population en particulier chez les femmes ; • Faible implication des populations et plus spécifiquement des femmes dans la planification et la gestion des services socio-sanitaires • Faible capacité de dialogue et de négociations des services avec les populations ; | <ul style="list-style-type: none"> • Situation géographique de pays isolés • Faible niveau de développement économique et social • Pauvreté des populations du pays • Voies de communication (routes, télécommunication) peu développées • Tradition centralisatrice de l'administration des ressources humaines inadéquate en quantité et en qualité par rapport aux besoins des régions et du pays • Solidarité insuffisamment organisée et développée pour faciliter l'accès aux prestations des services modernes • Faiblesses de la planification prospective (impact des politiques) • Problèmes d'exode et de redistribution accélérée et non maîtrisée • Faible densité de la population avec un grand nombre de petits villages très dispersés |



aussi à l'origine des pannes. La réhabilitation et le renouvellement restent confrontés aux problèmes d'organisation et de gestion des comités villageois mais aussi au pouvoir d'achat limité des usagers, surtout depuis la dévaluation.

Le taux de couverture actuel en AEP est inégalement réparti entre les régions du pays et à l'intérieur de celles-ci à cause notamment de l'insuffisance de la planification et de la coordination des interventions. Selon la DNH, actuellement 53 % des villages au Mali ne disposent d'aucun point d'eau moderne. Les régions de Mopti, Tombouctou, Gao et Kidal ont le plus faible taux (inférieur à 25 %). L'insuffisance de la couverture en eau se traduit par l'éloignement des points d'eau par rapport à certaines habitations et lieux de cultures, ce qui constitue une contrainte physique surtout pour les femmes et les enfants. Les modalités de participation surtout financières, sont variables suivant les projets dans une même région et entraînent des disparités et des résistances.

La présence des points d'eau potable n'est pas une garantie d'utilisation. Le penchant des populations à consommer l'eau des sources d'eau traditionnelles constitue un obstacle. Ces difficultés se trouvent renforcées par la proximité des sources traditionnelles, l'insuffisance des débits, et l'exhaure pénible due aux grandes profondeurs. L'insuffisance de l'IEC et de l'EPS à l'école conjugue à la faible implication des femmes accentuent cette situation.

2. Zone concernée par l'hydraulique urbaine

On peut, au Mali, distinguer d'une part l'hydraulique urbaine concédée à l'Energie du Mali (EDM) qui concerne les centres urbains (plus de 10 000 hab.) situés le long des fleuves, et d'autre part celle des centres ruraux (2 000 - 5 000 hab.) et semi-urbains (5 000 - 10 000 hab.).

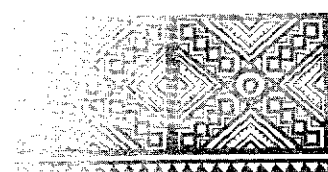
Centres ruraux et semi-urbains : la population est estimée à 1 786 000 hab. en 1996. On estime que 19 % de la population du pays est répartie dans environ 472 centres ruraux et 63 centres semi-urbains. Le pourcentage de la population actuellement desservie par borne fontaine et ou branchement privé y est estimé à moins de 20 % en 1996 contre 10 % en 1989. Les 80 % restants s'alimentent à partir de puits souvent pollués, de l'eau des rivières ou des mares non pérennes. Actuellement 125 centres ruraux sur 472 (26 %) et 27 centres semi-urbains sur 63 (43 %) disposent d'un système d'AEP.

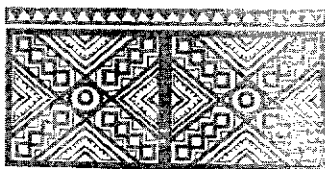
L'enjeu actuel est d'assurer avec une norme de 31 litres par habitant et par jour, l'équipement des 383 centres restants ; et le défi pour l'an 2000 est d'assurer l'accès à l'eau pour 2 000 000 de personnes.

Centres urbains : la population est estimée à 2 190 000 hab., soit 23 % de la population actuelle. 23 sur les 33 existants (70 %) disposent d'un système d'adduction moderne (EDM surtout). Selon EDS II, 33,5 % utilisent des robinets publics, 15,7 % disposent d'un branchement particulier, 6,4 % s'alimentent à partir de forage/pompe, et 43,8 % à partir de puits publics, puits privés, eau de fleuve, eau de surface. Pour Bamako qui englobe plus de 40 % de la population des centres urbains, 17,3 % de la population disposent d'un branchement particulier (à domicile), 33,5 % s'alimentent à partir de robinets publics et 4 % à partir de forage/pompe. Le problème de l'eau potable demeure donc prioritaire pour 45 % de la population de l'ensemble des villes au Mali, y compris Bamako, surtout dans les quartiers de sa périphérie. Ces populations s'alimentent à partir de sources d'eau salubre et de puits dont l'eau est de qualité douteuse et tant pendant 5 à 6 mois de l'année.

La disponibilité et la performance des équipements sont confrontées à certaines contraintes :

- L'équipement des seuls 383 centres ruraux et semi-urbains restants nécessite un effort financier important évalué entre 50 et 100 milliards de francs C.F.A. soit en moyenne entre 10 et 20 milliards par an. La mobilisation de ces fonds dépend essentiellement de l'extérieur ;
- Les difficultés de gestion de la société EDM qui gère dans les centres urbains le secteur de l'eau et de l'électricité n'ont pas permis le financement de nouvelles infrastructures ;
- Le coût du branchement particulier à partir du réseau EDM entre 180 000 et 200 000 FCFA, est jugé trop élevé pour beaucoup de familles. Contrairement à ce qui se passe dans certains pays, il n'y a pas une politique de branchements sociaux en faveur des catégories pauvres ;
- Le renouvellement des équipements est hypothétique dans la mesure où même les charges récurrentes ne sont pas assurées dans la majorité des cas. De plus, la disponibilité des pièces de rechange et des équipements n'est pas toujours effective à cause notamment de l'insuffisance de la représentation des fournisseurs ;
- La multiplicité des acteurs (exploitants, usagers, ingénieurs-conseil financiers, DNH, collectivités territoriales) complique la gestion et l'organisation des systèmes d'AEP ;





- Les principes de mise en œuvre des adductions d'eau sont variables suivant les projets ;
- L'équilibre financier de la gestion des systèmes est rendu précaire à cause du non paiement des factures d'eau par les titulaires de branchements administratifs que sont les gros consommateurs d'eau ;
- Les connaissances des exploitants en matière de gestion et d'organisation restent encore insuffisantes ;
- L'occupation anarchique de terrains en milieu péri-urbain et le statut de locataire de certains occupants posent des problèmes techniques et juridiques pour l'adduction d'eau dans certains quartiers et zones périphériques.

Certains facteurs géographiques et financiers entravent l'accessibilité aux équipements

En effet, dans les quartiers périphériques des centres urbains et dans les centres ruraux et semi-urbains, le nombre limité de bornes fontaines et leur mauvaise répartition géographique oblige les usagers, surtout les femmes et les enfants, à parcourir de longues distances pour l'accès à l'eau. La facturation actuelle constitue aussi un obstacle à l'accès à l'eau potable surtout pour les familles démunies. En effet, le prix du m³ d'eau pour la tranche sociale 0 à 20 m³ facturé par EDM pour les branchements particuliers, bien que relativement bas par rapport aux prix pratiqués dans la sous-région, reste lourd à payer pour les couches défavorisées. Ainsi, la facturation est de 88 FCFA le m³ à Bamako contre 247 FCFA à Ouagadougou, 184 FCFA à Lomé, 136 F CFA à Cotonou, et 159 F CFA à Abidjan.

Par ailleurs, pour les systèmes hors EDM, le prix du m³ d'eau est jugé trop cher à la borne fontaine : 250 FCFA le m³. Mieux, l'eau est revendue par le secteur informel en saison sèche à un tarif supérieur à 12 fois le tarif tranche sociale de EDM (1 000 FCFA contre 88 FCFA le m³), ce qui limite considérablement les quantités d'eau potable utilisées par les ménages démunis pour assurer une hygiène adéquate.

L'utilisation des équipements rencontre aussi des obstacles

Le nombre élevé des usagers à desservir aux bornes fontaines provoque de longues files d'attente qui découragent les femmes à les utiliser à cause des pertes de temps. Le débit souvent faible de ces équipements et la proximité des puits traditionnels sont autant de facteurs qui détournent les usagers



de ces points d'eau. Les activités en matière d'IEC ne sont pas bien menées. Aussi, la relation eau-santé n'est pas toujours bien perçue par les populations, ce qui pose un problème de cohabitation des puits, fleuves, mares avec les systèmes d'AEP. La tentation est donc toujours forte de privilégier les promesses pour des raisons d'accessibilité financière, géographique ou à cause d'habitudes séculaires.

Certaines causes structurelles pèsent sur le développement du sous-secteur, notamment :

- le faible niveau de développement économique et social du pays ;
- le contexte de pauvreté ;
- la dispersion et la taille réduite des villages : 40 % des villages ont moins de 400 hab. ;
- la croissance rapide des besoins ;
- certaines contraintes hydrogéologiques malgré les ressources abondantes (dureté des roches, profondeur de l'eau, qualité de l'eau).

Problème 1 : Insuffisance de la couverture des besoins en AEP

Causes immédiates	Causes sous-jacentes	Causes structurelles
<ul style="list-style-type: none"> Faible niveau d'équipement en ouvrages modernes d'AEP. Fonctionnement déficient des équipements existants. Non amélioration des sources d'AE existantes (puits traditionnels). 	<ul style="list-style-type: none"> Inégale répartition des équipements d'AEP. Faiblesse système d'entretien, de maintenance et de renouvellement. Obstacles socio-culturels : habitude d'utilisation des sources d'eau traditionnelles. Faible implication des populations et des femmes dans la planification et la gestion des points d'eau. Faible niveau de scolarisation et d'alphabétisation. Insuffisance des ressources financières et de la coordination des programmes. 	<ul style="list-style-type: none"> Faible niveau de développement économique et social du pays : Pauvreté des populations. Dispersion des villages. Contraintes hydrogéologiques. Croissance rapide des besoins (démographie, mode de vie).
Disponibilité	Accessibilité	Utilisation
<ul style="list-style-type: none"> Investissement coûteux. Manque de pièces détachées. Multiplicité des marques de pompes. Coûts élevés des ouvrages et équipements. Coûts élevés des BP en milieu urbain. Insuffisance agents formés et équipés. Faible implication des opérateurs privés. Équipements vétustes et usés. Agressivité des eaux. Contraintes liées à l'occupation anarchique des terrains en milieu périurbain. 	<ul style="list-style-type: none"> Répartition inégale des ouvrages et équipements entre régions, entre zones et entre centres. Distances élevées par rapport aux lieux d'habitation et aux champs. Iniquité dans fixation prix eau en milieu urbain. Non harmonisation des modalités de participation. 	<ul style="list-style-type: none"> Habitude et goût pour consommation à partir sources traditionnelles. Proximité sources traditionnelles. Longue attente surtout aux BF. Insuffisance débit des équipements. Exhaure pénible avec pompes à grande profondeur. Insuffisance IEC et EPS à l'école et au sein des communautés.

Problème 2

Insalubrité de l'environnement

L'insalubrité constatée tant en milieu rural qu'en milieu urbain contribue au mauvais état de santé des populations. Elle résulte non seulement de l'insuffisance des infrastructures adéquates d'assainissement, mais aussi des comportements négatifs des populations en matière d'hygiène de l'eau, d'hygiène individuelle et collective. De plus, selon EDS II, seulement 8 % de la population au Mali a accès à un système d'assainissement adéquat de la population au Mali a accès à un système d'assainissement adéquat (chasse d'eau personnelle ou commune, latrines à fosse améliorée). De plus, on estime qu'au Mali la population vivant dans un environnement sûr est passée de 50 % en 1990 à 46 % en 1993 et tout laisse supposer que la tendance n'a pas été inversée. Le problème de l'évacuation des déchets liquides et solides et de la pollution atmosphérique constitue une des causes principales de la dégradation de l'environnement en zones urbaines et rurales.

En milieu urbain, on estime que dans la gestion des eaux usées et des excréta, 92 % des habitations ont des installations non-hygiéniques. Selon EDS II, pour l'ensemble des villes du Mali, seulement 19 % de la population utilisent des installations sanitaires adéquates. Dans la ville de Bamako qui dispose de 9 petits réseaux d'assainissement (égout), seulement 1,7 % de la population est desservie, 2,6 % utilisent une des classes d'eau en commun et 16 % des latrines à fosse améliorée. Soit un taux d'accès de seulement 20 %. Les réseaux à égout connaissent des problèmes d'entretien et nécessitent des réhabilitations.

Les fosses d'aisance sont le plus souvent rudimentaires et imparfaitement étanches. Elles sont vidées par camion spiro ou plus souvent manuellement par des entreprises privées, ou déversées la nuit dans la rue par les habitants. Dans les villes où l'aquifère est sub-affleurant comme à Mopti ou à Djenné, les latrines sont au premier étage des maisons et les fosses à même le sol, posant ainsi de graves problèmes d'insalubrité familiale et publique. La cuisine, la vaisselle et la lessive sont généralement faites dans la cour centrale en plein air et les eaux usées sont vidangées dans les caniveaux ou dans la rue ; et dans certains cas, elles sont stockées d'abord dans des trous-puits, ne respectant pas les normes d'hygiène.

En milieu rural, très peu de points d'eau ont bénéficié d'aménagements de surface. En effet, on note la quasi absence d'antibourbiers, de chenaux



d'évacuation et de puits perdus, l'absence d'abreuvoirs et d'aires de lavage pour les femmes.

Les latrines traditionnelles et les douches sont communes et correspondent à une pratique. Cependant, selon EDS II, seulement 4 % de la population rurale utilisent des toilettes adéquates. Le reste de la population, (soit 96 %), utilise des latrines à fosses rudimentaires mal conçues (56,1 %), ou bien ne dispose d'aucun équipement (39,8 %). Les risques de péril fécal sont donc réels. L'évacuation des eaux usées n'y fait l'objet d'aucun traitement. Elles sont le plus souvent déversées dans des trous peu profonds à l'intérieur ou aux abords des maisons, posant un véritable problème d'hygiène.

Les lieux publics, tant en milieu rural qu'en milieu urbain, ne sont pas toujours bien lotis en matière d'assainissement. En effet, il n'existe pratiquement pas d'installations sanitaires au niveau des marchés des villes secondaires et des villages. Au niveau des écoles et des structures sanitaires, on note une insuffisance d'infrastructures d'assainissement et celles existantes sont généralement mal conçues, non-hygiéniques, mal entretenues. Dans la ville de Bamako, 27 % des établissements scolaires ne disposent pas d'installations sanitaires et les élèves utilisent les concessions voisines ou font leurs besoins en plein air. De plus, 75 % de celles existantes ne sont généralement pas fonctionnelles. L'un des objectifs du PAN est de développer des mesures d'hygiène et d'assainissement dans les établissements pré-scolaires et scolaires.

Les systèmes d'évacuation des eaux pluviales sont peu développés. Sur les 96 centres semi-urbains et urbains, seulement 9 sont dotés de systèmes de caniveaux pour l'évacuation des eaux pluviales. Certaines réalisations sont cependant actuellement en cours grâce au concours de L'AGETIPE et des municipalités. Les systèmes existants ne desservent que la partie centrale des villes équipées. Ils sont toutefois mal entretenus et sous-dimensionnés, et constituent une source de reproduction des moustiques et des rongeurs.

Les eaux usées provenant des unités industrielles comme les tanneries, les industries chimiques et textiles et les teintureries artisanales ne sont souvent pas traitées avant d'être déversées dans le fleuve. L'environnement s'en trouve considérablement pollué.

La pollution atmosphérique surtout à Bamako constitue un élément de dégradation de l'environnement et du cadre de vie avec toutes les conséquences sur le plan sanitaire. Elle est causée par les activités industrielles, les activités domestiques (cuissons domestiques, brûlure des ordures et des

herbes), les activités de transport (automobiles) et les suspensions de poussière (vent sahélien, insuffisance de routes bitumées).

Le problème de la gestion des déchets solides constitue une des principales causes de la dégradation de l'environnement en milieu urbain. On estime aujourd'hui la production journalière d'ordures ménagères dans les principales villes (Bamako, Mopti, Ségou, Kayes, Sikasso) à 2 250 m³. Plus de 65 % proviennent de la ville de Bamako qui englobe 40 % de la population urbaine. La collecte est assurée par les services de voirie des municipalités qui ont été renforcés dans la précollecte par les GIE et ONG ayant initié des projets de ramassage des ordures avec des charrettes à traction animale ou des tricycles. A Bamako, les services de collecte ramassent près de 60 % des quantités produites. Dans les villes secondaires, ce pourcentage est seulement de 30 %.

D'autres contraintes limitent la disponibilité et l'accès aux infrastructures d'assainissement et sont à l'origine de comportements néfastes en matière d'hygiène :

- La non maîtrise par les artisans surtout ruraux des technologies à faible coût et le prix élevé des matériaux de construction (ciment, fer) ;
- Le manque d'espace dans certaines habitations et la nature du terrain (instable ou présence de roche dure) n'assurent pas des conditions favorables de réalisation des ouvrages. Certains sites sont difficiles d'accès pour la collecte des ordures ;
- L'insuffisance des moyens matériels, financiers et en personnel des municipalités limite les capacités opérationnelles des services de nettoyage et de vidange. A cela s'ajoute le nombre insuffisant des GIE et les difficultés des services communaux à assurer l'évacuation finale des ordures ;
- La non-intégration de l'hygiène et de l'assainissement dans le Paquet Minimum d'Activités réduit les opportunités de susciter, d'encourager et de soutenir leur promotion au niveau des populations et d'assurer la responsabilisation de celles-ci ;
- Le sous-secteur n'attire pas les bailleurs qui le considèrent souvent comme non rentable : 1 % environ des financements (1992-2000) est acquis pour l'assainissement en milieu rural ;
- Le taux d'accroissement élevé de la population urbaine entraîne un volume important de déchets à collecter et à évacuer.

Problème 3 :

Grossesse rapprochée/fécondité élevée

L'association de la fécondité élevée et des grossesses rapprochées constitue de façon indéniable un facteur aggravant de la mortalité maternelle et infantile. Les niveaux de fécondité par âge obtenus à l'EDSM-II montrent le maintien d'une fécondité élevée. L'indice synthétique de fécondité de 6,9 enfants en 1987 est de 6,7 en 1995. Cependant le fait que l'indice synthétique de fécondité ISF (6,7) soit inférieur à la descendance finale des femmes 45-49 ans (7,6 enfants par femme) pourrait être le signe d'une amorce de baisse de fécondité. On remarque que la fécondité des femmes du milieu rural (ISF de 7,3 enfants par femme) est nettement plus élevée que celle des femmes du milieu urbain (5,4) et particulièrement que celle des femmes de Bamako (4,7). De plus, la fécondité des femmes en milieu urbain aurait connu une baisse importante depuis 1987, passant de 6,1 à 5,4 enfants par femme, alors que celle des femmes du milieu rural est restée pratiquement inchangée. Malgré les changements observés, la structure de la fécondité par âge reste une fécondité élevée au jeune âge quelque soit le milieu de résidence. Elle atteint son maximum à 20-24 ans.

Les adolescentes de 15-19 ans contribuent pour près de 14 % à la fécondité totale des femmes. Le tableau ci-après indique que 42 % des adolescentes ont commencé leur vie féconde avant l'âge de 20 ans. La précocité de la fécondité apparaît beaucoup plus accentuée en milieu rural où l'on enregistre 49 % d'adolescentes ayant déjà commencé leur vie féconde, dont 40 % sont déjà mères, par rapport au milieu urbain (30 %). Il y a une corrélation négative entre le niveau d'instruction et la précocité de la fécondité. Les proportions les plus élevées de femmes ayant commencé leur vie féconde se rencontrent chez les adolescentes sans instruction (46 %). Par contre, seulement 15 % d'adolescentes qui ont atteint le niveau secondaire ou supérieur ont déjà un enfant ou sont enceintes, soit trois fois moins que les adolescentes sans instruction (EDS 1995-1996).

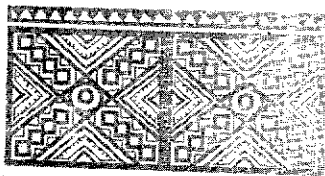
Tableau :
Fécondité des adolescentes : pourcentage d'adolescentes de 15-19 ans ayant déjà eu un enfant ou étant enceintes d'un premier enfant.

Caractéristique	Adolescentes (%) qui sont :	
	Mères	Encintes d'un premier enfant
Âge		
15	5,2	4,5
16	16,4	6,3
17	33,2	12,3
18	54,3	9,3
19	62,5	6,0
Milieu de résidence : Urbain	24,1	5,8
Rural	40,2	9,2
Niveau d'instruction : Aucun	37,1	8,9
Primaire	30,9	5,0
Secondaire ou plus	10,6	4,0
Total	33,6	7,8

A cette fécondité élevée s'associe le phénomène des grossesses rapprochées. Dans plus d'un cas sur quatre (26,2 %), l'intervalle inter-généstique est inférieur à deux ans, un intervalle trop court avec la possibilité des conséquences nuisibles à la santé et à l'état nutritionnel des enfants. La durée médiane de l'intervalle inter-généstique est de deux ans et demi (30,3 mois), ce qui signifie que la moitié des naissances intervient dans un intervalle inférieur à 30 mois. Du point de vue de l'âge, on constate que plus celui-ci est élevé, plus la proportion de femmes qui ont des intervalles inter-généstiques supérieurs à 24 mois augmente. A propos du niveau d'instruction de la mère, l'écart entre les femmes sans instruction (30,1 mois) et celles du niveau primaire (30,9 mois) est peu significatif ; par contre, le fait d'avoir fait des études secondaires ou supérieures prolonge cet intervalle médiane de deux mois environ (médiane de 32,1 mois) (EDS II 1995-1996). En plus, la nuptialité au Mali est très intense. La femme malienne passe la

L'utilisation des équipements et services mais aussi l'adoption par les populations de comportements hygiéniques sont affectées par : l'insalubrité créée autour de certains équipements (forages, latrines familiales et collectives) ; le fait que les populations ne considèrent pas l'eau potable comme besoin vital ; certaines croyances et la non perception des liens eau-santé-environnement résultant de l'insuffisance de l'IEC et de l'EPS à l'école ; l'approche non participative des projets se traduisant par l'adoption de solutions techniques non acceptées par les populations ; la non application des textes législatifs et réglementaires.

Certaines causes structurelles sont à la base de l'insalubrité de l'environnement : habitudes et comportements séculaires renforcés par des croyances culturelles et religieuses ; faible niveau de développement économique et social, contexte de pauvreté.



Problème 2 : insalubrité de l'environnement

Causes immédiates

- Insuffisance des ouvrages appropriés et hygiéniques
- Pratiques non hygiéniques des populations
- Activités polluantes (industrielles, agricoles, ménagères, automobiles)

Disponibilité

- Manque d'entretien des équipements
- Manque de maîtrise de technologie
- Application technologique à coûts élevés
- Non mise en œuvre de l'hygiène
- Enclavement de certains sites
- Contraintes liées à l'espace de l'habitat et à la nature du terrain
- Sous-solier jugé non rentable
- Insuffisance de personnel qualifié
- Insuffisance de ressources et mauvaise gestion des services municipaux
- Coût élevé des matériaux de construction

Accessibilité

- Attitudes et comportements défavorables des populations
- Insuffisance de ressources
- Faible couverture éducative
- Insuffisance et non application des textes législatifs et réglementaires
- Faible responsabilisation dans l'hygiène et l'assainissement de l'état et des communautés

Utilisation

- Insalubrité autour des zones urbaines et rurales
- Priorités non accordées aux quartiers péri-urbains (ordures et eaux usées) et au milieu rural
- Coût des prestations élevé
- Croyance traditionnelle
- Besoins considérés, non vus par les populations
- Approche non participative des projets
- Manque de performance des services municipaux

Causes structurelles

- Croyances culturelles et certaines pratiques religieuses
- Faible niveau de développement économique et social du pays
- Pauvreté des populations
- Installation anarchique et insuffisance dans la politique d'urbanisme
- Condition atmosphérique polluante
- Pollution atmosphérique

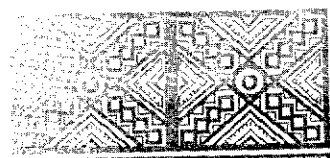


majorité de sa vie féconde en union. Par conséquent, le temps qu'une femme passe exposée au risque de grossesse est important.

Le besoin de compensation de la mortalité élevée chez les enfants, le besoin de main d'œuvre dans les zones rurales à caractère agro-pastoral (80 % du pays) et la faible prévalence contraceptive peuvent expliquer les niveaux élevés de grossesses rapprochées et de fécondité. En effet, 45 % des hommes invoquent comme principal avantage attaché au fait d'avoir beaucoup d'enfants le travail aux champs. Il apparaît que 11 % invoquent l'aide financière ou pratique que les enfants peuvent apporter à tout moment. Les hommes et les femmes ont en général une attitude pro-nataliste. Cette attitude est cependant plus marquée chez les hommes qui citent 8,3 comme le nombre idéal d'enfants (9,2 pour les hommes en union), que les femmes qui citent 6,6 (6,8 pour les femmes en union) (EDS II, 1995/1996).

Tableau :
Intervalle intergénérationnel

Caractéristique	Nombre de mois écoulés depuis la naissance précédente	Nbre médiane de mois depuis la naissance précédente	Effectif de naissances
Intervalle intergénérationnel	7-17 18-23 24-35 6-47 48+		
20-29	9,3 18,3 42,6 19,7 10,2	29,3	3759
30-39	9,4 15,3 39,5 19,4 16,5	30,8	3759
40 ou plus	8,6 14,9 32,8 20,6 23,1	33,7	927
Rang de naissances :	2-3 9,1 17,4 40,0 20,5 13,0	29,9	2823
4-6	8,6 15,8 41,9 19,1 14,7	30,7	3292
7 ou plus	10,6 17,4 37,8 19,4 14,8	30,2	2471
Survie de l'enfant précédent :	Décédé 20,4 21,3 33,7 13,4 11,2	26,1	2115
Toujours vivant	5,8 15,3 42,2 21,6 15,2	31,7	6470
Milieu de résidence :	Urban 7,7 14,6 39,8 19,3 18,6	31,2	2074
Rural	9,9 17,5 40,2 19,7 12,8	30,0	6512
Niv. d'instruction :	Aucune 9,7 17,2 39,8 19,6 13,7	30,1	7348
Primaire	7,6 15,2 42,0 20,7 14,6	30,9	901
Secondaire ou plus	6,7 10,9 41,6 17,0 23,7	32,1	337
Ensemble	9,7 16,8 40,1 19,6 14,2	30,3	8586



Source: EDS II, 1995-96

Note : Les naissances de rang I sont exclues. L'intervalle pour les naissances multiples est le nombre de mois écoulés depuis la grossesse précédente qui a abouti à une naissance vivante.

Tableau :

Pourcentage des hommes considérant les avantages d'avoir beaucoup d'enfants et selon le lieu de résidence, 1987

Avantage	Milieu	
	Urban %	Rural %
Travail du champ	29,1	50,2
Soutien aux personnes âgées	10,4	9,3
Aide financière	11,4	11,3
Porter nom de la famille	4,5	3,9
Pas d'avantage	14,1	3,3
Autre	30,5	22,0
Total	100,0	100,0
Effectif	263,0	707,0

Source : EDS, 1987

Bien qu'il y ait eu une augmentation de la prévalence contraceptive en 1995 (femmes de 15-49 ans : 7,9% pour l'ensemble des femmes et 6,7% pour les femmes en union), elle demeure faible. On constate cependant que la prévalence contraceptive est près de deux fois plus élevée qu'en 1987 (4,7 % pour les femmes en union). Concernant l'utilisation des méthodes modernes par les femmes en union, elle est près de 4 fois plus élevée aujourd'hui qu'en 1987 (4,5 % contre 1,3 %). Dans la population masculine, les niveaux d'utilisation de moyens de contraception sont nettement plus élevés que pour les femmes puisqu'ils concernent 18,4 % d'hommes et 18,1 % d'hommes en union (méthodes modernes pour l'ensemble d'hommes 11 %, hommes en union 8,4 %) (EDS II, 1995-1996).

A Bamako, la prévalence atteint 16,4 % chez les femmes en union contre 8,2% dans les autres villes et seulement 1,9 % chez les femmes rurales. Concernant les autres régions, la prévalence des méthodes modernes à Koulikoro est la plus élevée (4,8 %), suivie de Tombouctou/Gao (4,5 % au niveau des deux communes). Les régions de Mopti (1,4 %) et de Kayes (2,5 %) ont le plus bas niveau d'utilisation des méthodes modernes. Du point de vue de l'instruction, on constate que près d'un tiers des femmes ayant un niveau secondaire ou plus utilisent une méthode moderne de contraception contre 11,2 % des femmes ayant un niveau d'instruction primaire et seulement 2,3 % de celles n'ayant aucune instruction (EDS II, 1995-1996).

La politique d'offre des services en planification familiale a beaucoup progressé de 1987 à nos jours. Au début, ces services n'étaient offerts qu'en milieu urbain dans des cliniques spécialisées. Par la suite, les contraceptifs ont été rendus disponibles dans les services socio-sanitaires de cercle. Actuellement, le secteur communautaire qui assure la couverture de proximité la plus large au niveau du 1^{er} échelon ne constitue que 5,6 % des sources d'approvisionnement en méthodes contraceptives modernes. Le nombre de prestataires qualifiés reste faible à ce niveau, ce qui réduit le choix des méthodes contraceptives en milieu rural. Cela est associé à une intégration insuffisante de la planification familiale dans le paquet minimum d'activités. Le recours aux méthodes traditionnelles et populaires constitue le tiers des recours à la contraception alors que l'efficacité de ces méthodes reste à vérifier.

La faible pratique de la contraception et le faible taux d'éducation (scolarisation, alphabétisation, information) des femmes explique le niveau encore élevé de la fécondité.

Tableau :
Contraception et caractéristiques des utilisateurs

Caractéristique	Méthodes		Au moins une méthode traditionnelle		N'utilise pas actuellement		Effectif
	F	H	F	H	F	H	
Le lieu de résidence :							
Bamako	23,4	28,9	16,4	16,2	6,9	12,7	76,6 70,5 899 195
Autres villes	11,2	27,4	8,2	14,3	3,0	13,1	88,8 72,6 1280 257
Epis Urbain	16,2	28,1	11,6	15,1	4,6	12,9	83,8 71,7 2178 452
Rural	3,3	14,2	1,9	5,8	1,4	8,4	96,7 85,8 6044 1193
Région :							
Koulikoro	4,9	13,2	2,5	6,8	2,3	6,4	95,1 86,8 1289 221
Koulikoro	6,5	24,0	4,8	12,4	1,7	11,6	93,5 76,0 1387 279
Sikasso	4,4	20,7	3,2	6,7	1,2	14,0	93,6 79,3 1681 329
Ségou	5,0	15,7	2,9	7,3	2,1	8,5	95,0 84,3 1477 310
Mopti	2,6	8,4	1,4	3,8	1,2	4,6	97,4 91,6 1375 285
Tombouctou (urb)	5,5	13,5	4,5	4,0	1,0	9,4	94,5 86,5 114 25
Bamako	23,4	28,9	16,4	16,2	6,9	12,7	76,6 70,5 899 195
Niveau Instruct.							
Aucun	3,7	12,4	2,3	3,9	1,4	8,5	96,3 87,6 6993 1236
Primaire	16,1	19,7	11,2	10,2	4,9	9,6	83,9 80,3 853 216
Secondaire ou +	41,2	52,6	29,9	35,1	11,3	17,5	58,8 46,8 374 192
Ensemble	6,7	18,0	4,5	8,4	2,2	9,7	93,3 81,9 8222 1645

Source : EDS-2, 1995-1996

Problème 3 : Grossesse rapprochée/fécondité élevée

Causes immédiates

- Besoin de compensation de la mortalité élevée chez les enfants ;
- Besoin de main d'œuvre dans les zones rurales à caractère agro-pastoral 80 % du pays ;
- faible prévalence de la planification familiale (5,5%)
- Mariage précoce surtout de la fille en milieu rural

Causes sous-jacentes

- Faible niveau d'information sur les risques des grossesses rapprochées et les méthodes de planification familiale ;
- Offre de planification familiale insuffisante ;
- Valorisation traditionnelle de la fratrie nombreuse et de la fertilité ;
- Analphabétisme des femmes, plus prononcé en milieu rural ;
- Sous-scolarisation des filles, plus prononcée en milieu rural.

Disponibilité

- Choix limité des méthodes contraceptives en milieu rural ;
- Faible nombre de prestataires qualifiés en milieu périphérique ;
- Intégration insuffisante de la planification familiale dans le paquet minimum d'activité des centres de santé ;

Accessibilité

- Faible accessibilité géographique des services de planification familiale ;
- Faible accessibilité géographique des structures éducatives ;
- Faible accessibilité des femmes aux sources d'information.

Utilisation

- Liés aux croyances socio-culturelles et religieuses ;
- Recours aux méthodes traditionnelles peu efficaces ;
- Faible acceptabilité des prestataires hommes ;
- Messages inadaptés ;
- Occasions manquées dans le contact avec les services de santé ;
- Sous-utilisation accentuée du système éducatif par les filles.

Causes structurelles

- Faible niveau de développement des systèmes sanitaire et éducatif du pays ;
- Faible niveau de développement économique ;
- Pauvreté des populations.

Problème 4 :

Accroissement menaçant de l'incidence des MST et de la prévalence du SIDA 3 % VIH, 1992

Au Mali, l'âge médian aux premiers rapports sexuels est *beaucoup plus tôt chez les femmes* (15,8 ans) que chez les hommes (20,7 ans). Pour les femmes, on ne constate pas de modifications de l'âge aux premiers rapports sexuels au fil des générations, mais pour les hommes, cet âge médian a subi *un important rajeunissement*, passant de 23,3 ans pour les hommes de 55-59 ans à 18,7 ans pour ceux de 20-24 ans (EDS II 1995-1996).

Les informations précises sur l'incidence des MST ne sont pas faciles à chercher étant donné que certaines personnes peuvent avoir des MST et ne pas savoir ou ne pas reconnaître qu'il s'agit d'une MST, étant donné que certaines personnes avouent difficilement avoir eu de telles maladies. L'EDS II 1995-1996 a demandé aux femmes et hommes enquêtés s'ils avaient eu une MST au cours des 12 derniers mois ; seulement 2 % des femmes qui connaissent les MST et qui ont déjà eu des rapports sexuels ont déclaré avoir eu, au moins, une MST. Parmi les hommes ayant déjà eu des rapports sexuels, 4% ont déclaré avoir eu, au moins, une MST. *Pour les raisons citées plus-haut, il faut considérer ces valeurs comme des ordres de grandeur minimale*. Elles ne peuvent pas être considérées comme des mesures véritables de la prévalence des MST (EDS II 1995-1996).

Par rapport au comportement parmi les gens qui ont déclaré des cas des MST, 89 % des femmes et 75 % des hommes disent avoir recherché des conseils ou un traitement. De même, alors que 82 % des femmes disent avoir informé leur(s) partenaire(s) de leur état, seulement 49 % des hommes l'ont fait. Par contre, seulement 10 % des femmes ont évité les rapports sexuels alors que 26 % des hommes atteints l'ont fait. *En termes d'accroissement des MST, ce qui est frappant est que 47 % des femmes et 44 % des hommes n'ont pris aucune mesure pour éviter d'infecter leur partenaire* (EDS II 1995-1996).

La connaissance des MST n'est pas très élevée. Seulement 18,5 % des femmes de 15-49 ans connaissent au moins une MST contre 53,7 % chez les hommes. L'EDS II 1995-96 indique que la connaissance des MST a un lien direct avec le milieu de résidence (Bamako : femmes 39,3 % et hommes 70 %) et le niveau d'étude, au moins secondaire (femmes 56,5 % et hommes 81,3 %).

En général, les MST ne bénéficient pas encore d'un appui adéquat. Les prises en charges des maladies chroniques sont peu ou pas développées en dehors des programmes verticaux existants (lépre, tuberculose,...). A cela s'ajoute les coûts élevés des traitements.

La connaissance du SIDA est beaucoup plus élevée que celle des MST. Chez les femmes la connaissance du SIDA est plus contrastée. Les jeunes femmes le connaissent plus que celles de 40-49 ans. Selon le milieu de résidence, 98,3 % des femmes de Bamako connaissent le SIDA contre 69,6 % du milieu rural ; 72,6 % des femmes sans aucune instruction contre la quasi totalité des femmes ayant au moins le niveau secondaire.

Concernant les modes de transmission, la grande majorité des femmes et des hommes citent au moins un mode de transmission : respectivement 83,9 % et 92,4 %. En général, cette majorité cite les rapports sexuels : 72,5 % des femmes et 84,8 % des hommes. Les rapports sexuels avec plusieurs personnes ont été cités par 14,1 % des femmes contre seulement 6,6 % des hommes. Aussi, un tiers des personnes interrogées déclare que le SIDA est transmis par des objets souillés : lames, ciseaux, couteaux ou instruments tranchants. Elles représentent 30,7 % des femmes et 35,2 % des hommes. Le mode de transmission mère-enfant n'a été cité de façon spontanée que par moins de 3 %. Aussi, il faut noter que 15,9 % des femmes et 7,5 % des hommes déclarant connaître le SIDA n'ont pu citer aucun mode de transmission (EDS II 1995-1996).

Des efforts importants restent à accomplir avant l'atteinte des objectifs du PAN. Les faibles progrès accomplis auront besoin d'être maintenus mais surtout renforcés, d'où probablement une révision des modes d'intervention.

Problème 4 : accroissement menaçant de l'incidence des MST et de la prévalence du SIDA

Causes immédiates	Causes sous-jacentes	Causes structurelles	
<ul style="list-style-type: none"> • Faible taux d'acceptation de l'existence du risque de SIDA ; • Rapport sexuels à risque non protégés • faible utilisation des préservatifs, • prostitution clandestine, • mœurs favorisant la transmission, • pas de traitement efficace et rapide des MST considérées comme maladies honteuses (interaction MST-SIDA) 	<ul style="list-style-type: none"> • Faible corrélation entre les connaissances et comportement ; • Vulnérabilité économique, culturelle et sociale des femmes et des jeunes dans le milieu urbain et péri-urbain ; • Population spécifique exposée au risque et amplifiant la transmission : transporteurs, prisonniers, soldats ; • Taux d'analphabétisation élevé dans la population en particulier chez les femmes et les jeunes filles ; • Faible couverture des services socio-sanitaires et insuffisance d'une approche multi-sectorielle ; • Absence de stratégie opérationnelle de lutte contre les MST par les services de santé (volet insuffisamment développé du PMA), l'Etat et les communautés. 	<ul style="list-style-type: none"> • Faible niveau de développement économique et social du pays ; • Pauvreté des populations ; • Domaine où le changement de comportement est lent et difficile ; • Migration et exode rural ; 	
	Disponibilité	Accessibilité	Utilisation
	<ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance des services socio-sanitaires ; • Insuffisance des structures éducatives ; • Faible niveau de qualification du personnel ; • Faible implication des femmes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Disparité d'accès urbain-péri-urbain rural entre régions ; • Inégalité d'accès hommes-femmes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Difficulté d'obtenir des changements de comportement ; • Faible utilisation des services socio-sanitaires ; • Difficulté des femmes à se protéger ; • Mauvaise accessibilité des services

Problème 5

Pratiques, croyances, comportements traditionnels néfastes à la santé des femmes et des enfants

Pratiques, croyances, comportements traditionnels néfastes à la santé des femmes et des enfants : excisions ; alimentation inappropriée des femmes enceintes et allaitantes ; introduction des liquides et aliments avant 4 mois ; alimentation inappropriée des enfants pendant la période de sevrage ; traitement inadéquat des maladies infantiles.

Les pratiques, croyances et comportements inappropriés par rapport à l'excision, à l'alimentation des femmes enceintes et allaitantes, à l'alimentation des enfants dès la naissance à la période de sevrage, et au traitement des maladies infantiles ont des conséquences importantes sur le bien-être des femmes et enfants.

La pratique de l'excision est très courante au Mali et concerne 94 % des femmes de 15-49 ans. La forme la plus sévère qui est l'infibulation est peu pratiquée. Quelqu'en soit la forme, on observe peu de différence selon les caractéristiques socio-démographiques. Au niveau des spécificités géographiques, la pratique de l'excision semble moins répandue dans les autres villes (85,5 %) qu'à Bamako (95,3 %) et qu'en milieu rural (95,6 %) mais ceci est dû, en grande partie, à la très faible proportion de femmes excisées observées dans les villes de Tombouctou et Gao (9,3 %). Sur le plan régional, mis à part Tombouctou/Gao où l'excision est très peu pratiquée, seule la région de Mopti a une proportion de femmes excisées inférieure à la moyenne nationale (88,3 %). Les femmes de confession musulmane sont plus souvent excisées (94,3%) que celles de confession chrétienne (84,6 %) ou animiste (88,2 %). Au niveau de l'appartenance ethnique, c'est seulement chez les femmes touareg (16,5 %) et songhaï (47,8 %) que la pratique de l'excision est nettement plus faible.



Faible performance des services de santé et faible accès aux services de santé

Au premier échelon : PMA

Plus de deux centres de santé sur trois ne disposent pas du Paquet Minimum d'Activité permettant la prise en charge et la prévention des problèmes de santé les plus fréquents affectant la santé de la mère et de l'enfant. La transmission fonctionnelle des aires de santé en CSCOM ou CSAR permettant d'assurer cette disponibilité prend du temps et n'a pas concerné encore la majorité des aires de santé établies par les cartes sanitaires des plans de développement sanitaire des cercles.

Dans les aires fonctionnelles, le PMA comporte :

- des activités curatives permettant la prise en charge des affections courantes (avec disponibilité de médicaments essentiels en DCI), le suivi de certaines affections chroniques comme la lèpre ;
- des activités préventives (vaccinations, suivi de la croissance des enfants, consultations prénatales, planification familiale, supplémentation nutritionnelle en vitamine A) ;
- activités promotionnelles pour favoriser les comportements favorables au maintien de la bonne santé ;
- stratégie avancée avec visites périodiques des villages, réalisation des activités préventives et promotionnelles dans les villages.

Mais le PMA est insuffisamment développé pour certaines de ces composantes ; la prise en charge des MST est insuffisamment appuyée, le suivi des tuberculeux reste centralisé au niveau cercle, le suivi nutritionnel des enfants n'est pas bien intégré aux activités, les aspects promotionnels (allaitement exclusif, pratiques de sevrage, TRO) sont mal montés, les activités de la stratégie avancée sont insuffisamment diversifiées.

Au niveau de la référence

Le plateau technique est le plus souvent rudimentaire, avec manque d'équipements et d'instruments appropriés, absence de moyens d'exploration

para-cliniques (laboratoire, radiographie, électrocardiographie etc.), absence de banque de sang et de conditions assurant la sécurité de la transition sanguine. Au niveau des compétences, la chirurgie est insuffisamment développée dans la plupart des cercles et quand elle est présente et relativement performante, sa permanence est tributaire de la présence du médecin qui l'assure (sollicité souvent pour des formations, missions, supervisions). Deux médecins, un infirmier major et une sage-femme constituent en principe l'équipe assurant le fonctionnement du plateau technique. Cette équipe minimale n'est pas assurée dans tous les cercles du Mali.

Dans une dizaine de cercles, une organisation du système de référence est en cours, prenant en compte l'ensemble des facteurs qui concourent à son efficacité (répartition claire des tâches aux différents niveaux, radio-communication, ambulance, solidarité pour réduire l'accès financier) ; ce processus important et complexe n'a pas démarré dans les autres cercles du Mali.

L'approvisionnement en médicaments essentiels ne met pas encore à l'abri de ruptures de stock. Le Mali importe équipements et médicaments pour les prestations sanitaires. La dévaluation intervenue en 1994 a doublé le prix à l'importation de ces produits et leur prix à la vente a été multiplié par un coefficient allant de 1,6 à 1,8 réduisant ainsi l'accessibilité financière aux prestations.

La disponibilité des médicaments essentiels à grande échelle intervenue récemment permet une amélioration globale de l'accessibilité financière aux prestations par rapport au passé. Un plan directeur pour assurer la disponibilité des médicaments essentiels et la création d'une unité chargée de gérer les médicaments au sein de la PPM, renforcée par l'apport de l'organisation associative GIE/SPT constitue un atout majeur.

Le renchérissement de l'amortissement des équipements et de la logistique ne permet pas aux CSCom surtout ruraux de contribuer à ces amortissements sans mettre en danger leur viabilité financière.

Les ressources du système de santé

a) Les ressources humaines

La disponibilité, en nombre et en qualité, de cadres et de personnel socio-sanitaires au niveau opérationnel, constitue une contrainte sérieuse au développement sanitaire du Mali. L'indisponibilité de la formation initiale du personnel infirmier en particulier, ne permet pas d'obtenir de grandes performances en matière de qualité de soins et encore moins de rendre les acquis actuels durables.

La difficulté que rencontrent les CSCom ruraux pour recruter le personnel infirmier pourrait constituer un sérieux frein à l'effort d'extension de la couverture sanitaire. La répartition du personnel socio-sanitaire est très inégale sur l'ensemble du territoire national du fait de la politique de ressources humaines pratiquée. Cette inégale répartition rend plus difficile la satisfaction des besoins, particulièrement dans les zones rurales.

Le tableau suivant donne certains ratios indicatifs de cette mauvaise répartition.

Personnel socio-sanitaire	A Bamako	Dans les régions
Un médecin pour	4469	58 156
Un infirmier pour	1342	8367
Une sage-femme pour	943	19050
Un technicien sanitaire pour		155172 (ensemble du pays)

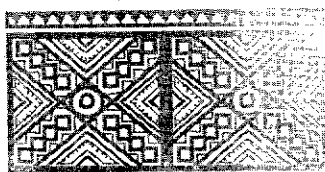
Un technicien de développement communautaire pour 73170 (ensemble du pays)

Source : Bilan Diagnostique 1995

b) Les ressources financières

La contribution de l'Etat aux dépenses totales de santé est passée de 4,1 % en 1990 à 7,26 % en 1995 (Bilan Diagnostique 1995). Une inversion de tendance est effectivement constatée comme l'indique le graphique suivant. Si l'action de l'Etat est significative dans sa volonté de soutenir le secteur, il reste cependant vrai que par rapport aux objectifs de l'initiative 20 % - 20 %, des efforts restent à consentir. Avec la réforme en cours pour une plus grande décentralisation budgétaire et la mobilisation des ressources auprès des communautés, il est permis d'envisager des améliorations substantielles dans le fonctionnement des services et d'envisager la pérennisation des programmes prioritaires.

Les populations ont contribué à la totalité des investissements d'infrastructures pour les CSCom tests. Elles contribuent à 25 % de l'investissement d'infrastructures pour les CSCom réalisés dans le cadre du PSPHR, l'Etat prenant les 75 %. Le coût total de fonctionnement d'un CSCom rural varie



entre 400 et 500 FCFA par an et par habitant, amortissement compris. La part à la charge des populations varie entre 200 et 300 FCFA et celle à la charge de l'Etat, y compris les amortissements varie entre 100 et 200 FCFA. Les CSCCom urbains ont les coûts de fonctionnement les plus élevés, souvent supérieurs à 10 millions de FCFA, alors que les coûts de fonctionnement des CSCCom ruraux varient de 3 à 6 millions en général.

Les coûts locaux de fonctionnement des activités de vaccination et de la stratégie avancée (vaccins non compris) se situent entre 15 et 20 FCFA par habitant et par an. Les coûts de fonctionnement annuels montrent l'importance des charges fixes que sont les salaires et les amortissements pour l'équilibre financier du centre et sa viabilité. Ils montrent aussi la part très modeste que représentent les coûts locaux de fonctionnement de la stratégie avancée.

Accessibilité

L'accessibilité et la couverture sanitaire restent encore insuffisantes. La disponibilité de services de qualité est particulièrement faible, la grande majorité des centres existants n'offrant pas encore le paquet minimum d'activités (PMA). Si près de 67 % de la population vit à moins de 15 km d'un dispensaire ou d'une maternité rurale, ces structures n'offrent généralement pas le PMA. Seulement 39 % de la population se trouvait à 15 km d'un CSA ou d'un CSCCom en 1995 offrant ou non le PMA. Ce chiffre est ramené à 23 % quand il s'agit des CSCCom/CSCCom offrant réellement le PMA et gérés par les communautaires.

Le regroupement des villages en aires de santé est une nécessité incontournable pour améliorer cette accessibilité. Le tableau suivant donne l'évolution de l'accessibilité aux services de santé entre 1992-1995.

Tableau :

% population ayant accès aux services dans un rayon de 15 km

Année	1992	1993	1994	1995	1996
Dispensaires ou maternité rurale	66,0	67,0	67,0	67,0	67,0
CSCCom / CSA	37,0	33,0	36,0	39,0	31,0
CSCCom / CSCCom avec PMA	2,6	4,0	10,0	23,0	31,0

* données non disponibles

Source : Ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes Agées/UNICEF, DESAM, 1996

Des variations importantes existent entre régions, passant de 9 % à Kayes à 32 % à Ségou. Le tableau suivant donne les chiffres d'accessibilité par région en 1995 :

Tableau :

Accessibilité par région, 1995.

Régions	Kayes	Koulikoro	Sikasso	Ségou	Mopti
% pop. (2 km CS avec PMA)	5	7	9	17	14
% pop. (15 km avec PMA)	9	12	20	32	23

Source : Ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes Agées/UNICEF, DESAM, 1996

L'épisode curatif coûte en moyenne 800 FCFA dans les CSCCom/CSCCom opérationnels ; il dépasse 2 000 FCFA dans les systèmes non organisés. Pour la référence le coût d'une césarienne est de 30 000 FCFA dans le système rationalisé. Il peut dépasser 50 000 FCFA dans les cercles non encore organisés. Le coût des évacuations urgentes varie selon les régions et l'éloignement de l'hôpital, et il peut varier de 10 à 25 000 FCFA (données de 1995).

Utilisation

L'utilisation de la consultation curative reste en moyenne très basse ; elle est estimée à 0,1 nouveau cas par habitant et par an en 1994. Dans les aires de santé pourvues d'un CSCCom ou d'un CSA revitalisé, la fréquentation est certes plus importante (entre 0,2 et 0,3 nouveau cas par habitant en moyenne), mais reste encore insuffisante par rapport aux besoins présumés de la population. Des fréquentations à des taux plus élevés (avoisinant 1 nouveau cas par habitant et par an), sont observées dans la population vivant à moins de 5 km du centre. Ceci met en relief une dimension structurelle de la faible utilisation des consultations curatives.

Tableau :
Vaccinations selon l'EDS II, 1995-1996

	BCG		DTC1		DTC3		Polio 1	Polio 2	Rougeole
	1	3	1	3	1	3			
Vaccinés à n'importe quel âge avant l'enquête, selon la carte de vaccination et des déclarations de la mère	76,3	71,6	37,5	73,0	39,1	50,8			
Vaccinés avant l'âge de 12 mois	69,6	64,6	28,7	65,7	29,9	35,2			

Tableau :
Données de couverture vaccinale des enfants de moins d'un an (ensemble du pays)

Vaccins	1992	1993	1994	1995	1996
BCG	70 %	77 %	67 %	79 %	76 %
DTC 1/P1	65 %	77 %	63 %	75 %	76 %
DTC 2/P2	47 %	60 %	48 %	61 %	63 %
DTC 3/P3	38 %	46 %	39 %	48 %	52 %
VAR	35 %	51 %	46 %	51 %	55 %

Source : Centre National d'immunisation, 1996

* pour 1996, les données couvrent la période jusqu'à la fin jan. 1997 ; une légère augmentation est attendue par la réception des dernières rapports du 1996.

Nous constatons sur les données de routine (du CNI) une progression de la couverture des enfants de moins d'un an pour l'ensemble des antigènes de 1992 à 1996 avec toutefois une baisse significative observée durant l'année 1994 (année de survenue d'une grande épidémie de méningite). En 1996, la progression de la couverture BCG a marqué un tassement attribué à la non-disponibilité des vaccins durant plusieurs semaines. Pour la première

fois, la couverture en DTC3 dépasse le seuil de 50 % au Mali en 1996. Les données de couverture qui ressortent de l'EDS II montrent les différences importantes avec les données de routine. Mais ces différences seraient davantage relativisées si les chiffres de l'EDS II (réalisée en 1995 sur les enfants de 12-23 mois) avaient été mis en relation avec l'estimation de couverture des enfants de 0-11 mois de l'année 1994. Dans ce cas, les chiffres seraient très proches.

La couverture vaccinale des enfants de moins d'un an a progressé au cours des années comme l'indique le tableau ci-dessus, atteignant un palier difficile à dépasser, par la stratégie classique de programme vertical en dépit de la couverture relativement élevée pour le BCG (67 à 77 %). Les premiers CSCom tests et centres de santé revitalisés montrent des couvertures performantes, atteignant ou dépassant parfois 80 % pour l'achèvement du calendrier vaccinal des enfants de moins d'un an. Dans certains contextes géographiques du pays (zones inondées ou accidentées), ces performances sont difficiles à réaliser. La couverture pour les autres activités préventives reste faible en général ; il en est ainsi des consultations prénatal et post-natal, de la prévalence contraceptive et de l'accouchement assisté.

L'EDS II 1995-96 fait ressortir que plus de la moitié des mères d'enfants nés dans les trois dernières années (51,2 %) ont reçu au moins une dose de vaccin antitétanique pendant la grossesse contre 18,2 % en 1987. Les mères ayant au moins le niveau secondaire utilisent dans leur très grande majorité les services de vaccination lors des grossesses (91,9 %), contre 47,6 % pour celles sans instruction. Les mères résidant en milieu urbain sont plus fréquemment vaccinées (79,3 %) contre 41,5 % en milieu rural. Dans la région de Mopti seules 39,2 % des femmes sont protégées.

En 1994, l'Annuaire Statistique du ministère de la Santé montre que la couverture globale assurée par les services de santé en couverture prénatale était de 20 %, mais la qualité et la continuité ne sont pas standardisées. Dans les CSCom et CSA revitalisés, un niveau supérieur est réalisé avec une standardisation et une meilleure intégration de la prise en charge. L'EDS II 1995-1996 montre une couverture prénatale assurée par le personnel qualifié de 46,9 % sur un échantillon représentant un effectif de 6 019 sur les 3 dernières années. Ce chiffre apparaît nettement supérieur à celui de l'Annuaire Statistique. Une partie de la différence trouverait son explication par le recours que feraient les femmes enceintes au personnel de la santé dans un cadre informel ou privé.

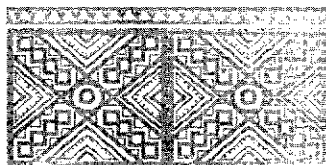
Les mères ayant atteint au moins le niveau secondaire (95,1 %) vont en consultation prénatale contre 66,3 % de celles ayant un niveau primaire et seulement 42 % des mères sans instruction. On constate que ce sont les femmes les plus jeunes (49,6 % des moins de 20 ans) qui ont le plus fréquemment utilisé les services de consultation prénatale ces trois dernières années. On observe que la proportion de femmes bénéficiant d'une assistance à l'accouchement a fortement augmenté passant de 31,9 % en 1987 à 40 % en 1995 (EDS II, 1995, 1996).

Dans les cercles qui ont réalisé une masse critique des revitalisations et de création de CSCoM, les couvertures ont considérablement augmenté dans les aires concernées. La mise en place du PMA à gestion communautaire améliore indiscutablement la performance de couverture.

Les besoins en césarienne pour pronostic maternel sont estimés à 2 % des accouchements attendus. Les structures de référence ne réalisent que 15 % des césariennes de ce qui correspond aux besoins de césariennes. Il existe une grande disparité entre les cercles pour la satisfaction de ces besoins (varient entre 5 et 50 %). Sans un renforcement du plateau technique pour pronostic maternel, et sans un développement de mécanismes de solidarité locale (cotisations, mutuelles, caisses communes entre ASACO), l'accessibilité financière (40 000 FCFA pour une césarienne) constitue un handicap majeur à l'utilisation des services de la référence.

Certaines ASACO ont adopté des mécanismes pour la prise en charge des indigents, d'autres ont considéré que cette solidarité s'exerce au sein de la famille et du village pour ne pas mettre en péril la viabilité du CSCo.

L'initiative encore à petite échelle de développement des mécanismes de solidarité laisse présager une réduction des coûts de l'accessibilité financière à la référence surtout en terme de débours directs pour le malade. A Bamako, 4 personnes sur 5 ont recouru à l'informel puisé financièrement accessible (Ministère de la Santé, *Annuaire Statistique 1994*).



Problème 6 : Faible performance des services de santé et faible accès aux services de santé

Causes immediate

- Sous-équipement des services
- Allocation budgétaire au secteur de la santé
- Insuffisance de la disponibilité humaine chez les médecins
- Pas de réévaluation budgétaire
- Insuffisance de la disponibilité humaine pour certains prestations (intervention obstétricales)
- Coût élevé de certaines prestations (intervention obstétricales)
- Coût élevé des médicaments
- Pas de politique claire en matière d'utilisation et de disponibilité
- Indisponibilité de la formation initiale
- Les activités de supervision et auto évaluation sont peu développées
- Formation médicale traditionnelle
- Formation technique de référence

Disponible

- Absence ou faible niveau d'organisation du système de référence.
- Profil et compétence du personnel socio-sanitaire inadéquates.
- Manque de la stratégie sanitaire insuffisamment diversifiée (centré sur le PVI).
- Méthode technique de référence n'est souvent pas en mesure de couvrir dans de bonnes conditions les besoins obstétricaux.
- Insuffisance d'ambulances.
- Pourcentage des circuits de référence relatifs au CSV, inférieur à 70%.
- Personnel qualifié sans revenu décentement.
- Compétences chirurgicales non disponibles en permanence dans les CS centraux.
- Activité perinatale insuffisante.
- Faible disponibilité de transfusions sanguines.
- Absence d'activités de réhabilitation dans les régions éloignées de stock pour certains médicaments essentiels.
- Disponibilité du matériel non vérifiée dans tous les hôpitaux.

Causes sous-jacentes

- Insuffisance des moyens techniques et de leur maintenance ;
- Insuffisance dans la programmation de la gestion ;
- Faible niveau de gestion des dépenses et centralisation des programmes de paiement ;
- Faible conversion en moyens de consommation ;
- Faute d'implication et d'engagement entre les gestionnaires ;
- Faiblesse de communication entre les services ;
- Capacités techniques faibles pour la population rurale ;
- Des offres technologiques et informatiques sont d'un très haut niveau.

Accessibilité

- [illegible]

NOTES

- Développement des ressources humaines : indiquer en quantité et qualité par rapport aux besoins en particulier du niveau opérationnel
- Structures matérielles : indiquer la référence et les situations observées, en particulier pour la justification l'accès aux équipements
- Situation insuffisamment organisée et développée pour l'usage prévu
- Pointe dépendance vis-à-vis de l'étranger (cable)
- Structures importantes du pays développées avec développement important au détriment de petites villes importantes
- Manque de communication pendant les visites d'expériences
- Niveau de qualification fort important
- Structure sociale de la population
- Niveau des revenus
- Niveau technique
- Niveau de développement

Causes structurelles

3.1.3 Expériences passées et politiques nationales

La section précédente a été consacrée à l'analyse causale des problèmes prioritaires identifiés en fonction de la situation actuelle du Mali. Nous pouvons à présent examiner dans quelle mesure l'Etat malien a développé un cadre de politiques nationales pouvant assurer une meilleure santé et bien-être des enfants et des femmes en concordance avec l'esprit de la CRC et de la CEDAW.

Qu'il s'agisse des endémies, des affections liées à la grossesse et à l'accouchement ou même des maladies de la première enfance ou celles imputables à un environnement insalubre, la morbidité liée aux principales maladies est ressentie d'une façon désastreuse par les populations du fait de ses conséquences néfastes sur le développement. De ce point de vue, la réduction de la morbidité et de la mortalité dues aux principales maladies est déterminante pour la productivité des actifs et le développement des enfants et, par tant pour l'amélioration des conditions de vies des populations cibles.

Santé

La réduction de la mortalité spécifique à la mère et l'enfant a bel et bien une incidence heureuse sur le niveau de l'espérance de vie de la population, ce qui constitue un élément essentiel de l'indicateur du développement humain durable. Le Mali a entrepris la mise en œuvre d'une politique nationale de santé et de population audacieuse et à bien des égards reformatrice. La Politique Sectorielle de Santé et de Population, signée le 15 décembre 1990, est basée sur l'approche des soins de santé primaire et sur les principes de l'Initiative de Bamako.

La Politique sectorielle de Santé et de Population

Le secteur de la santé connaît ces dernières années au Mali des transformations profondes avec la mise en œuvre de la nouvelle politique de santé. Gestion décentralisée dans le cadre du système de santé de cercle (district sanitaire) et disponibilité d'un Paquet Minimum d'Activités (PMA) qui inclut les médicaments essentiels en DCI avec gestion communautaire progressent de façon significative au Mali. L'organisation de la référence utilise la pénétrabilité comme porte d'entrée pour impliquer tous les acteurs (personnel de santé au différents niveaux, population, partenaires) dans les efforts visant à réduire la mortalité maternelle par une plus grande efficacité du système et une meilleure accessibilité financière pour les utilisateurs.

L'objectif majeur de la population sanitaire du Mali est la réalisation de la santé pour tous dans un horizon aussi rapproché que possible. La concrétisation de cet objectif passe par la réalisation des objectifs intermédiaires suivants :

- Améliorer l'état de santé des populations afin qu'elles participent plus activement au développement socio-économique du pays ;
- Étendre la couverture sanitaire tout en rendant les services accessibles à la population ;
- Rendre le système de santé viable et performant.

Afin d'accélérer la mise en œuvre des soins de santé primaires, une stratégie a été adoptée dans le droit fil des principes énoncés dans l'Initiative de Bamako.

- Faire évoluer la notion de pyramide sanitaire d'une conception hiérarchique et administrative vers une conception plus fonctionnelle qui représente le niveau opérationnel et constitue l'unité chargée de planifier le développement de la santé, de le budgétiser et d'en assurer la gestion. Le niveau régional est chargé d'appuyer les cercles sur le plan technique. Le niveau central, chargé de l'opérer, stratégique, détermine les investissements et le fonctionnement du secteur, les standards qui tiennent compte des principes d'efficacité, d'efficience, d'équité et de viabilité ;
- Assurer en permanence la disponibilité et l'accessibilité des médicaments essentiels ;
- Renforcer la participation communautaire à la gestion du système ; les individus, les ménages et les communautés assurent leur propre santé ;
- Mobiliser les ressources nécessaires au financement du système de santé, y compris par le recouvrement des coûts dans les formations sanitaires, et rationaliser l'utilisation de ces ressources à tous les niveaux.

En matière de financement public de la santé, les efforts entrepris visent l'examen, de la nomenclature budgétaire afin de la rendre plus fonctionnelle ; normes budgétaires pour le fonctionnement et l'investissement, système de suivi des coûts et dépenses. Ceci devrait permettre de préparer des budgets consolidés et des plans de financement intégrant les contributions des secteurs public, privé, l'apport extérieur ; définir les principaux indicateurs financiers du tableau de bord.

- Au niveau des cercles, les pouvoirs publics ont défini les modalités de participation des communautés au financement des soins de santé primaires ;
- participation physique à travers leurs contributions aux constructions et à la maintenance des centres de santé communautaires ;
- participation financière à travers la généralisation du système de recouvrement des coûts (vente de médicaments, tarification des actes, etc.) et la contribution effective des organismes locaux de développement et des ONG à la prise en charge du système de santé.

La mise en oeuvre de la politique ci-dessus définie a connu certes des résultats encourageants. Cependant, les besoins et les problèmes de santé persistent toujours. Leur non satisfaction contrarie les efforts fournis. Le gouvernement s'est engagé à veiller à ce que les coûts de participation des populations n'entravent pas leur accès aux soins et ne compromettent pas le développement des services.

a) Au niveau des mesures institutionnelles

Le Mali a adopté le 15 décembre 1990 la Déclaration de Politique Sectorielle de Santé et de Population.

La politique sectorielle de santé, tout en reconnaissant et renforçant un pouvoir réel au niveau opérationnel (équipe socio-sanitaire et population), définit les rôles respectifs du niveau intermédiaire (la région) et du niveau central. L'action sanitaire se pose comme une œuvre sociale de solidarité de l'Etat, des collectivisés et de l'individu. Un acquis majeur de cette politique à travers les différentes mesures institutionnelles est le rôle d'acteur que prend la population pour la gestion de sa santé. Cette situation nouvelle offre des perspectives prometteuses pour la responsabilisation des communautés et favorise une dynamique de développement communautaire au-delà des limites de la santé. Ceci s'articule convenablement aux principes déclarés du développement humain durable (DHD), c'est-à-dire la participation des bénéficiaires aux prises de décision dans la conduite de leur développement.

Les conditions de création des CSCOM, les modalités de gestion des services socio-sanitaires des cercles/communes et des CSCOM et, la définition des organes de participation des populations dans la gestion du système ont été entre autre fixées par l'arrêté interministériel n° 94-5092 du 21 avril 1994. Il s'agit essentiellement du conseil de gestion, constitué par les associations de santé communautaire, qui est un organe de décision du comité de gestion qui veille à la bonne exécution des décisions du conseil. Les normes d'implantation, de construction, d'équipement des infrastructures sanitaires ainsi que le profil du personnel du centre de santé ont été définies.

L'assouplissement des conditions de l'exercice privé des professions de santé notamment en matière de normes d'ouverture des établissements et de fixation de leurs fonctions de soins a favorisé l'émergence d'un réseau de structures privées, surtout à Bamako. L'érection des trois hôpitaux nationaux (Point G, Gabriel Touré, Kati) et du Centre National d'Odontostomatologie en Etablissement Public à caractère Administratif

(EPA) répond à l'accroissement de leur autonomie de gestion. Les activités techniques des hôpitaux secondaires, régionaux et nationaux ont été limitées aux fonctions de soins de technicité élevée et de dernier recours.

L'adoption de textes juridiques fixant la liste des 189 médicaments essentiels exonérés d'impôts et taxes et interdisant l'importation par la Pharmacie Populaire du Mali (PPM) de 350 de leur équivalent en spécialité a été un élément déterminant de l'accessibilité aux médicaments. La réglementation de l'importation des médicaments, la levée du monopole de la PPM et la libéralisation des prix des médicaments ont favorisé l'implication des partenaires comme le "GIE/Santé pour Tous" dans le circuit de l'approvisionnement.

Un mécanisme de contrôle pour garantir la qualité de l'offre de santé (soins, médicaments essentiels, produits alimentaires, eau et pharmacies) a été mis en place à travers la création de l'inspection de la santé et de l'action sociale et du Laboratoire National de Santé (LNS).

Malgré le rôle d'avant-garde joué par le secteur sanitaire dans la décentralisation, le niveau central n'a pas encore développé significativement son nouveau rôle. De nombreux programmes gardent leur tradition de gestion verticale et de nouveaux programmes se mettent en place dans la même logique. La dernière revue à mi-parcours du PSPHR a été l'occasion pour qu'une expression unitaire d'appui soit matérialisée par les partenaires extérieurs. Cette intention politique très importante ne cadre toujours pas avec les interventions actuelles liées aux priorités et exigences de la mise en oeuvre de la nouvelle politique.

L'application des mesures de départ volontaire à la retraite au personnel des services d'éducation et de santé alors que les textes instituant ces programmes les en excluaient, et la non application des mesures de rationalisation de la gestion du personnel ont été un obstacle important à la mise en oeuvre des principales mesures constituant l'ossature des politiques sectorielles concernées. Les PAS ont retenu la santé comme un domaine d'intervention privilégié de l'Etat et ont donc accru sa part dans les dépenses publiques tout en donnant la priorité à la fourniture des soins de santé primaires. C'est ainsi que le ratio personnel socio-sanitaire et population s'est légèrement amélioré.

Le retard dans la relecture des cadres organiques et du statut particulier des corps de cadre socio-sanitaire est à l'origine de l'absence de conditions incitatives pour encourager le personnel à servir dans toutes les localités et spécialement dans les zones déshéritées comme par exemple le nord du pays.

Cependant, les décrets 94/336 PRM et 94/337 PRM du 1^{er} novembre 1994 fixent des primes spéciales de fonction dans certaines localités des régions de Kayes, Koulikoro, Sikasso, Mopti, Tombouctou, Gao et Kidal.

b) Au niveau de la gestion du système : capacité du gouvernement et rôle des communautés

Le gouvernement a adopté une stratégie conçue sur la base de l'initiative de Bamako qui met l'accent sur la promotion des soins de santé primaires à travers une plus grande décentralisation du système de santé et une plus large participation de la communauté dans la gestion et le financement de la prestation des soins de santé primaires. Trois niveaux ont été définis et des fonctions spécifiques leurs sont confiées afin de traduire la volonté politique de décentralisation des fonctions de gestion du système.

Le niveau central chargé de l'appui stratégique a défini les grandes orientations, déterminé les investissements, les modalités de fonctionnement du secteur et les standards qui tiennent compte des principes d'efficacité, d'efficience, d'équité et de viabilité. La mise en œuvre du PSPHR a été une occasion où la collaboration et la recherche de complémentarité entre différents acteurs (Etat malien, communautés et partenaires extérieurs) sont devenues une réalité nouvelle. Ce principe de cofinancement pour la mise en œuvre d'une politique acceptée par les principaux partenaires a constitué un acquis précieux qui est une innovation remarquable en Afrique. Ce changement ne s'est pas fait sans difficultés et des insuffisances restent à combler pour concilier les intérêts de chacun avec le développement sanitaire du Mali. Par ailleurs, une décentralisation budgétaire n'accompagne et ne renforce pas encore le processus. Ce sont les projets et notamment le PSPHR qui sous-tendent l'effort actuel.

Au niveau régional ou intermédiaire, l'ESSR est chargée d'appuyer les cercles sur le plan technique. Cet appui a porté sur la formulation des objectifs de couverture, d'intrants et d'impact à travers l'élaboration des PDSC et leur mise en œuvre (formation, supervision, etc.).

Au niveau opérationnel, l'équipe de santé de cercle/commune (ESSC) s'est vue confier des fonctions nouvelles. Depuis, le cercle est devenu l'unité géographique chargée de planifier le développement de la santé, de budgétiser et d'assurer la gestion. L'implantation d'un réseau de centres de santé de premier échelon assurant des soins de qualité, accessibles financièrement et gérés par les communautés, et le renforcement du plateau de référence contribuent au développement des capacités de l'équipe de cercle/commune. Les capacités au niveau des cercles/communes sont encore insuffisantes

pour faire face pleinement à leur nouvelle responsabilité. Le personnel socio-sanitaire a tendance à devenir plus nombreux dans la capitale et les chefs-lieux de région qu'au niveau opérationnel (comparaison Bamako et reste du pays, voir ci-dessous).

L'ASACO adopte le plan de travail du personnel socio-sanitaire. Le calendrier des activités, la tarification des activités, et débattre sur tous les problèmes de gestion du centre. Le CSCOM offre une bonne occasion d'apprentissage et de développement de ces capacités. Des chiffres d'affaires allant de 3 à plus de 10 millions de francs CFA par centre sont actuellement gérés par les ASACO. Ceci procure une responsabilité et une opportunité réelles pour une expérience de développement à la base.

L'organisation des ASACO en fédérations locale, régionale et nationale, est de nature à renforcer leur capacité de négociation à chaque niveau et offre des opportunités nouvelles pour déployer les appuis de développement de capacités et d'habilitation des populations en complément des actions menées directement par les services de santé.

Cependant les capacités gestionnaires des associations sont généralement faibles, particulièrement en milieu rural. La participation et l'implication des femmes dans la dynamique de création des CSCOM est restée fort modeste. Malgré qu'il soit reconnu que les femmes étaient à l'origine de plusieurs initiatives de création de CSCOM, seulement 25 sur 141 membres de dix ASACO sont des femmes. Elles occupent rarement des postes de responsabilité importante. Conservatisme et tradition sont mis en avant pour expliquer cette insuffisance.

Le gouvernement, conscient de la nécessité de contrôler l'impact des mesures mises en œuvre du point de vue de l'accessibilité et de l'utilisation des services de santé, a décidé d'instituer un système d'information sur la gestion dans le cadre du PSPHR afin de s'assurer que l'action menée en vue d'un meilleur recouvrement des coûts ne va pas à l'encontre des objectifs fondamentaux définis.

Une réforme du SIS (Système d'Information Sanitaire) a été entreprise. Elle vise à adapter celui-ci à la volonté politique de décentralisation facilitant la prise de décision locale et l'auto-évaluation. Le SIS remplace tous les systèmes d'information parallèles. Le monitoring trimestriel par cercle et par région n'est pas encore réellement opérationnel bien qu'il soit systématique dans les aires de santé fonctionnelles. Un plan directeur du SIS est actuellement en cours de finalisation à la Cellule de Planification et de Statistique du ministère de la Santé. Il permettra d'intégrer ou de lier le

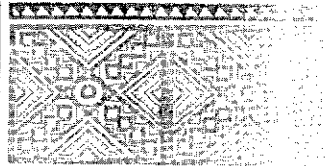
développement de tous les Sous-Systèmes d'Information (SLIS, surveillance épidémiologique, gestion du personnel socio-sanitaire, gestion financière, sous-système hospitalier).

La formation est envisagée à travers une décentralisation effective avec redéfinition des rôles à chaque niveau. Le problème à résoudre a été de composer un menu de formation adéquat pour les premiers CSCOM test qui soit conforme avec le nouveau mode d'organisation et de gestion. Les services centraux ont consacré leurs efforts à la définition de normes et procédures adaptées en relation avec les équipes de terrain. Des modules de formation ont été montés qui visent au renforcement des capacités pédagogiques des cadres des régions et l'évaluation des résultats des formations réalisées sur le terrain. L'approche consistait à intervenir "centre de santé par centre de santé" avec un accompagnement sur place par des facilitateurs de la dynamique afin d'aboutir au changement recherché. Il a fallu par la suite regrouper la formation pour un certain nombre de centres de santé (3 à 5) en vue d'accélérer la mise en œuvre, en maintenant toutefois l'accompagnement local pour le lancement du centre de santé.

c) Au niveau de l'extension de la couverture et de la qualité des services

L'élargissement de l'accès aux services de santé (l'accroissement de la couverture et l'utilisation) s'est réalisée grâce à un processus de planification, d'organisation et de gestion décentralisée selon une approche dite populationnelle. Au départ, les acteurs ont été contraints d'élaborer les modalités de mise en œuvre de la politique. Ces dernières définissent les conditions d'éligibilité des cercles/communes au financement de l'Etat à travers des appuis extérieurs.

La réalisation de ces conditions requiert des moyens et du temps (en moyenne 18 mois). Le PDSC étant une étape très importante dans l'éligibilité n'aurait pu se réaliser sans le financement UNICEF (hors PSPHR). La carte sanitaire issue du PDSC est une réponse à la très faible accessibilité des services de santé résultant du découpage administratif existant. Ce dernier ne répondait pas aux critères techniques et financiers pour assurer la viabilité des centres de santé et la qualité de leurs prestations.

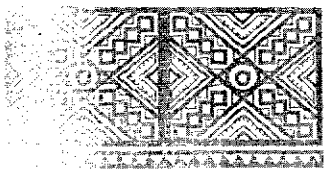


Condition d'éligibilité au financement du Plan de Développement Sanitaire de Cercle (PDSC)

- la constitution d'une équipe socio-sanitaire de cercle/commune (ESSC) suivant les normes convenues, notamment la présence de médecins ;
- l'élaboration d'un plan quinquennal de développement sanitaire de cercle/commune (PDSC), précisant la situation sanitaire et les problèmes de santé de cercle/commune, la stratégie, les programmes et un plan de financement des dépenses d'investissement et de fonctionnement. Il doit être approuvé par le comité local de développement ou le conseil municipal et entériné par le comité de suivi du projet ;
- l'engagement des communautés à contribuer financièrement et/ou physiquement pour 25 % du coût de réhabilitation ou de construction du CSCOM, l'Etat devant financer le complément ;
- l'engagement du comité local de développement du cercle à consacrer à la santé au moins 7 % des recettes produites par la taxe locale de développement ;
- l'appui des directions régionales de la santé et de l'action sociale aux cercles pour les aider à satisfaire les conditions d'éligibilité.

La carte d'extension de couverture est devenue un outil précieux de programmation et de négociation avec tous les partenaires du cercle/commune et en particulier la population qui, par son engagement, en fait le contour définitif. Ceci lui donne une configuration dynamique devant se stabiliser au fur et à mesure des négociations et des transformations des aires de santé en aires opérationnelles. Elle oblige à situer les initiatives pour la création d'un centre de santé dans le contexte global de la couverture sanitaire du cercle, minimisant de la sorte les risques d'initiatives irrationnelles. La satisfaction de ces conditions a démontré la pertinence et l'efficacité de l'approche dite populationnelle dont la finalité est l'élargissement de l'accès aux services de santé et l'habilitation des populations à assurer le développement de leur santé. Elle a occasionné la mise à jour de la Politique Sectorielle de Santé et de Population en 1995.

Ainsi, 39 cartes d'extension de couverture et 33 plans de développement socio-sanitaire de cercles/communes ont été élaborés. Il a aussi défini les plans types de construction et permis la réalisation de 131 CSCOM/CSA (structure légère composée d'un dispensaire, d'une maternité et d'un dépôt de médicaments essentiels).



La démarcation faite entre les fonctions de soins de santé primaire, et les fonctions de référence et gestion du système a été à l'origine de la définition du plateau technique tant pour les soins de premier niveau que pour ceux de la référence. L'approche communautaire contribuant à la création de l'ASACO, la réalisation et ou la réhabilitation de l'infrastructure, l'équipement et la dotation initiale en médicaments essentiels ont permis l'opérationnalisation du PMA et la gestion communautaire. L'intégration des activités d'offre de soins de santé de base (curatifs, préventifs SAM/PPI; vaccination, pharmacie) à travers le paquet minimum d'activités, la formation et la supervision du personnel socio-sanitaire sur la base de protocoles de traitement liés au plateau technique ont contribué à l'amélioration de la qualité des soins.

Un schéma directeur pour assurer la disponibilité des médicaments essentiels sur l'ensemble du territoire à des prix abordables est réalisé. Il a bénéficié de subventions très importantes, supérieures à 3 milliards de FCFA, accordées par les partenaires extérieurs du Mali que sont le Canada et la Banque Mondiale pour l'achat de médicaments essentiels en DCI, par l'entremise de la Pharmacie Populaire du Mali. Il a été créé une unité consacrée aux médicaments essentiels au sein de la PPM en vue de protéger la logique sociale qui sous-tend leur disponibilité de la logique commerciale qui régit l'entreprise mère PPM. L'organisation associative GIE Santé Pour Tous a consolidé sa mission d'importateur-distributeur de médicaments essentiels aux côtés de la PPM. L'Usine Malienne de Produits Pharmaceutiques fabrique et commercialise 29 produits. La promotion des médicaments essentiels à travers un programme de formation et d'information des prescripteurs, pharmaciens et consommateurs ainsi que l'exclusivité aux médicaments essentiels dans les formations sanitaires publiques ont contribué à la disponibilité du médicament sur l'étendue du territoire. L'UMPP vend ses produits à des prix dépassant jusqu'à deux fois ceux des grossistes internationaux. Sa compétitivité ne s'exerce efficacement que pour les solutés. Le secteur privé ne peut être considéré comme une source possible d'approvisionnement en ME mais le système de marge bénéficiaire en vigueur lui fera toujours préférer la vente de produits au prix le plus élevé. De nos jours, la limitation des mécanismes alternatifs au seul GIE/Santé pour Tous et la non maturation de celui-ci contribuent à la couverture insuffisante en DCI.

Les régions du Nord possédaient des atouts très importants pour la mise en œuvre de la politique sectorielle de santé et de population : un système de distribution de médicaments essentiels, des habitudes de gestion des habitudes de prescription en DCI. Néanmoins, ce système mis en place lors d'une période très défavorable (années de sécheresse de 1984-1985) proposait

un recouvrement des coûts trop partiel (système forfaitaire) et était géré exclusivement par le personnel socio-sanitaire.

Les différentes stratégies d'introduction de la politique dans les régions du Nord ont été définies lors d'un séminaire organisé en juin 1993. Le nouveau système de gestion mis en place en juin 1994 après plusieurs concertations aux niveaux cercle et région fonctionne essentiellement avec le même type de supports que ceux utilisés dans les structures revitalisées et les CSCOM du reste du Mali.

Sur un total de 52 structures périphériques (comprenant les centres de santé de secteurs qui équivalent en importance les CSA dans les régions du Nord et ont souvent du personnel de l'Etat), 34 centres de santé ont bénéficié des interventions. Cependant, des difficultés majeures subsistent :

- il n'y a pas de marge bénéficiaire sur les médicaments, le transport et les supports de gestion sont subventionnés. Ces décisions ont été prises pour améliorer l'accessibilité financière ;
- la gestion des fonds recouvrés (tarification et médicaments) reste dans la plupart des CSA et des CSC une affaire strictement interne à la santé avec parfois une participation des autorités administratives. Seule une structure sanitaire dans la région de Tombouctou a, à ce jour, un conseil de gestion conforme aux recommandations de l'arrêté interministériel numéro 5092 ;
- les contraintes majeures ont été l'insécurité, la carence en personnel socio-sanitaire et l'absence de l'administration.

L'application de la stratégie conçue sur la base de l'Initiative de Bamako a abouti à un auto-financement très élevé dans les CSCOM/CSA étant donné que la plupart de ces centres sont entièrement gérés par les communautés et peu subventionnés par l'Etat. C'est ainsi que les coûts récurrents, y compris les salaires du personnel, sont couverts dans une proportion de 60 % à 100 %. La moyenne d'une prescription de CSCOM/CSA (entre 600 et 1200 FCFA) est inférieure de loin aux moyennes dans l'ensemble du pays en la matière. Cependant, dans certains CSCOM, le nombre d'ordonnances prescrites et non servies (taux de fuite), a atteint parfois les 10 % particulièrement dans les centres avec un prix moyen d'ordonnance élevé. L'étude réalisée, en commune IV du district de Bamako, sur le recours aux soins modernes et l'utilisation des médicaments a bien montré que près de 4 recours aux soins sur cinq s'adressent au secteur informel plus accessible



financièrement. Si la priorité dans cette phase est de mettre en place des structures de soins viables, le problème de la solidarité et en particulier de l'accès des indigents est loin d'avoir trouvé la bonne solution. Certaines ASACO ont adopté des mécanismes pour la prise en charge des indigents, d'autres ont considéré que cette solidarité peut encore s'exercer au sein de la famille et du village avec l'avantage de ne pas mettre en péril les comptes du CSCOM.

L'organisation du système de référence a contribué à la réduction du risque périnatal. Cependant des faiblesses existent encore :

- retard dans la mise en place du plateau de référence (infrastructures, équipements, personnel spécialisé et formation du personnel existant) ;
- précarité des mécanismes de solidarité pour la prise en charge des évaluations et des interventions obstétricales d'urgence de la périphérie vers la référence.

Le nouveau partage des coûts fait supporter aux populations, outre les frais de fonctionnement courants des centres de santé, les charges du personnel et une contribution à l'amortissement du petit matériel. Les CSA revitalisés continuent dans un premier temps de bénéficier de l'apport du personnel payé par l'Etat. Sur une dizaine de centres fonctionnant durant plus d'une année, et se trouvant dans des contextes différents, tous sont soit excédentaires, soit en équilibre financier. Ces performances, qui rassurent sur la viabilité du nouveau système, ne devraient pas faire perdre de vue que les CSCOM qui comptent une masse critique de population insuffisante (moins de 4 000) à moins de 5 km du centre ne peuvent équilibrer leurs comptes sans les subventions du conseil local de développement et ou, sans la cotation (prépaiement) des adhérents. Certaines associations essaient de promouvoir le système de cotisations annuelles (Guétéma, Gagna, Kaara.), pour sécuriser l'acquittement des charges fixes et réduire l'accessibilité financière aux utilisateurs du centre.

Dimensions d'une politique porteuse

L'évolution du CSCOM de Dougoulo, une année après son lancement a montré d'excellentes performances tant du point de vue de la couverture, que sur le plan de la gestion et de la viabilité financière (cf. tableau Dougoulo et Bia). L'évolution préliminaire après six mois de fonctionnement du CSA revitalisé de Touma montre des performances similaires malgré une fréquentation curative de 0,16 NC/hab/an. Ces bons résultats sont obtenus avec une stratégie avancée et une chaîne du froid dont le fonctionnement est totalement autofinancé par l'association de santé communautaire. Les supervisions de tous les CSCOM test montrent la même tendance avec toutefois des préoccupations sur la faible fréquentation observée dans la région de Mopti, et les conséquences que cela pourrait avoir sur le compte d'exploitation des CSCOM.

Le tableau 1 montre l'évolution spectaculaire de la couverture curative des villages constituant l'aire de santé de Dougoulo depuis la création du CSCOM. Le centre de santé le plus proche était avant à 25 km. Le tableau montre aussi la différence de couverture entre les villages selon leur éloignement du centre de santé. Cette différence est actuellement difficile à réduire. Toutefois les activités périodiques de l'infirmier dans les villages de l'aire assurent une couverture préventive égale pour tous et élèveront avec l'appui de l'association le niveau d'information et d'éducation pour tous les villages.

Tableau 1 :

Amélioration de la couverture curative des villages de l'aire de santé (1^{er} semestre activité)

Villages	Population	Distance (km)	Couverture curative 1992 NC/100hab/an	Couverture curative 1993 NC/100hab/an
Dougoulo	3 587	0	1,4 %	81 %
Kanigoué	437	2	1,8 %	32 %
Petesso	1 028	4	0,4 %	15 %
Nanazéla	157	5	0,0 %	7 %
Pégoué - 1	466	8	1,3 %	11 %
Pégoué - 2	452	8	1,3 %	11 %
Dossovasso	677	12	0,3 %	7 %
Bambura	221	12	0,0 %	7 %
Dossorasso Peulh	2 606	13	0,4 %	7 %
Sombogo				
Total	9 631		0,9 %	28 %

Une année après sa création, Le CSCOM de Dougoulo a montré une couverture curative considérable. La couverture préventive de la mère et de l'enfant. La stratégie avancée ne se limite pas aux vaccinations, elle est enrichie par d'autres activités : récupération des retardataires parmi les populations à risque, vitaminothérapie A et surveillance nutritionnelle pour les enfants, ainsi que des activités promotionnelles. Le tableau n° 2 montre la nette différence avec les couvertures réalisées en 1993 pour l'ensemble du cercle de Bia. Des évolutions similaires caractérisent la plupart des aires de santé de CSCOM opérationnels.

Tableau 2 :

Couverture comparative aire de Doungoulo (après 1 an de fonctionnement) et ensemble du cercle de Bia

Activités	Cercle de Bia	CSCOM Doungoulo
Consultation curative (nouveaux cas)	18,0 %	26,0 %
Consultation prénatale	34,0 %	47,0 %
Accouchement assisté	32,0 %	51,0 %
Taux nouvelle acceptante PF	2,8 %	6,2 %
DTCP3 (0 - 11 mois)	59,0 %	84,0 %
Abandon DTCP3/DTCP1	46,0 %	7,0 %

L'aire de santé de Touna qui a bénéficié de la restructuration de son centre de santé d'investissement en mois d'août 1993, est en train de réélaborer des performances similaires. Aire par aire le cercle de Bia, conformément au chronogramme de son plan de développement, va rendre le Piquet Minimum d'Activités disponible et gérer contractuellement par les communautés. En 1997, 3 aires de santé, non viables sans une subvention conséquente de leurs charges fixes, ne seront pas encore couvertes. Elles représentent 10 % de la population du cercle. Leur réhabilitation devra bénéficier des mécanismes de solidarité qui doivent être mis en place.

L'estimation des progrès de couverture sanitaire pour l'ensemble du cercle au fur et à mesure des créations de CSCOM et des restructurations est donnée par le tableau 3. Pour la couverture vaccinale en DTCP3, des enfants de moins d'un an, le cercle passe de 40 % en 1992 à 59 % en 1993 (contre 47,5 % attendus). La couverture en DTCP3 devrait être 85 % en 1996 pour tout le cercle bien que trois aires ne seront pas encore réalisées mais continueront à bénéficier de la stratégie avancée observée dans le cercle de Bia sont constatées dans d'autres cercles où l'accessibilité au PMA avec gestion communautaire a connu un développement important.

Tableau 3 :

Evolution de la couverture par le PMA du cercle de Bia selon le chronogramme en cours

Année	Aire CS	Pop. couv.	Pop. couv. cumulée	Evolution pop. couv.	Couv. PEV DTCP 3 Attendue	Estimée
1993	Doungoulo	13 049				
	Bia	16 119				
1994	Touna	12 474	41 642	25,5 %	47,5 %	59,0 %
	Diéna	7 190				
	Kénédougou	10 774				
1995	Nampasso	16 743	76 349	46,8 %	54,0 %	77,0 %
	Tangassou	13 653				
	Poulo	10 744				
1996	Kamoma	10 149	10 895	68,0 %	67,0 %	99,0 %
	Diaramba	7 227				
	Niamana	12 143				
	N'Gokouma	7 520				
Premier semestre 1996		9 884	147 669	90,0 %	85,0 %	99,0 %

Population

a) Au niveau des mesures institutionnelles

La Politique Nationale de Population, adoptée en 1991, s'appuie sur les considérations relatives aux traditions, mœurs et religions du peuple malien ; à la situation démographique ; au plan de l'état global de la santé ; aux questions d'environnement ; aux droits fondamentaux des individus ; au statut de la femme et de l'enfant ; aux engagements des gouvernements. Cette politique propose une série d'objectifs en dix points, parmi lesquels :

- la maîtrise de la croissance démographique ;
- la réduction de la morbidité et de la mortalité ;
- l'intégration de la femme au développement ;
- l'amélioration des conditions de vie des enfants et des jeunes ;
- la promotion des ressources humaines ;
- la couverture des besoins alimentaires ;
- l'amélioration des connaissances socio-démographiques.

Si la politique de population retient des objectifs et stratégies au niveau national, elle préconise cependant une approche régionale des problèmes de population dans l'élaboration et la mise en œuvre des programmes. L'adoption de la politique de population marque la détermination du gouvernement d'intégrer les problèmes de population dans une politique globale de développement économique et social. Depuis, plusieurs mesures ont été adoptées.

En septembre 1993, le décret 93/309/PMRM institue auprès du ministre chargé du plan le Conseil National de Coordination des Programmes de Population (CONACOPP) chargé de la coordination, du suivi et de l'évaluation des programmes et projets de population. L'arrêté 94/9101/PMRM de septembre 1994 institue au niveau des régions, des cercles, des communes et des arrondissements, des organes de coordination dans le domaine de la population et des ressources humaines. Le décret 93/301/PMRM d'août 1993, crée le comité interministériel dont la mission principale est d'étudier, de suivre, d'évaluer et de coordonner les actions stratégiques des départements ministériels, des associations et des ONG en matière de promotion des femmes. Le décret 93/303/PMRM d'août 1993 crée la commission paritaire Gouvernement-Association-ONG pour la promotion de la femme. Il est trop tôt pour se prononcer sur la pertinence de ces organes et leur bon fonctionnement, dans la mesure où le premier programme d'investissement en matière de population vient juste d'être soumis aux partenaires

pour financement (juillet 1996). Par ailleurs, la compatibilité de ce qui précède avec les organes décentralisés et déconcentrés de la politique de décentralisation du pays demeure posée. Aussi, plusieurs aspects de cette politique de population sont déjà en cours d'exécution à travers divers programmes sectoriels de coopération.

En vue de réussir une véritable mutation socio-culturelle (changement de comportement, des mentalités et des modes de vie) de la population, l'IFEC (Information-Education-Communication) est retenue comme l'instrument clef du succès de cette politique. Elle repose sur un cadre institutionnel défini à trois niveaux : une coordination politique, une coordination technique et l'exécution des projets.

b) Au niveau de la gestion du système : capacité du gouvernement et rôle des communautés

En décembre 1990, le département de la santé avait fait adopter par le gouvernement sa politique sectorielle de santé et de population. L'adoption en mai 1991 d'une politique nationale de population a constitué le premier pas politique vers la prise en compte des variables démographiques dans les politiques macro-économiques et sectorielles. La mise en œuvre de la politique sera assurée par un plan d'action sur 25 ans (1996 - 2020). Ce dernier est segmenté en tranches quinquennales appelées Programmes Prioritaires d'Investissement en matière de Population. Pour la mise en œuvre du tout premier programme national de population, des organes de coordination, de suivi et d'évaluation ont été définis.

L'exécution des programmes et projets sera assurée par les départements sectoriels, les ONG et les associations de femmes à travers des cellules de coordination sectorielle dont la mission sera de faciliter l'exécution au niveau national, régional et local.

Il est parfois difficile de comprendre la logique qui est derrière le choix des cadres institutionnels des projets, c'est-à-dire la tutelle pour l'exécution. Voici quelques exemples de cadres institutionnels de projets :

- le projet de " Réduction de la mortalité maternelle et infantile " son cadre institutionnel est la " Division Santé Familiale et Communautaire, Direction Nationale de la Santé Publique, ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes Agées " ;
- le projet " Etude sur la Nutrition " : son cadre institutionnel est le Ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes Agées ;

- le Projet Recherche sur la Mortalité Maternelle dans les Structures Socio-Sanitaires : son cadre institutionnel est le ministère de la Santé de la Solidarité et des Personnes Agées (maître d'œuvre), Commissariat à la Promotion des Femmes, Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique ;
- le Programme de Planification Familiale a pour cadre institutionnel une cellule qui relèvera du cabinet du ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes Agées en collaboration avec tous les acteurs concernés, institutions publiques, privées, ONG et bailleurs de fonds.

A travers ces exemples, on voit que les attributions des différentes structures impliquées ne sont pas précises, ce qui peut être cause de dysfonctionnement. Il aurait été souhaitable de procéder à une mise à jour des politiques et programmes sectoriels et de donner les moyens au département chargé du plan de s'assurer de l'intégration des variables démographiques dans la planification sectorielle et multisectorielle et d'assumer son suivi.

c) Au niveau de l'extension de la couverture et de la qualité des services

La prise en compte de la dimension population se concrétise à travers la politique sectorielle de santé et de population et la politique nationale de population. La première se base sur une approche populationnelle qui aboutit à la mise en place du PMA dans les CSCOM/CSAR et à l'organisation des structures de référence. Dans le cadre du PSPHR, le Fonds d'Action Sociale pour l'Education Familiale (FASEF) finance des sous-projets populations et promotion féminine. Des programmes d'allure verticale ont concerné des cibles comme les enfants, y compris la petite fille, les adolescents et les jeunes. Ces programmes ont subi des orientations pour prendre en compte le concept de santé de la reproduction avec un accent sur la santé et la sexualité des adolescents.

La deuxième, à travers son premier programme d'investissement en matière de population adopté en 1996, concerne les domaines ci-après : santé de la reproduction et planification familiale ; intégration de la migration internationale à la stratégie de développement ; amélioration des connaissances socio-démographiques ; investissement en IEC ; développement des ressources humaines ; répartition spatiale de la population ; intégration de la femme au développement ; genre population et développement durable. Dans son schéma de mise en œuvre, la politique nationale de population a

l'allure d'une compilation de programmes et projets verticaux offerts aux communautés sans critères d'éligibilité. Cette pratique risque de porter préjudice aux acquis très importants en matière de participation communautaire et de décentralisation.

Hydraulique, Hygiène et Assainissement

a) Au niveau des mesures institutionnelles

La politique nationale du secteur Eau-Assainissement a été définie et adoptée depuis février 1991 dans le Schéma Directeur de Mise en Valeur des Ressources en Eau (1992-2001). C'est à dire après le Sommet Mondial et un an avant l'élaboration du PAN. Ses objectifs globaux sont non seulement de contribuer à la lutte contre la désertification et les effets de la sécheresse et d'assurer la sécurité alimentaire mais aussi de maintenir plus spécifique de satisfaire les besoins en eau des populations ; d'établir un diagnostic et un programme d'action à long terme pour le sous-secteur assainissement et de mettre en oeuvre des orientations nouvelles dans les domaines institutionnels, structurels et juridiques. Les principes stratégiques qui sous-tendent cette politique, avec l'aval des bailleurs de fonds, sont en résumé les suivants : la participation communautaire, la limitation du rôle de l'administration, la régionalisation, le code de l'eau, la privatisation et le financement.

La politique nationale d'hygiène a été adoptée en janvier 1996. Elle était prévue par le schéma directeur et est partie intégrante du Plan d'Action National Environnemental. Elle s'est assignée les objectifs suivants : améliorer les comportements individuels et collectifs de la communauté, augmenter le financement des programmes d'hygiène publique, améliorer les taux de couverture en assainissement, mettre en place une banque de données sur l'hygiène. La priorité sera accordée à l'IEC surtout des femmes et des enfants. Les CSCOM seront la plaque tournante, le point de départ et la référence de la promotion de l'hygiène dans les aires de santé et les ASACO en seront les éléments moteurs. Un projet de plan d'action national d'hygiène publique pour la période 1997-2001 vient d'être élaboré.

La mise en oeuvre du schéma directeur durant la période 1992-1996 a contribué à donner une nouvelle impulsion au secteur. Cependant, des difficultés subsistent encore sur le plan institutionnel, sur le plan de la gestion et sur le plan des services.

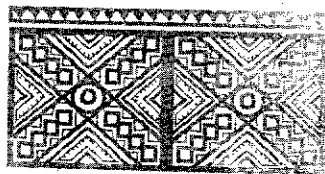
b) Au niveau de la gestion du système : capacité du gouvernement et rôle des communautés

La coordination des différents ministères intervenant dans le secteur est très vite apparue comme une nécessité impérieuse pour conférer au schéma directeur une force exécutoire et assurer une utilisation rationnelle des ressources mais aussi un meilleur impact. La mise en place de la structure opérationnelle a connu un retard. En effet, à la place du comité consultatif de l'eau existant depuis 1989 mais non fonctionnel, un comité de coordination, prévu en 1992, a été créé en décembre 1995 pour la coordination des différents ministères intervenant dans le secteur de l'eau et de l'assainissement. Mais, à présent, la structure chargée du secrétariat du comité n'a pas été créée. De même, le développement institutionnel de la DNHE pour faire face aux nouvelles tâches n'est pas encore effectif. Ces retards dans la mise en place des structures perpétuent l'insuffisance constatée de la coordination entre les nombreux intervenants. Il s'y ajoute que les décrets fixant les attributions (hygiène et assainissement notamment) des différentes structures manquent de précisions, entraînant encore des chevauchements et des duplications.

La déconcentration de la DNHE a été mise en oeuvre pour rapprocher les services des populations, surtout dans la perspective de la décentralisation qui prévoit le transfert de pouvoir aux collectivités locales notamment en matière de création et d'entretien des équipements d'hydrauliques et d'assainissement. C'est ainsi que des directions Régionales de l'Hydraulique et de l'Énergie ont été créées et des directeurs nommés. Cependant, elles ne sont pas opérationnelles car elles ne disposent pas de ressources humaines, financières et matérielles indispensables. La centralisation au niveau des décisions et de la gestion des projets persiste encore.

La loi relative au code de l'eau a été promulguée depuis février 1990 pour la protection, l'utilisation, le développement et la conservation des ressources en eau dans l'intérêt économique et social du pays et des populations. Comme pour l'hygiène publique, la contrainte majeure est l'insuffisance de textes législatifs et réglementaires et la non application de ceux qui sont disponibles. De plus, il reste aussi à les adapter au contexte de la décentralisation qui va modifier l'environnement institutionnel avec un partage des pouvoirs entre l'Etat et les collectivités locales.

Le désengagement de l'Etat des tâches d'exécution est presque total au niveau central suivant le principe selon lequel l'Etat doit modifier progressivement son rôle actuel de fournisseur de service et jouer le rôle de promoteur du développement. C'est ainsi que dans des domaines aussi variés



que l'exécution des forages, les études préalables, la mise en place des équipements, l'entretien et la maintenance des équipements, l'animation, le secteur privé (bureaux d'études, GIE, entreprises privées, etc.) est impliqué et réalise pour l'essentiel les prestations nécessaires à travers surtout les marchés d'Etat ; toutefois le désengagement n'est pas encore effectif au niveau régional, à cause en partie de la faiblesse de l'implantation du secteur privé et de ses capacités d'intervention.

Les populations ont en général constitué des structures communautaires pour la gestion des équipements mis en place : comités de gestion villageois, associations d'usagers dans les centres semi-urbains et urbains. Elles sont de plus en plus largement impliquées dans l'élaboration et la mise en œuvre des programmes les concernant : évaluation des besoins, implantation des ouvrages, choix de la technologie, participation physique aux travaux, contribution en nature, prise en charge des frais de fonctionnement et d'entretien, participation financière à l'investissement. Seulement, les communautés n'ont pas les capacités suffisantes en matière de gestion et d'organisation, surtout si l'on se place dans la perspective de la décentralisation. De plus, les femmes qui représentent plus de la moitié de la population sont confinées à des postes subalternes. La décentralisation constitue donc un nouvel enjeu pour elles. La participation des populations est aussi limitée par les difficultés liées au contexte de pauvreté, aux charges financières de la réhabilitation et du renouvellement des équipements, surtout depuis la dévaluation du franc CFA intervenue en janvier 1994.

Les structures et les mécanismes prévus par la décentralisation à travers les conseils communaux et le transfert de pouvoir et de ressources créeront de meilleures conditions pour la participation des populations, en particulier les femmes, dans la prise en charge de leur propre développement.

c) Au niveau de l'extension de la couverture et de la qualité des services

La programmation 1992-2001 vise la réalisation au Mali sur une période de 10 ans, de projets de développement dans 47 programmes, soit 13 nationaux et 34 régionaux. Ceci totalise un investissement de 323 milliards F CFA avant dévaluation dont 7 % seulement seront financés par l'Etat. L'objectif est de satisfaire les besoins en eau de tous les villages, centres ruraux, semi-urbains et urbains à l'horizon 2000 en termes de quantité et de qualité ; d'améliorer les conditions d'assainissement et d'hygiène dans les villages ; d'équiper en système d'assainissement les zones urbaines les plus peuplées et les plus exposées aux risques épidémiologiques.

Dans le domaine de l'hydraulique : on estime que pour les villages, durant la période 1992-1996, en moyenne 330 forages par an ont été réalisés alors qu'il faudrait au moins tripler cet effort et améliorer les performances pour atteindre l'objectif fixé en l'an 2000. Selon l'évaluation à mi-parcours de la mise en œuvre du Schéma Directeur pour les centres urbains, le taux d'équipement est passé pour les centres ruraux de 7 % en 1992 à 26 % en 1996 ; pour les centres semi-urbains de 10 % à 43 % et pour les centres urbains le taux de 70 % n'a pas varié à cause de l'accroissement des besoins. Ces chiffres montrent les importants efforts qui restent à faire surtout pour les villages et centres ruraux.

Dans le domaine de l'assainissement : seulement 1 % des financements prévus pour le milieu rural ont été acquis. Pour le milieu urbain et intermédiaire, à part les travaux d'assainissement de la ville de Bamako, très peu de financements ont été acquis alors que l'insalubrité influe de manière décisive dans la transmission de certaines maladies comme la diarrhée et le choléra.

Certaines contraintes freinent l'extension de la couverture et l'amélioration de la qualité des services :

- La forte dépendance des investissements et renouvellements des sources de financements extérieurs ;
- La lenteur de la promotion d'un secteur privé régional et local notamment pour la maintenance (artisans, entrepreneurs et commerçants) dans la perspective de la décentralisation ;
- Faible exercice des fonctions de planification, de contrôle, de coordination, de collecte de données, de définition des normes et de suivi par les directions et divisions régionales ;
- Manque d'harmonisation des modalités de participation des communautés et de partage des coûts entre bailleurs, Etat, communes et usagers ;
- Insuffisance en matière de gestion et d'organisation des associations d'usagers et des comités ;
- Réseau AEP peu développé surtout pour les quartiers périphériques ;
- Assainissement et hygiène limités dans les écoles et structures sanitaires ;
- Négligence des activités de prévention (hygiène, assainissement) dans le système de santé, au niveau des projets et des financements ;

- Données insuffisantes relatives à l'évolution des taux d'accès, surtout pour l'assainissement ;

- Retard dans la mise en œuvre de la politique nationale d'hygiène publique

3.1.4 Conclusion sur le concept survie

Les priorités proclamées dans les politiques sectorielles sont relatives à la promotion de certains droits. La réduction des disparités et la lutte contre l'exclusion sont de plus en plus intégrées dans le choix des objectifs et mesures de politiques préconisées. Mais d'une manière générale, elles ne font pas cas des degrés de prise en charge, de la réduction des disparités (entre rural et urbain, péri-urbain et urbain, entre régions, Nord et reste du pays, genre) et de l'exclusion. Bien que destinées à la promotion du développement axé sur l'exercice des droits, certaines mesures comme la dévaluation du franc, la libéralisation des prix comportent des risques d'accroissement des disparités si des mesures adéquates d'accompagnement ne sont appliquées. Ces phénomènes (disparité et exclusion) sont largement au-dessus des mesures prises et leur ciblage en terme d'objectifs à atteindre reste vague.

Autant les politiques mettent l'accent sur le cofinancement (État, partenaires, population), autant elles expriment vaguement une décentralisation budgétaire. Cette situation résulte du fait que les programmes et projets ont plus été la somme de programmes et projets que les bailleurs sont prêts à financer que la traduction des priorités et politiques du gouvernement. En raison de cette faiblesse, la gestion des ressources publiques est restée déconnectée des politiques proclamées et explique la méconnaissance des moyens nécessaires à la bonne application de chacune d'elles.

Depuis l'avènement de la démocratie en 1991, la participation des populations à l'élaboration des politiques est plus ouverte et effective. La société civile, à travers de nombreuses organisations socio-professionnelles a été très active dans les forums organisés (conférence nationale, États généraux, concertations régionales, rencontres sur la question du Nord, etc...).

De nombreux objectifs n'ont pas été quantifiés pour des horizons temporels précis dans les différentes déclarations de politiques sectorielles. C'est peut-être pour cette raison que les normes et procédures de mise en œuvre des politiques sont implicitement annoncées. Cependant des progrès significatifs sont constatés dans certains documents de politiques sectorielles. Exemple : " Couvrir tout le pays dans un délai d'un an de médicaments essentiels à prix abordable pour les populations ".

Il ressort que la politique sectorielle de santé et de population est la plus opérationnelle de toutes. Les atouts sont : une politique claire et mise à jour périodiquement ; l'octroi de la priorité de l'action sanitaire au milieu rural/péri-urbain et au bien-être de la famille ; l'adoption d'un processus de planification, d'organisation et de gestion décentralisée selon une approche populationnelle. Ainsi, elle est en mesure d'évaluer les moyens qu'exige son choix et d'offrir une meilleure réponse à l'équité et à la viabilité des interventions. D'une approche basée sur la prestation de services, elle œuvre progressivement au développement du droit à la santé, en faisant des bénéficiaires les véritables acteurs. En faisant de l'action sanitaire une œuvre sociale de solidarité pour tous, elle cherche à établir l'équité.

Dans l'ensemble, les progrès enregistrés ces dernières années sont prometteurs. Cependant, ils posent de nouveaux défis. En effet, l'amélioration de l'accès aux services en matière de survie a prouvé que cette évolution est précaire et ne peut se poursuivre sans :

- l'adoption d'une approche multidimensionnelle et multisectorielle orientée sur les principes de l'efficacité, de l'équité et de la viabilité qui influencerait largement la formulation des politiques et leurs procédures de mise en œuvre ;
- l'organisation de la participation de l'État, des collectivités, des individus et des partenaires au développement en intégrant davantage le " concept genre " et en rapport avec la décentralisation qui prépare la mise en place de la forme la plus avancée de la participation populaire ;
- l'adaptation des cadres organiques des services et institutions en fonction des objectifs et besoins de mise en œuvre des politiques et de relecture des rôles et responsabilités en fonction de la politique de décentralisation ;
- la mise en place des dispositifs de mesure de performance pour distinguer l'impact spécifique des politiques sectorielles.

SURVIE : FORCES ET FAIBLESSES SECTORIELLES

Secteur Santé

- Politiques sectorielles claires existent (Santé Nutrition-PANAN).
- engagement politique pour sa mise en œuvre.
- rôle de la communauté dans la gestion de la santé.
- adoption de la liste des ME et Plan Directeur pour approvisionnement et distribution des MF.
- principe de cofinancement mixte en œuvre (govt. partenaires, communauté).
- renforcement des capacités et habilitation au niveau local.
- offre du PMA au niveau des CS/Com/CASAR.
- réforme du SIS.
- programme de permanence sortie d'œuvre pour organiser la rel.
- existence de la FENASCOM.
- arrêté interministériel qui fixe les conditions liées à la disponibilité du sel iodé.
- cadre national de commercialisation des substituts du lait maternel est en cours d'élaboration.
- BFHJ mis en œuvre.
- normes et procédures techniques définies pour de nombreux programmes et activités.
- existence d'indicateurs de suivi.

L'opinion

- politique sectorielle existe ;
- organes de coordination, suivi et évaluation sont définis.

Lieu : Assamissement

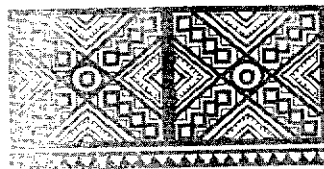
- existence de politiques sectorielles (secteur Éducation - Assamissement) et d'un programme jusqu'à l'horizon 2002.
- objectifs et stratégies du secteur sont pertinents et adéquats et ont reçu aval des partenaires.
- implication des communautés à la réalisation et à la gestion des équipements est appliquée.
- le principe de participer aux charges de fonctionnement, d'entretien et de maintenance et à l'investissement est accepté par les populations.
- au niveau central, la promotion du secteur privé est devenue une réalité.
- la décentralisation des structures au niveau régional est effective doublée d'une perception de l'enjeu de la décentralisation.
- les partenaires continuent à s'intéresser au sous-secteur de l'eau.
- l'importance de l'IEC est bien soulignée.
- existence de structures associatives et communautaires.
- existence d'un décret de création du CC du secteur.
- existence de normes et procédures d'hygiène et assainissement.
- interfère décentralisation et politiques sectorielles.

Faiblesse

- rôle du niveau central n'est pas encore bien défini et réparti.
- manque de personnel sanitaire qualifié dans les zones rurales.
- pas de décentralisation budgétaire.
- capacités au niveau central sont insuffisantes pour la nouvelle responsabilité et capacité d'appui régional limité.
- coûts élevés diminuant l'accèsibilité des indigents en particulier pour la référence.
- participation faible des femmes.
- gestion verticale tend à persister pour certains programmes.
- maltraitement du personnel pour les différents programmes non encore intégrés aux décentralisés.
- dispersion dans la sollicitation des populations.
- multiplication des comités.
- question de pérennité pos notamment résoudre :
- dispersion de compétences et responsabilités pour les activités nutritionnelles (aliments nutritifs instell).
- perception faiblisse que l'alimentation nationale pose certains problèmes au Mali (excoit, services).
- difficulté à mettre en œuvre la réforme du SIS.

Forces

- relations avec la politique sectorielle de santé ne sont pas claires ;
- cadres institutionnels des projets ne sont pas conformes avec les stratégies de la mise en œuvre de la politique de santé ;
- programmes sont toujours verticaux.
- pas de participation des communautés dans projets n'emergent pas la participation communautaire/décentralisation.
- lenteur dans la mise en œuvre des stratégies des politiques qui n'ont pas la force exécutoire.
- centralisation persiste ; faible exercice des fonctions et insuffisance de ressources des directions régionales créées.
- faible implication du privé au niveau régional et local.
- manque de coordination des intervenants ; chevauchement et duplications.
- absence d'harmonisation des stratégies de participation communautaire.
- insuffisance des communautés en matière d'organisation et de gestion ; faible responsabilisation des femmes ;
- le sous-secteur assainissement peu développé et hygiénolossamment non intégré dans le PMA.
- forte dépendance des financements de l'extérieur.
- mécanisme de suivi de l'évolution du secteur peu développé notamment celle de taux d'accès.
- dysfonctionnement en matière d'équipement et inquiétude dans tarification de l'eau.
- insuffisance de l'éducation à l'hygiène.
- multiplicité des types de pompes.
- insuffisance dans l'approche participative ;
- inadéquation des textes législatifs aux habitudes ;
- insuffisance des textes législatifs et réglementaires, et non application de ceux qui existent.
- insuffisance dans le système de maintenance ;
- insuffisance de la coordination intersectorielle.



3.2 Développement

3.2.1 Situation visée par les droits telle que définie dans les deux conventions

Le regroupement des articles vise à dégager les domaines communs aux deux conventions.

Regroupement 1

CRC : articles 6, 12-17, 23.1, 23.2, 27.1, 27.2, 29, 31;

CEDAW : articles 3, 5, 7, 8, 10b, 13, 15.

L'esprit qui se dégage est l'épanouissement et la participation de la femme et de l'enfant en tant que citoyens, agents de leur propre développement.

Cela implique l'existence d'un cadre juridique et légal au plan national, une information/formation de la femme et de l'enfant sur leurs droits en la matière et un encadrement pour un exercice réel de ces droits. La participation de la femme et de l'enfant concerne la vie politique, économique, publique, sociale et culturelle du pays à travers les créneaux ci-dessus et privés. L'épanouissement de la femme et de l'enfant sous-tend l'exercice et la jouissance des droits de la personne et la modification des schémas et modèles de comportement socio-culturel dévalorisants. La préservation du bien-être des familles, comme cadre d'épanouissement de la femme et de l'enfant, doit être assurée par un accès à des renseignements spécifiques d'ordre éducatif, y compris l'information et des conseils relatifs à la planification familiale. Il faut faire en sorte que l'éducation familiale contribue à faire bien comprendre que la maternité est une fonction sociale et à faire reconnaître la responsabilité commune de l'homme et de la femme dans le soin d'élever leurs enfants et d'assurer leur développement, étant entendu que l'intérêt des enfants est la condition primordiale dans tous les cas.

Regroupement 2

CRC : articles 28 ;

CEDAW : articles 5, 10, 11.

L'esprit qui se dégage est l'accès à l'éducation, la formation de la femme et de l'enfant sur la base de l'égalité des chances.

L'accès à l'éducation/formation de la femme/enfant doit se faire sur une base égalitaire entre les filles et garçons, entre les femmes et les hommes à tous les niveaux d'enseignement. L'enseignement primaire doit être obligatoire

et gratuit pour tous. Des mesures seront prises pour encourager la régularité de la fréquentation scolaire et la réduction du taux d'abandon scolaire, en particulier chez les filles.

Regroupement 3

CRC : articles 32 ;

CEDAW : articles 3, 4, 11, 13, 14.

L'esprit qui se dégage est l'accès des femmes à l'emploi salarié ; le droit de l'enfant d'être protégé contre l'exploitation économique et de n'être astreint à aucun travail comportant des risques ou susceptible de compromettre son éducation, de nuire à sa santé ou à son développement physique, mental, spirituel, moral ou social.

Sur une base égalitaire codifiée par un cadre juridique, l'accès des femmes à l'emploi doit être assuré en tant que droit inaliénable de tous les êtres humains; un cadre légal doit permettre les mesures discriminatoires en faveur des femmes. En outre, le droit aux prêts bancaires, prêts hypothécaires et autres formes de crédits financiers, aux prestations familiales, doit être garanti aux femmes. Il en est de même pour le droit à la protection, à la santé et à la sécurité des conditions de travail, y compris la sauvegarde de la fonction de reproduction. L'âge minimum d'admission à l'emploi des enfants, des horaires appropriés de travail et des conditions d'emploi doivent être fixés par voie réglementaire.

3.2.2 Mali : situation actuelle - problèmes prioritaires - analyse causale

Le Plan d'Action National (PAN) pour la Survie, le Développement et la Protection de l'Enfant visait les objectifs suivants d'ici l'an 2000 :

- Porter de 1,2 % à 10 % le taux de préscolarisation des enfants de 3 à 6 ans ;
- Élargir la base de l'éducation préscolaire non formelle ;
- Relever le taux de scolarisation de 28,3 % à 60 % d'ici l'an 2000 ;
- Relever le taux de scolarisation des filles de 17 % à 50 % ;
- Réduire de 81,24 % à 50 % le taux d'analphabétisme d'ici l'an 2000 ;
- Relever de 9 % à 40 % le taux d'alphabétisation des femmes d'ici l'an 2000.



Le PAN fait surtout référence dans sa formulation à l'offre de service. Une Commission interministérielle instituée par décret n° 94-209 PPM du 7 juin 1994 suit sa mise en œuvre. Ce qui frappe ici, c'est la non prise en compte de l'environnement capable de supporter le développement de notre cible : la promotion des droits, formation/emploi... Quant au plan d'action pour la promotion des femmes, il vient d'être adopté en 1996. Ce dernier évolue dans le sens de la reconnaissance à la femme de ses droits et de la possibilité de les exercer. En faisant le diagnostic de la situation actuelle des enfants et des femmes au Mali à travers les problèmes prioritaires identifiés, nous verrons également dans quelle mesure l'esprit des deux conventions a été satisfait.

A partir des indicateurs pertinents disponibles en 1996, quatre problèmes prioritaires ont été identifiés pour le Mali dans le domaine du développement de l'enfant et de la femme :

- Faible taux de scolarisation ;
- Faible rendement interne, faible efficacité du système éducatif ;
- Faible taux d'alphabétisation des populations, surtout des femmes ;
- Faible participation des femmes dans la vie publique et politique et à l'emploi salarié.

Problème 1

Faible taux de scolarisation

1996 : Taux brut de scolarisation : 42 %T, 50,2 %G, 33,7 %F

Taux d'inscription en première année

Selon la Cellule de Planification et Statistique (CPS) du ministère de l'Éducation de Base, le taux brut d'inscription en première année était estimé en 1991/1992 à 30,7 %. Il passe à 39,9 % en 1992/1993 (avec 32,3 % de filles et 46,7 % de garçons) et atteint 37,1 % en 1995 (dont 31,8 % de filles et 42,6 % de garçons). Mopti et Kidal enregistrent le plus bas taux d'inscription en 1994/1995 : 16,6 % et 10,8 % respectivement. On constate une légère baisse entre 1993 et 1995. Nous avons au second cycle les taux suivants pour les mêmes périodes : 10,0 % en 1991, 9,8 % en 1993 et 10,9 % en 1995.

Taux bruts et nets de scolarisation, premier cycle de l'enseignement fondamental (Source : CPS/MER, 1996)

Pour l'année scolaire 1996-1997, le taux brut de scolarisation a progressé jusqu'à 47 % dont 57 % garçons et 36 % filles. Pour l'ensemble du pays, les taux bruts de scolarisation du premier cycle pour les cinq dernières années étaient :

1990-1991	26,7 % (garçons 34,0 %, filles 19,5 %)
1992-1993	32,8 % (garçons 40,8 %, filles 24,7 %)
1994-1995	39,1 % (garçons 46,9 %, filles 31,3 %)

Le tableau ci-dessous présente ces indicateurs pour les années 1995-1996 (TBS) et 1994-1995 (TNS) par région et par sexe :

Tableau :

Taux bruts et nets de scolarisation, 1995-1996, 1994-1995 (pourcentage)³

Region	TBS 1995-1996			TNS 1994-1995		
	Garçon	Fille	Total	Garçon	Fille	Total
Kayes	45	24	34	31	16	23
Koulikoro	56	31	43	40	23	31
Sikasso	48	28	38	29	20	25
Ségou	45	28	37	32	25	29
Mopti	28	18	23	19	12	15
Tombouctou	27	19	24	20	14	17
Gao	39	22	31	25	15	20
Kidal	25	13	19	15	7	11
Bamako	135	127	131	94	89	92
Mali	51	33	42	35	24	30

Source : CPS/MEB, 1996

Le taux de scolarisation reste nettement bas. Ces chiffres font ressortir très clairement qu'il existe des écarts profonds entre les sexes et les régions. Les résultats de l'EMCES, obtenus en 1994, confirment ces tendances et révèlent aussi des fortes disparités entre le TBS et le TNS du milieu urbain (TBS 75,4 %, TNS 50,2 %) et le milieu rural (TBS 27,2 %, TNS 18,9 %). Malheureusement, on ne dispose pas de chiffres pour les zones péri-urbaines, mais on estime que les taux de scolarisation sont très bas. Les écarts entre le TBS et le TNS indiquent aussi que les effectifs du premier cycle incluent un grand nombre de personnes qui sont en dehors de l'âge prescrit (7-12 ans). Tous les types d'écoles confondus, la tranche d'âge 5-9 ans représentait 31,2%, celle de 10-14 ans représentait 42,4%. Les tranches d'âge 15-19 ans, 20-25 ans représentaient respectivement 19,1 % et 7,3%.

En 1993-1994, on a enregistré les Taux Bruts et Nets de Scolarisation, Second Cycle de l'Enseignement Fondamental respectivement pour l'ensemble du pays de 14% (17,6 % garçons, 10,2 % filles) et 3,39 % (3,9 % garçons, 2,6 % filles). En 1996-1997, le TBS étant de 15,3 % (20,1 % garçons, 10,4% filles), le fait que les taux de scolarisation de deuxième

³ Ces chiffres sont en conformité avec ceux de l'EDS II 1995-1996.

cycle sont tellement bas par rapport à ceux du premier relâche, entre autre, les rendements faibles du premier cycle.

En 1993-1994, les Taux Bruts et Nets de l'Enseignement Secondaire (Source : EMCES 1994) pour l'ensemble du pays ont été respectivement 3,8 % (4,8 % garçons, 2,8 % filles) et 2,1 % (2,6 % garçons, 1,6 % filles). Une enquête effectuée en 1996 des diplômés des enseignements secondaire et supérieur montre que seulement 18,3 % sont de sexe féminin. Cette très forte inégalité découle de l'accès inégal des filles à l'enseignement supérieur (Olivier et al. 1996).

L'Enseignement Préscolaire (Source : MEB, *Préparation de la Requête Scolaire 1996-1997, mai 1996*) est passé de 1,25 % en 1994-1995 à 1,30 % en 1995-1996. Même si ces chiffres montrent du progrès, l'insuffisance des structures d'accueil et la perception des parents que les jardins d'enfants sont des structures à l'usage exclusif des familles les plus nanties, freinent l'expansion de ce sous-secteur.

Les indicateurs révèlent, pour chaque ordre d'enseignement, des taux de scolarisation parmi les plus bas du monde. Les facteurs qui les expliquent peuvent se diviser en deux catégories : ceux liés à la demande et ceux liés à l'offre de l'éducation. S'agissant de la demande, il y a plusieurs facteurs importants. D'abord, il y a l'inadaptation de l'école au milieu, ce qui se manifeste en termes de programmes scolaires et d'horaires inadaptés, des attitudes et comportements négatifs par rapport aux relations pédagogiques. Tout cela entraîne des taux de déperdition et taux de redoublement élevés. En plus, la faible capacité des parents de prendre en charge les coûts directs et indirects de l'éducation diminuent la demande. A tout cela s'ajoute la perception que l'école est devenue une "fabrique de chômeurs", la pesanteur des valeurs traditionnelles qui ne reconnaissent pas l'importance de l'éducation, ainsi que le taux d'analphabétisme extrêmement élevé, surtout chez les femmes.

La faiblesse de l'offre de l'éducation se traduit en terme d'insuffisance des infrastructures scolaires (aussi bien les écoles que les centres de formation des maîtres). Par rapport aux écoles du premier cycle, il faut noter non seulement qu'il existe de fortes disparités entre les régions mais qu'il y a un écart croissant entre les besoins projetés, en fonction de la croissance démographique, et la capacité du système d'y répondre. Par ailleurs, l'expansion est empêchée par l'incapacité de l'Etat d'assurer la prise en charge de tous les enseignants dont le système a besoin. Ce dilemme est au cœur de la réflexion en cours visant l'élaboration du programme décennal. L'espoir

Causes sous-jacentes

- Faible couverture éducative ;
- Faible revenu de l'enseignement ;
- Insuffisance des infrastructures d'accueil ;
- Insuffisance du personnel qualifié ;
- Insuffisance des ressources financières

Accessibilità

- [illegible]

Discussion

- Niveau de croissance démographique élevé : très grande disponibilité de la densité de population au km²
- Politique nationale : l'absence d'une politique sectorielle qui intègre tous les niveaux d'enseignement et la formation de base d'une politique d'éducation de base
- Valeurs médianes des dépenses et horaire

Causes structurelles

- Faible niveau de développement de l'emploi et la formation;
- Non-congruence entre le niveau d'études et l'insertion professionnelle;
- Faible niveau de développement économique social.

Prévenir des populations.

- Die Bedeutung der**

En 1992 presque 115 000 enfants ont
sés, ce qui augmenterait le taux net de
Banque Mondiale, ACDI helv. 1993

Problème 2

Faible rendement interne, faible efficacité du système éducatif.

Taux d'abandon de 3,6% (1995-1996). Taux de redoublement 20,3 % (1995-1996). Sur 1 000 élèves entrant en première année, 507 terminent le premier cycle avec succès donc un taux d'achèvement du premier cycle de 50,7 %. Recrutement très bas au niveau du second cycle.



Le bilan diagnostique du DHD donne un taux de redoublement de 25,7 % en 1992/1993. Le district de Bamako avec 17,8 % et la région de Koulikoro avec 22,7% ont les plus faibles taux. Les régions de Mopti (38,6 %), Tombouctou (36,2 %) et Gao/Kidal (44,8 %) affichent les proportions les plus élevées. D'après les données du ministère de l'Éducation de Base, ce taux atteint 30,5 % en 1993/1994 pour le premier cycle contre 36,4 % au second cycle. Le taux moyen de redoublement des garçons était de 30,2% contre 31,1 % pour les filles au premier cycle. Il atteignait 34,1 % pour les garçons contre 40,5 % chez les filles au second cycle pour la même année scolaire. Contrairement au premier cycle, les filles redoublent relativement plus que les garçons au second cycle.

Ce niveau de redoublement, qui est extrêmement élevé, fait ressortir le besoin urgent d'améliorer la qualité de l'éducation de base au Mali. Par ailleurs, un taux de redoublement de 20 % entraîne toute une série de coûts supplémentaires, direct et indirect, que le système éducatif ne peut pas supporter. Il s'agit non seulement du fait que le redoublement exclut d'autres enfants de l'école, ce qui est grave dans le contexte d'un manque cruel d'accueil, mais aussi que les ressources allouées aux redoublements pourraient être allouées à l'amélioration de la qualité de l'enseignement. Le taux de redoublement constitue ainsi un "cercle vicieux" parce qu'il réduit la capacité financière du gouvernement de cibler les dépenses sur l'amélioration de la qualité qui pourrait aider à diminuer les taux de redoublement et d'abandon.

Le taux de promotion était de 63,9 % en 1994/1995 au premier cycle. En 1995/1996, il atteint 76,1%. Au second cycle, il a progressé de 55,8 % en 1994/1995 jusqu'à 70,8 % en 1995-1996. Signalons par ailleurs, que sur 1000 enfants qui entrent pour la première fois à l'école, 507 terminent avec succès. Parmi eux, 153 obtiennent le certificat de fin d'étude du 1^{er} cycle sans redoublement. 200 élèves redoublent une fois et 154 redoublent deux fois. Ainsi le taux d'achèvement du 1^{er} cycle est de 50,7 % (MEB, 1997).

Le taux d'abandon de 9,9% en 1988/1989 atteint 3,6% en 1995/1996 au premier cycle. Cette baisse est remarquable au second cycle. Pour les sexes, le taux d'abandon moyen tombe de 15,5 % à 7,8 % pour la période. Le taux d'abandon est très élevé dans les régions du Nord : Tombouctou (16,5 %), Gao (19,3 %) et Kidal (21,4 %). Au second, ce sont en plusieurs régions du nord, celles de Mopti et de Kayes.

Au niveau de l'encadrement, le ratio élève/maitre atteint 54 élèves pour un maître en 1992/1993 et 72 en 1996/1997 au niveau national pour le premier cycle de l'enseignement fondamental. Au second cycle, il était de 23 élèves et au secondaire de 14 élèves. Au premier cycle, Tombouctou enregistrait le plus faible ratio (32 élèves pour un maître) et les autres régions avaient toutes un ratio inférieur à la moyenne nationale. Bamako avait le niveau le plus élevé (64 élèves pour un maître). Les régions de Kayes (74), Koulikoro (72) et le district de Bamako (69) se situent largement au dessus de la moyenne nationale (65). Les régions de Mopti (60), Tombouctou (45), Kidal (45) et Gao (42) sont en dessous de la moyenne nationale.

Au cours des dix dernières années, les effectifs des Grandes Ecoles⁵ ont connu des fluctuations. Après une baisse importante en 1988/1989, les effectifs ont à nouveau fortement augmenté au cours de la première moitié des années 1990. L'année 1994/1995 a connu des effectifs sans précédent de 9 612 étudiants, soit deux fois plus que cinq ans auparavant (*Orivel et al 1996*). Une étude de la Direction Nationale de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique en 1988 a montré qu'environ les deux tiers des inscrits obtenaient leur diplôme (*DNESRS, 1988*).

Les faibles rendements internes du système s'expliquent à travers plusieurs facteurs liés à la qualité de l'éducation. D'abord, il y a l'insuffisance des enseignants qui se traduit en ratio élève-maitre très élevé. Ensuite, il y a la formation inadéquate des maîtres (aussi bien la formation initiale que la formation continue), l'insuffisance voire le manque des matériels didactiques, la faiblesse de suivi pédagogique, les mauvaises conditions de l'environnement éducatif et des attitudes et comportement négatifs par rapport à la relation pédagogique. Du côté des élèves, il faut noter l'inadaptation des programmes scolaires, l'insuffisance de temps consacré aux études (surtout pour les filles) ainsi que des problèmes sanitaires et nutritionnels. Enfin, au sein du budget de l'éducation, les ressources consacrées à l'amélioration de la qualité sont nettement insuffisantes.

5. Le Mali a actuellement 6 Grandes Ecoles : l'Ecole Normale Supérieure (ENSRP), l'Ecole Nationale de l'Administration (ENA), l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie (ENMP), l'Ecole Nationale d'Ingénieurs (ENI), l'Institut Polytechnique Rural (IPR) et l'Ecole des Hautes Etudes Pratiques (EHEP).



Problème 3:

l' faible taux d' alphabétisation des populations, surtout des femmes

1994 : 22,9 total, 32,3 hommes, 14,1 femmes.

Le Rapport Initial sur la CRC constate une nette amélioration dans les taux d'alphabétisation depuis 1992 : le total est passé de 18 % à 22,87 %, le taux pour les femmes de 10,80 % à 14,12 % et celui des hommes de 28 % à 32,30 %.

L'EMCES (1994) déclare qu'au moment de l'enquête, 164 598 individus étaient alphabétisés au Mali. Les hommes représentent 80,3 % et les femmes étaient 19,7 %. Sur dix personnes alphabétisées, près de 8 le sont en Bambara (soit 78,1 %). Le Songhaï suit avec 9,8 % et le Peulh avec 6,4 %.

La répartition des personnes alphabétisées ne suit pas la même distribution par classe d'âge selon le milieu. En milieu urbain, pour les classes d'âge de 35-39 ans, 40-44 ans, 30-34 ans, 25-29 ans la répartition des personnes alphabétisées donne respectivement 16,5 %, 15,3 %, 14,6 % et 11,4 %. Cet ordre est quelque peu inversé en milieu rural et devient 16 % de personnes alphabétisées pour les 25-29 ans, 15,3 % de personnes alphabétisées pour les 30-34 ans, 13,7 % de personnes alphabétisées pour les 35-39 ans et enfin 12,3 % de personnes alphabétisées les 20-24 ans. Il ressort de l'enquête que 16,1 % des femmes alphabétisées résident en milieu urbain.

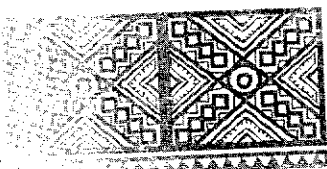
Les régions naturelles⁵/milieux de résidence privilégiés sont le "Rural Sud-Ouest" avec 45,4 % des hommes alphabétisés et 31,2 % des femmes alphabétisées, le "Rural Fleuve" avec 33,1 % chez les hommes et 30,4 % chez les femmes et enfin le "Rural Autre" qui détient seulement 12,2 % pour les hommes et 22,3 % pour les femmes. Ces chiffres montrent que le Mali est loin d'atteindre ses objectifs en matière d'alphabétisation tels que définis dans le PAN et le Plan d'Action National pour la Promotion des Femmes.

Au-delà de l'insuffisance des ressources allouées aux programmes d'alphabetisation et post-alphabetisation qui se traduit en terme d'insuffisances des structures, du personnel d'alphabetisation et l'insuffisance des matériels didactiques, l'analphabétisme des femmes est lié à leur faible implication

6. Selon l'EMCES : "Sud" correspond à Sikasso ; "Ouest" correspond à Kayes ; "Fluve" correspond à Koulikora, Ségou et Mopti ; "Reste du pays" correspond à Tombouctou et Gao.

Problème 2 : faible rendement interne, faible efficacité du système éducatif

[illegible]



dans la conception et la mise en œuvre des programmes. Par conséquent, le contenu, les matériels aussi bien que les horaires des programmes d'alphabétisation sont parfois mal adaptés aux besoins des femmes. De plus, la charge de travail des femmes et le fait que l'autorisation du mari soit souvent exigée avant qu'elles puissent s'inscrire aux sessions d'alphabétisation freinent l'alphabétisation des femmes au Mali.

Deux autres facteurs s'imposent en tant que facteurs qui soutiennent l'analphabétisme au Mali. Tout d'abord, il y a la faible reconnaissance de la corrélation entre l'alphabétisation des femmes et le bien-être de la famille. À cela s'ajoute le fait que l'on n'apprécie pas suffisamment bien les liens directs entre la sous-scolarisation des filles et l'alphabétisation des femmes.

Problème 3 : Faible taux d'alphabétisation des populations, surtout des femmes

Causes immédiates

- Faible couverture éducative ;
- Inadéquation des programmes vis-à-vis des besoins de populations (horaires, contenus, matériels).

Causes sous-jacentes

- Insuffisance des ressources publiques allouées aux programmes d'alphabétisation et post-alphabétisation ;
- Insuffisance des structures et du personnel d'alphabétisation ;
- Insuffisance de matériel d'alphabétisation et de post-alphabétisation ;
- Faible implication des femmes dans la conception et la mise en œuvre des programmes d'alphabétisation et post-alphabétisation.

Causes structurelles

- Sous-scolarisation des filles : lien entre taux bas de scolarisation des filles et l'analphabétisation des femmes ;
- L'absence d'une politique d'alphabétisation ;
- Faible reconnaissance de la corrélation entre l'alphabétisation des filles, des femmes et le bien-être de la famille ;
- Faible niveau de développement économique et social du pays ;
- Pauvreté des populations.

Disponibilité

- Faiblesse en matière de planification des ressources : identification et satisfaction des besoins, système d'information statistique ;
- Instabilité des formateurs, animateurs d'alphabétisation.

Accessibilité

- Disparité rurale urbaine :
Urbain : femme : 38,1 %,
homme : 61,1 % ;
Rurale : femme : 9,3 %,
homme : 26,4 % ;
- Disparité entre les sexes :
femmes : 14,1 %, homme :
32,3 %
(niveau national).

Utilisation

- Charge de travail, autorisation à participer aux sessions de formation : valeurs traditionnelles.

Problème 4 :

Faible participation des femmes dans la vie publique et politique et à l'emploi salarié

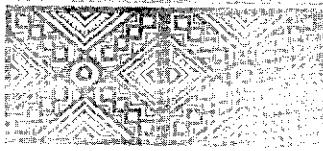
Ministres : 4 sur 18, députés : 3 sur 119 ; conseillers municipaux : 42 sur 214 ; membres du Conseil Economique et Social : 3 sur 61 ; ambassadeurs et consuls : 2 sur 19 ; conseillers d'ambassade : 6 sur 43 ; procureurs : 1 sur 11.

Les opérations statistiques qui nous renseignent sur les femmes sont les recensements de 1976, de 1987, les enquêtes de 1989 (Enquête secteur informel) et l'EMCES en 1994. En 1987, en effet, 1 364 079 chefs de ménages ont été recensés dont 12 % de femmes (190 391 femmes). Les femmes des ménages polygames chez lesquelles le mari n'a pas été recensé sont incluses. Parmi elles, 46,2 % étaient occupées à une activité économique et moins de 1 % cherchait un emploi. Parmi les femmes occupées, 56,4 % travaillaient dans le secteur agricole et 15,2 % dans le petit commerce. On note à cette époque que seulement 3 % d'entre elles travaillaient dans l'administration publique ou privée.

D'après le bilan diagnostique du DHD6, les femmes sont en minorité dans la population totale occupée à une activité économique. On constate qu'elles s'intègrent de plus en plus dans le circuit économique entre 1989 et 1994 avec 40,9 % et 46,6 % respectivement. Présentes dans tous les secteurs de l'activité économique, elles sont majoritaires dans le commerce (80 % en 1989 et 70,2 % en 1994) et les industries de transformation de petites dimensions (68,4 % en 1989 et 66,6 % en 1994).

Les femmes représentent moins de 10 % des membres élus dans les instances politiques. Au niveau de l'administration générale (gouvernement, diplomatie, administration publique) en 1994, les femmes représentaient un peu plus de 10% des effectifs du gouvernement et de la diplomatie. Dans la fonction publique, elles représentaient environ un tiers de l'effectif global. A ce niveau, elles entrent pour 43,7 % des cadres subalternes et 16,1 % des cadres supérieurs (*Bilan Diagnostique 1995*).

Selon une enquête réalisée en 1996 par l'Observatoire de l'Emploi et de la Formation, le taux d'insertion des diplômés des Grandes Ecoles est de 60 %, dont 61,7 % d'hommes et 52,5 % de femmes. En termes de distribution des revenus en fonction du sexe, le résultat global de l'enquête est plutôt inattendu puisque les femmes de l'échantillon ayant un emploi gagnent en



moienne plus que les hommes (85 500 contre 75 000 FCFA). Plusieurs éléments d'explication peuvent être apportés ici. Le premier tient à la faible représentation des femmes sur ce marché, une femme pour cinq hommes, on ne peut pas exclure un biais statistique dû au petit nombre. De plus, les emplois exercés par les femmes ne sont pas les mêmes que ceux des hommes. Leur présence est forte dans deux secteurs : le secrétariat de direction et les professions médicales. Dans ces deux secteurs, les gains moyens sont proches de la moyenne générale. Par ailleurs, les femmes sont peu présentes dans certains secteurs où le gain moyen est significativement inférieur à la moyenne générale. C'est notamment le cas des enseignants qui ne gagnent que 44 000 FCFA en moyenne. Or, dans l'enquête, il y a seulement une femme pour 61 hommes qui travaillent dans ce secteur. Enfin, une minorité active de femmes (23 %) travaille dans les secteurs les plus lucratifs (plus de 100 000 FCFA par mois) alors que seulement 16 % des hommes sont dans ce cas. Un dernier élément d'explication se trouve dans la sociologie familiale malienne : le travail des femmes hors du foyer reste une exception en raison de la conception dominante des rôles respectifs des hommes et des femmes. La transgression de ce modèle a plus de chance de se produire lorsque le revenu acquis à l'extérieur est substantiel que lorsqu'il n'est que modérément attractif (*Orivel et al. 1996*).

Les facteurs qui expliquent la faible participation des femmes dans la vie publique et politique et à l'emploi salarié se divisent en quatre groupes, à savoir les facteurs liés à la sous-scolarisation des filles/femmes, la surcharge de travail des femmes, les faiblesses du système d'appui à l'emploi salarié et les attitudes traditionnelles par rapport au rôle des femmes au sein de la société malienne.

La surcharge des femmes par les travaux ménagers ainsi que le manque d'outils qui pourraient alléger ces travaux (moulins, puits, charrettes etc...) laissent aux femmes très peu de temps pour s'impliquer dans les structures de la vie communautaire (les associations villageoises, les APE, les ASACO etc...).

Problème : Faible participation des femmes dans la vie publique et politique et à l'emploi salarié

Causes immédiates

- Manque d'une masse critique de femmes de niveau d'études secondaire et supérieur.
- Réticence par rapport à la responsabilisation des femmes.
- Orientation des femmes vers certaines activités traditionnelles et ménagères.
- Manque de temps disponible.

Causes sous-jacentes

- Faible nombre de femmes scolarisées.
- Faible niveau d'instruction des femmes.
- Sous-scolarisation des filles.
- Faiblesse du système d'appui à l'emploi salarié des femmes (accès au crédit, à la formation professionnelle, à la propriété foncière).
- Temps consacré aux travaux ménagers.
- Manque d'expérience des femmes dans la gestion des programmes qui leurs sont destinés.

Disponibilité

- Insuffisance des structures éducatives.
- Insuffisance des ressources allouées à l'éducation des filles et des femmes.
- Insuffisance des structures de formation professionnelle et du crédit aux femmes.

Accessibilité

- Disparité d'accès à l'éducation.
- Disparité d'accès aux structures de formation professionnelle et du crédit existants.
- Loi de succession, de foncier discriminatoire à l'égard des femmes.
- Disparité d'accès à la gestion directe des programmes, projets.

Utilisation

- Inadaptation de l'école au milieu.
- Mariages précoces.
- Attitudes et comportements négatifs par rapport à la relation pédagogique.

Causes structurelles

- Répartition traditionnelle de fonctions, au niveau de la famille et de la société.
- Faible politique de promotion d'éducation des filles.
- Absence ou faiblesse d'une politique de promotion d'emploi des femmes.
- Valeurs traditionnelles qui défavorisent la scolarisation des filles et des femmes.
- Faible reconnaissance de la corrélation entre l'alphabétisation des filles, des femmes et le bien être de la famille.
- Faible niveau de développement économique et social du pays.

3.2.3 Expériences passées et politiques nationales

Qu'il s'agisse de l'éducation ou de la communication, trois types d'environnement institutionnel définissent le cadre global d'intervention en matière de développement. Les politiques sectorielles de première génération (au moins 5 ans) sont la politique sectorielle de santé et de population (décembre 1990), la politique d'action sociale et de solidarité (mai 1992). Les politiques nationales (au moins 1 an) qui sont la politique nationale de population. Les politiques en gestation sont la politique compréhensive du secteur de l'éducation (PRODEC), la politique nationale d'hygiène publique, le schéma directeur d'aménagement d'urbanisme, la politique de développement rural et d'environnement. A ces politiques s'ajoutent plusieurs plans nationaux, outils et schémas comme le plan d'action national pour le sommet (PAN), le plan d'action national sur l'alimentation et la nutrition (PANAN), le plan d'action national pour la promotion des femmes, le plan national d'action environnemental, le plan d'action national pour l'urbanisme et l'habitat, le plan de formation et de perfectionnement du personnel socio-sanitaire, la Nouvelle Ecole Fondamentale (NEF), le schéma directeur d'alphabétisation, le schéma directeur de l'éducation préscolaire.

La section précédente a été consacrée à l'analyse causale des problèmes prioritaires identifiés en fonction de la situation actuelle du Mali. La section 3.2.3 va examiner dans quelle mesure l'Etat malien a développé un cadre de politique nationale pour assurer un meilleur bien-être des enfants et des femmes en concordance avec l'esprit de la CRC et de la CEDAW. Pour ce faire, les politiques nationales seront examinées telles qu'elles existent actuellement : éducation, communications, etc. En dernier lieu la gestion des systèmes (capacité du gouvernement et rôles des populations) et le niveau d'extension de la couverture, ainsi que la qualité des services de base seront examinés.

Educational

a) Au niveau des mesures institutionnelles

Le droit à l'éducation inscrit dans la loi fondamentale du pays, la scolarisation obligatoire instituée par le décret 314 et la volonté politique exprimée par le gouvernement pourraient créer les conditions favorables à la prise en compte des deux conventions dans les politiques en cours d'élaboration.

La loi n° 94-032 du 25/07/1994 portant statut de l'enseignement privé au Mali précise la différence entre les écoles de base privées et les écoles communautaires. La réglementation des écoles communautaires et leurs modalités d'organisation et de fonctionnement ont été fixées par le décret n° 94-448/PRM de décembre 1994 et son arrêté d'application. Ce décret a tendance



à impliquer qu'il n'est pas fait obligation à toutes les communautés de créer une école (l'article 2 stipule que toute communauté peut ouvrir une école communautaire... si elle en ressent le besoin,...). Mais les textes actuels sont muets sur le statut des Centres d'Education pour le Développement (CED) et sur celui des écoles publiques dans une perspective d'appropriation par les communautés et de décentralisation.

PRODEC : définissant l'avenir

Actuellement, au Mali, un processus de réflexion est en cours dans le cadre du PRODEC (Programme Décennal) qui vise l'élaboration d'une vision commune pour le développement quantitatif et qualitatif de chaque niveau de l'enseignement.

Les objectifs comprendront entre autres les objectifs en terme de taux de scolarisation par niveau (avec des objectifs spécifiques pour les filles), de recrutement en première année, de taux d'achèvement de chaque ordre d'enseignement, de taux d'insertion socio-professionnelle des jeunes diplômés et de taux d'alphabétisation.

Le processus dégagera :

- les principes directeurs,
- les mécanismes de mise en œuvre de l'articulation avec le processus de décentralisation,
- une redéfinition des rôles du gouvernement (au niveau central et à la base) des parents d'élèves, des communautés, des ONG et d'autres partenaires de l'école.

Enfin, cette vision commune et les objectifs qu'elle se donne se traduiront en programme d'investissement sur dix ans, comprenant les infrastructures, les salaires des enseignants, les matériels pédagogiques, la formation des enseignants, la responsabilisation et la formation des associations de parents d'élèves, l'appui pédagogique et administratif, le développement des systèmes de suivi et d'évaluation, etc. L'envergure de ce processus qui englobe toutes les questions stratégiques pour l'ensemble du secteur éducatif, mettra les principes de la NEF (ce qui est la nouvelle orientation de l'éducation de base) dans une perspective plus large.

Une instruction de base de qualité pour tous et une formation adaptée à l'emploi ont été les deux principales préoccupations de l'éducation. Il s'agit là d'une composante essentielle à l'exercice des droits. Ce défi n'étant pas encore levé, les programmes d'ajustement structurel (PAS) ont retenu l'éducation de base comme priorité absolue et l'alphabétisation des adultes comme second moyen pour accroître le niveau d'instruction.

b) Au niveau de la gestion du système: capacité du gouvernement et rôle des communautés

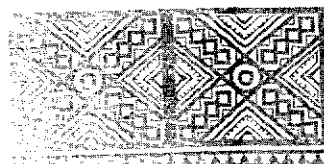
Dans le cadre du renforcement des capacités de planification et de gestion du ministère de l'Education de Base, plusieurs actions ont été entreprises, parmi lesquelles, le redéploiement dans les classes des enseignants précédemment occupés à des tâches administratives ; la formation des fonctionnaires en technique de planification et de gestion ; la décentralisation des structures de gestion, de formation et le suivi/évaluation.

Ces efforts se sont traduits par la production de cartes scolaires, la publication en 1994 d'un tableau de bord intitulé " l'état de l'éducation " ; la publication de l'annuaire des statistiques scolaires pour 1994/1995 et bientôt celle de 1995/1996. Il faut signaler qu'il ne s'agit pas là de cartes scolaires issues d'un processus dynamique comme c'est le cas à la santé.

Afin de faire face aux fortes disparités d'accès à l'enseignement entre les garçons et les filles dans toutes les régions du pays, le MEB a créé en 1992 une Cellule Nationale de Scolarisation des Filles attachée au Cabinet du ministre. Ensuite, les Cellules Régionales ont été créées afin de tenir compte des spécificités régionales et locales et pour une meilleure implication des partenaires de l'école dans cette promotion de la scolarisation des filles.

Concernant la mesure de la qualité du rendement scolaire, plusieurs études de rendement en français et en mathématique ont été exécutées dans le cadre du Projet de Développement de l'Education de Base (PDEB), du Projet d'Amélioration de la Qualité de l'Education (PAQE), du Programme d'Analyse des Systèmes Educatifs (PASEC) et du Suivi Permanent de l'Education pour Tous (EPT).

La création d'une Direction Nationale de l'Education Préscolaire et Spéciale, d'une part, et d'une Direction Nationale de l'Alphabétisation Fonctionnelle et de la Linguistique Appliquée, d'autre part, répondent non seulement à la stratégie d'élargissement de la base de la pyramide, mais aussi à l'équité.



La gestion du développement de l'éducation soulève de sérieux problèmes d'accessibilité. Si par l'augmentation de l'infrastructure, l'introduction de la double vacation et l'ouverture de l'éducation au secteur privé on assure l'accessibilité géographique, on note que la pratique du recouvrement des coûts (si on peut l'appeler ainsi) n'est pas réglementée. Elle se traduit en général par la mise en place de cotisation/francs de scolarisation qui varient entre 500 à 5 000 FCFA par mois et par élève. Cette moyenne concerne les écoles privées et publiques du primaire. En milieu urbain, notamment à Bamako, cette moyenne peut atteindre 10 000 FCFA. Face à l'engorgement des structures publiques, quel espoir est-il donné à la majorité des Maliens (ayant un faible pouvoir d'achat) pour assurer l'éducation de leurs enfants ?

Une autre faiblesse qui continue d'empêcher une meilleure gestion du système éducatif est le déséquilibre entre les ressources consacrées au premier cycle de l'enseignement fondamental par rapport aux autres ordres d'enseignement. Comme remarqué préalablement, depuis 1991, le système éducatif a enregistré une forte réorientation des dépenses en faveur du premier cycle de l'enseignement fondamental (à savoir de 30 % des dépenses totales du secteur en 1991 jusqu'à 43 % en 1996). Bien que ceci constitue un progrès important, le déséquilibre persiste. Il faut noter que le premier cycle, avec 43 % des ressources du secteur, a 82 % des effectifs du système. Par contre, l'enseignement secondaire et supérieur, avec 7 % des effectifs, reçoit 41 % des ressources, ceci veut dire que même après la restructuration enregistrée, il y a toujours place, au sein du budget du secteur, pour réorienter d'avantage de ressources vers le premier cycle. Il convient de noter que ces restructurations à l'intérieur du budget éducation amènent le Mali vers la moyenne de 47 % enregistrée par les autres pays de faible revenu (avec un PNB/habitant inférieur de 600US\$/an) (Lockheed and Verspoo 1990).

Entre 1991/1993, des hausses considérables ont été constatées dans les transferts de fonds aux étudiants. L'accès des étudiants aux bourses constitue un problème épineux malgré l'introduction des critères d'attribution depuis 1994. Récemment, elles se sont accrues de manière spectaculaire et le nombre de nouveaux étudiants s'est élevé à 25 % environ au-dessus de la limite budgétaire prévue. Cette mesure bien déterminante pour la réalisation de l'objectif d'un taux de 51,09 % en l'an 2000 n'a été que relativement appliquée à cause de la forte pression exercée par les étudiants.

Les écoles fondamentales de Kayes et de Mopti : la communauté au cœur

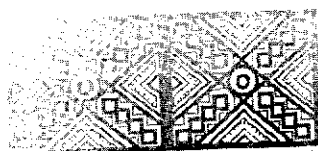
Le ministère de l'Éducation de Base (à travers ses Directions Régionales dans les deux régions), le Groupe Pivot Education de Base, l'UNICEF et les communautés travaillent ensemble pour établir 20 écoles fondamentales gérées par les communautés à Kayes et Mopti. Ces écoles offrent les six années du premier cycle et introduisent les innovations pédagogiques. Dans les écoles primaires des deux régions, les filles font approximativement 35 % des élèves. Les actions sont menées dans les domaines suivants :

a) Sensibilisation des communautés

Les ONG membres du Groupe Pivot Education de Base ont pour tâche la sensibilisation et la négociation sociale. Ils jouent un rôle majeur dans les discussions avec les communautés en matière de leur rôle dans la construction et l'entretien des écoles, dans la gestion de l'école (à travers leurs Associations des Parents d'Élèves - APE) ainsi que leur engagement d'assurer l'objectif de 50 % des filles dans les écoles. Les ONG aident à créer et à former les APE. Finalement les ONG travaillent avec les communautés pour décrire quels modules pédagogiques optionnels seront incorporés dans le programme et d'aider à développer et fournir des instructions pour ces modules. Les ONG constituent des relais école-administration scolaire dont l'action de sensibilisation devrait aboutir à un engagement de la population à prendre en charge la destinée de leurs écoles.

b) Construction et équipement des écoles

Les communautés ont un rôle très important en ce qui concerne la gestion de la construction et de l'entretien du bâtiment. Ils contribuent à la construction et au maintien des locaux en faisant usage des matériaux locaux appropriés les moins chers. La construction est en semi-dur. Trois salles comptant cent élèves avec 2 latrines. Il est obligatoire de respecter les critères de taille du bâtiment, cependant le matériel doit correspondre au village et en être le reflet. La mobilisation sociale joue ici un rôle crucial. En effet, si on sensibilise bien et qu'on change la mentalité des communautés, alors celles-ci s'investiront, sinon elles laisseront le bâtiment se dégrader. C'est le ministère qui prend en charge les matériels pédagogiques, les fournitures scolaires seront quant à elles prises en charge par les communautés à travers une cotisation de leur APE.



c) Recrutement et formation des maîtres

Le ministère de l'Education de Base a la responsabilité de recruter des enseignants, de les former et de prendre en charge leur salaire. Le ministère a également la responsabilité de la supervision de leur performance en faisant des efforts pour recruter les enseignants dans les communautés ou régions concernées. En outre, le ministère assume la responsabilité de fournir des matériels didactiques. On envisage à l'avenir de répartir entre le ministère et les communautés la prise en charge de l'enseignant mais, dans un premier temps, c'est l'Etat qui paye les maîtres.

d) Programme scolaire

C'est le programme officiel en langue française qui est pratiqué. L'enseignement modulaire est composé de huit familles de modules dont la nomenclature est nationale, mais le choix et la mise en œuvre sont sous la responsabilité des régions et des localités. Les huit modules sont :

- activités socio-économiques du milieu (production, conservation, transformation, commercialisation) ;
- renforcement et développement des acquisitions (pour réduire la déperdition et accroître les chances de promotion au-delà de la 6^e année) ;
- santé, population, environnement (gestion et pérennisation des ressources naturelles, pollution, hygiène, nutrition) ;
- création et expression (normes sociales, valeurs morales, jeux traditionnels, théâtre, musique, danse, peinture, sculpture) ;
- pratiques sportives (athlétisme, football, basketball, lutte, sports traditionnels) ;
- gestion des activités domestiques et des infrastructures collectives (entretien de l'habitat, économie familiale, entretien des infrastructures) ;
- maintenance des outils et des appareils (maintenance des outils mécaniques, électriques ou manuels) ;
- artisanat non-implanté localement et techniques nouvelles (pour élargir le champ des savoir-faire, des opportunités, des revenus).

Ces huit modules ne sont pas exhaustifs et seront sujets aux changements avec la finalisation du Programme Décennal (PRODEC) pour le secteur éducation.

e) Fourniture des Associations Parents d'Elèves (APE)

Le rôle de l'APE est fondamental, il est donc nécessaire de la former avant même la construction de l'école dans la mesure où l'APE va la gérer et en sera responsable. Les membres des APE régionales peuvent se joindre à la formation des ONG pour la formation d'APE. La tâche des ONG est de former les membres des APE dans leurs rôles et responsabilités.

Les acquis jusqu'à présent sont les suivants :

- il existe à Kayes et à Mopti au moins 20 écoles qui sont bien entretenues et gérées par les dirigeants des communautés qui ont facilement accès aux services du ministère de l'Education de Base ;
- une amélioration de la capacité au sein même des ONG locales pour offrir des services de développement des écoles fondamentales ;
- une appréciation à juste titre de la valeur d'un système éducatif décentralisé au ministère de l'Education de Base.

c) **An niveau de l'extension de la couverture et de la qualité des services**
Depuis un certain temps, les autorités maliennes œuvrent à l'amélioration de l'offre, de la demande et de la qualité de l'éducation.

Le gouvernement, avec le concours des partenaires techniques et financiers, a construit et équipé 880 salles de classe, réhabilité 1 733 salles de classe et équipé 1 847. De nombreuses autres écoles ont bénéficié de bureaux de direction (67), de blocs latrines (115), de systèmes d'adduction d'eau (7) et des clôtures. Avec ces réalisations, le nombre de salles de classes est passé de 10 747 en 1994 à 12 231 en 1996. Si les efforts actuels ont permis d'accroître de 14 % les capacités d'accueil dans les deux cycles, le ratio élèves/classes reste encore élevé au premier cycle (62 élèves pour une classe). Les besoins estimés pour améliorer ce ratio au premier cycle sont de 8 565 d'ici l'an 2000.

L'éducation informelle en est à ses débuts avec l'ouverture depuis 1992-1993 d'une centaine de Centres d'Education pour le Développement (CED). L'approche utilisée dans ces structures qui intègrent d'avantage les besoins éducatifs aux besoins de développement et aux réalités socio-économiques des populations correspond aux aspirations des communautés. Les groupes cibles sont les filles et les garçons non-scolarisés ou déscolarisés âgés de 9

à 15 ans. Les éducateurs sont des personnes issues du milieu ayant les qualifications pédagogiques et sociales, et les qualifications techniques requises.

La bande sahélienne⁷ du Mali se caractérise par sa faible fréquentation scolaire. Les motifs sont souvent liés aux distances considérables entre l'école et le village, au poids de la religion, à l'insécurité alimentaire et à l'absence de structures adéquates et fonctionnelles pouvant assurer leur alimentation régulière. Depuis 1992/1993, les cantines scolaires dont l'apport était capital dans l'amélioration de la fréquentation scolaire dans ces zones ne fonctionnent plus faute de ressources. Les inscriptions budgétaires de l'Etat (10 millions environ) destinées à leur fonctionnement s'avèrent insuffisantes. Les appuis des partenaires techniques et financiers se font rares depuis la fin des urgences en 1988/1989.

La double vacation⁸, conçue comme l'une des stratégies de l'élargissement de la base de la pyramide, donne au maximum d'enfants d'âge scolaire une chance d'aller à l'école et rationalise les ressources. En 1994/1995 elle a contribué à améliorer de 4,7 % le taux de scolarisation (soit 72 500 élèves), à économiser la construction et l'équipement de 1 043 salles de classes et le recrutement d'environ 1 043 enseignants.

Actuellement, au premier cycle de l'enseignement fondamental, le ratio manuel de lecture/élève est de un manuel pour trois élèves en première année. En deuxième année, il y a un livre de calcul pour huit élèves. Quant aux maîtres, la situation est acceptable. Les conditions de travail et de conservation du matériel pédagogique et des archives scolaires sont loin d'être satisfaisantes bien qu'un nombre important de salles de classe ait été doté de mobiliers. Le second cycle de l'enseignement fondamental est confronté aux mêmes types de besoins.

Les programmes du premier cycle de l'enseignement fondamental ont été révisés en septembre 1994. Ceux de certaines disciplines du second cycle ont été traduits en objectifs opérationnels (sciences physiques en 8^e par exemple). Les programmes "d'Education civique et morale" ont été refondus et enrichis de nouveaux thèmes relatifs aux droits de l'homme et du citoyen, aux droits de l'enfant, mais pas à la convention des femmes.

7. Nord des régions Koyes, Koulikoro, Ségou, Mopti, et les 3 régions du Nord.

8. La double vacation consiste à accueillir dans la même salle de classe deux groupes différents d'élèves encadrés par un même maître dans une même journée mais à des horaires différents.

Les innovations destinées à améliorer la qualité de l'éducation sont en cours. Les principales sont la pédagogie convergente d'enseignement des langues nationales et du français, l'éducation à la nutrition et à la santé, l'éducation environnementale, la conception d'un dictionnaire visuel africain (DVA), l'éducation à la vie familiale et en matière de population et enfin les CIED.

Les activités éducatives dans les langues nationales ont bénéficié d'une campagne de promotion à travers la réalisation et / ou la diffusion de documents audio-visuels. Un accent particulier est mis sur la production de lexiques, de journaux et de revues en langues nationales. La direction nationale de l'alphabétisation fonctionnelle et de la linguistique appliquée (DNAFLA) a organisé une caravane de l'alphabétisation dans les régions de Ségou et de Mopti pour la promotion des langues nationales.

En 1994/1995, 65 écoles ont commencé à pratiquer la pédagogie convergente avec l'utilisation concomitante du bambara, du peul, du songhaï et du français. L'extension progressive de cette innovation a été poursuivie pendant l'année scolaire 1995/1996 avec l'ouverture de 109 écoles et l'introduction du dogon, du tamachek et du soninké à côté de la langue seconde.

En dépit des efforts consentis : système de vacatariat, recrutement dans la fonction publique, redéploiement des maîtres déchargés de cours et double vacation, le ratio élève/maitre reste encore très élevé. Le déficit en personnel au premier cycle de l'enseignement fondamental est estimé à 1 083 maîtres pour la seule année scolaire 1996/1997. Il serait de 2 331 sans le système de vacatariat. D'ici l'an 2000, le système aura besoin de 8 781 enseignants. Durant les deux dernières années au second cycle, le taux de progression des effectifs a atteint 24,33 %. Ainsi, on estime les besoins en personnel pour la rentrée scolaire 1996/1997 de l'ordre de 741 maîtres.

Dans le cadre de l'amélioration de la qualité, 150 élèves-maîtres des instituts pédagogiques d'enseignement général et 175 de l'Ecole Normale Secondaire ont bénéficié de la formation initiale. La formation continue a touché 5 698 enseignants et a porté essentiellement sur l'initiation des enseignants à l'application des nouveaux programmes et des innovations en cours depuis 1992. L'intensification de la double vacation a nécessité la formation de 557 maîtres à la gestion pédagogique des classes à double vacation.

Dans le non-formel, 1 208 animateurs et 14 chefs de zones ont été recyclés à l'animation des CED. Pour l'extension des CED, 45 conseillers pédagogiques ont été recyclés. Concernant les autres services techniques et les

ONG, 349 agents ont bénéficié de formations dans les domaines divers comme la nutrition et la gestion coopérative.

Avec un taux de déperdition de 84 % et 71 % pour le premier cycle et le second cycle de l'enseignement, les CED constituent une bonne alternative pour accroître la scolarisation et une opportunité pour les enfants non scolarisés et ou déscolarisés âgés de 9 à 15 ans. Les CED présentent des résultats encourageants et constituent une initiative à étendre à d'autres aires linguistiques. L'alphabétisation, conçue maintenant comme un programme d'éducation de base par la NEF, vise la suppression à terme de la dichotomie éducation formelle et non formelle, grâce au tronc commun appliqué à tout type d'école dans le premier cycle du fondamental.

Malgré l'existence d'une constitution qui stipule le droit à l'éducation et du décret 314 qui prône l'obligation scolaire pour tous les enfants maliens, les filles accèdent peu à l'école. Face à cette situation alarmante, la cellule nationale de scolarisation des filles a entrepris de décentraliser ses actions. Les premières actions initiées dans les régions de Koulikoro, Ségou, Sikasso et Bamako seront étendues à l'ensemble du pays en janvier 1995. L'analyse provisoire des résultats atteints permet de constater une évolution positive des taux de scolarisation des filles dans les zones cibles (35,5 %) qui contrastent avec les zones hors intervention (17,1 %). Parmi les interventions, on peut citer l'étude sur les contraintes liées à la scolarisation des filles, le séminaire national de sensibilisation à la scolarisation des filles, les campagnes d'information et de sensibilisation, la diffusion de cassettes vidéo et audio, l'élaboration de curricula et de manuels spécifiques en éducation familiale et, enfin, la remise de matériels et d'équipements.

Au niveau de l'éducation de base les actions entreprises ont porté sur l'amélioration du contenu général de l'enseignement dispensé ; la professionnalisation à travers le développement d'un enseignement post-primaire diversifié dispensant des formations préparant les élèves à un emploi ; l'amélioration du taux de scolarisation et de la qualité de l'encadrement scolaire. Quant à l'enseignement technique et professionnel, la restructuration par filière et par niveau et la création d'une filière alternative d'éducation de base pour une meilleure prise en charge des déperditions scolaires sont en cours.

Communication

a) Au niveau des mesures institutionnelles

La politique de la communication pour le développement (PNCD) se veut un instrument de promotion des autres politiques sectorielles à travers une

communication dite " Sociale, Educative, Institutionnelle ". Les objectifs généraux de la PNCD sont : promouvoir la participation de la population à la définition et à la mise en œuvre des grandes orientations de développement du pays en favorisant un dialogue entre tous les acteurs du développement ; appuyer les initiatives prises au niveau des communautés de base dans les différents secteurs du développement en favorisant l'échange des informations et des savoirs ; permettre à tous ceux qui ont la responsabilité de diffuser les informations de disposer des instruments de communication sociale et éducative leur permettant de le faire dans les meilleures conditions le tout avec un accent particulier sur le milieu rural. En outre, la PNCD doit participer à la consolidation des acquis démocratiques, institutionnels et politiques, y compris la prise de conscience par les citoyens de leurs droits et devoirs, et par l'Etat de ses responsabilités et de son autorité. Depuis l'avènement de la Troisième République, plusieurs ordonnances, lois, décrets, et arrêtés ministériels ont consacré la liberté de presse et une expression plurielle. La constitution reconnaît et garantit dans son article 7 la liberté de presse et la création d'un comité chargé d'assurer l'égal accès pour tous aux médias d'Etat. Le Conseil Supérieur de la Communication donne son avis sur toutes les questions relatives à la communication y compris toutes les mesures législatives et réglementaires avant adoption.

Des insuffisances persistent encore. Au niveau institutionnel, il y a les difficultés de fonctionnement du comité d'égal accès aux médias d'Etat et du Conseil Supérieur de la Communication. Au niveau juridique ce sont : le retard dans l'application du texte réglementaire devant fixer le taux de redevance des stations privées, le besoin d'harmonisation de textes concernant le cahier de charges et le taux de redevances des services privés de télévision.

b) Au niveau de la gestion du système : capacité du gouvernement et rôle des communautés

Les efforts du Département chargé de la communication permettront de satisfaire la définition et la mise en œuvre des stratégies de communication des secteurs (notamment des secteurs sociaux) à travers la formation des agents en charge du développement, des professionnels de la radio, de la télévision, de la communication éducative, de la presse communautaire en langues nationales, de la presse en français et des animateurs des médias traditionnels de communication.

L'un des pionniers reste sans conteste le Centre des Services de Production Audiovisuelle (CESPA). Spécialisé dans le domaine de la pédagogie audiovisuelle, le CESPA produit des paquets pédagogiques servant de support à



la formation paysanne, des films institutionnels, des films ou spots de sensibilisation, etc. Ces différentes productions ont traité des thèmes comme les maladies diarrhéiques, la nutrition, le suivi de la femme enceinte, la vaccination, l'eau et l'assainissement, la femme et les questions de développement, la pauvreté et l'environnement, la scolarisation de la petite fille, etc.

La Direction Nationale de l'Alphabétisation Fonctionnelle et de la Linguistique Appliquée (DNAFLA) poursuit l'alphabétisation avec notamment la production de brochures sur les thèmes de développement en direction des néo-alphabètes. Le circuit de distribution des brochures concerne les centres d'alphabétisation, les centres d'éducation pour le développement en faveur des enfants hors école et déscolarisés, les opérations de développement rural et les projets de développement. Au plan de la décentralisation administrative, les directions régionales de l'éducation ont en leur sein des sections de l'alphabétisation fonctionnelle. Celles-ci gèrent la composante alphabétisation au niveau des différents ONG.

Certains organes publics de communication ont subi des transformations dans le cadre de la nouvelle mission du département. L'Office de Radio Télévision du Mali est transformé en Etablissement Public à caractère Administratif (EPA).

La libéralisation des médias et l'extension de leur couverture (presse écrite, écrite et audiovisuelle) ont suscité une prise de conscience au sein de la société civile. Ainsi, plusieurs organes chargés de la gestion du paysage médiatique ont été créés. Ce sont : URTEL (Union des Radios et Télévisions Libres) et l'ASSEP (Association des Editeurs de Presse), etc.

L'institutionnalisation du "Parlement des Enfants" et sa régionalisation offrent à la fois aux enfants un espace d'expression et une opportunité réelle de participation à leur épanouissement. Ce parlement est organisé chaque année. C'est une tribune de libre expression où les enfants interpellent les autorités sur leurs préoccupations essentielles, notamment celles relatives au plan d'action national pour la survie, le développement et la protection.

c) *Au niveau de l'extension de la couverture et de la qualité des services*
Dans le secteur de la télévision et de la vidéo, plusieurs structures publiques, para-publiques et privées meublent cet espace.

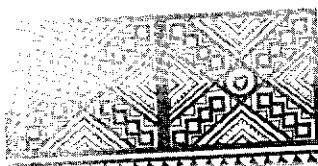
En ce qui concerne l'ORTM, on peut retenir que 80 % de ses programmes diffusés sont en français. Les 20 % restant sont consacrés à quelques magazines, sketches et micro-programmes de sensibilisation. Si la radiodiffusion

nationale couvre le territoire national, il reste que la télévision ne couvre qu'une partie. Le CNPC, malgré la notoriété internationale du cinéma malien se trouve dans un dénuement absolu au plan matériel. Quant au CESP, en dépit de ses bonnes performances tant sur le plan national que régional, il devra faire face à une demande grandissante qui nécessite un accroissement de productivité et une diversification des compétences. D'autres agences procèdent à la diffusion vidéo dans les zones rurales.

Les moyens traditionnels de communication représentent un potentiel important de communication parce qu'ils mobilisent des ressorts culturels qui permettent une excellente réception des messages par les populations. La difficulté de la "participation" et de la créativité des populations devient ici la question de la "participation" et de la créativité des populations devient ici la question de l'entière acquiescence pour ce qui concerne en tout cas leur participation au processus de communication. Leur efficacité est fortement tributaire du contexte social et culturel auquel ils renvoient, dénotant la limite de leur portée géographique. En outre l'exode des jeunes contribuant à la disparition de certains médias traditionnels et l'insuffisance de la recherche-action en matière de moyens traditionnels de communication constituent des faiblesses.

Kotèba

Un bon exemple d'un moyen traditionnel de communication qui peut jouer ce rôle de transmetteur des messages sociaux est le Kotèba. Ce Kotèba, qui survit à l'heure actuelle à travers les troupes modernes et les médias, implique l'ensemble de la communauté. A n'importe quel moment, tout individu, au comportement typé ou non, peut se reconnaître sur l'espace scénique pour figurer son propre rôle. Les "comédiens" sont au sein du public pour les intégrer dans l'action, impliquer les spectateurs dans l'histoire. Ainsi le public est interpellé par ce qu'il voit ou mis en accusation pour les travers mis en scène. Le destinataire est à la fois producteur et consommateur du discours. Le kotèba peut se définir comme un théâtre de la satire sociale. Ainsi, peut-on dire que c'est la société elle-même qui dénonce la dénonciation des travers. Son comédien est comme travers tous excès, abus d'autorité de tout individu qui détient une part de pouvoir. Les sketches sur la décentralisation, sur la participation des femmes aux comités de gestion, etc. que la télévision a popularisés, montrent encore tout le pouvoir de ce théâtre d'atelier sur la place publique les problèmes d'intérêt national afin de susciter une prise de conscience collective. En effet, le Kotèba réussit à traduire dans le langage du terroir les faits et gestes quotidiens.



Les " Ton " ou associations traditionnelles de jeunes, de femmes ou d'hommes possèdent des circuits d'information efficaces assez structurés pour leur mobilisation communautaire. Les chansons populaires sont des moyens qui permettent de véhiculer des valeurs et normes sociales relatives aux aspects de la vie sociale.

Dans le domaine de la radio, 60 stations de radios rurales, libres, commerciales, associatives ou communautaires émettent quotidiennement sur presque la totalité du territoire national. Ces stations manifestent un intérêt particulier pour les thèmes relatifs au développement : 97 animateurs et chargés de production de 52 stations ont reçu une formation basée sur la CRC et la CEDAW. Un programme de relance de la radio rurale nationale est en cours. De nombreuses difficultés d'ordre humain, matériel (y compris la maintenance) et structurel freinent l'amélioration de la qualité de leurs prestations.

La presse écrite en français est en pleine mutation. L'on note près de 50 titres, quotidiens, hebdomadaires, mensuels, périodiques. Cette expression plurielle se structure selon trois genres : les journaux d'information générale (75%), les journaux d'information spécialisée et les journaux traitant des faits divers. Cette presse connaît des contraintes majeures qui font peser beaucoup d'hypothèques sur son avenir. Le manque de professionnalisme (journaliste, secrétaire de rédaction, dessinateur, photographe), de déontologie chez les nouveaux venus et l'absence de formation initiale et de spécialisation caractérisent son personnel et influent sur la qualité et l'existence des journaux. Les problèmes de financement (l'impression coûte 70 à 75 % du prix de vente) et d'équipement rendent leur existence précaire.

La presse communautaire en langues nationales compte plusieurs titres. En bambara, on compte Kibaru (tiré à 20 000 exemplaires), Jekabaara, Saheli, Kote, Nieta. En peulh, il y a Kabaru tiré à 2000 exemplaires. En soninké c'est Xibare. Les publications d'Etat sont coordonnées par la DIPRESCOM (Division de la Presse Communautaire).

Les rubriques communes à la quasi totalité des titres sont celles de la formation permanente (agriculture, santé, hydraulique, environnement etc.), de la formation politique et civique et des initiatives locales. La zone de diffusion et de rayonnement correspond aux zones d'intervention des opérations de développement. Cette presse sert de support à l'alphabétisation fonctionnelle et valorise la culture locale. Elle renforce le sentiment d'appartenance à la communauté nationale et permet d'élargir les horizons et les perspectives des lecteurs ruraux. Cependant le problème de formation de ces communicateurs se pose avec acuité.

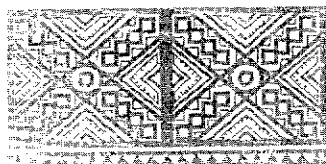
Dans le domaine de la transmission, le Mali compte 2 460 km de faisceaux terrestres dont 778 seulement en système numérique. La commutation par satellite est développée pour la desserte du réseau international. Depuis 1995, des efforts sont faits pour améliorer les communications téléphoniques sur l'ensemble du territoire. A cet effet, la téléphonie rurale vient de connaître un véritable sursaut avec la connexion au réseau domestique par satellite (DOMSAT). En ce qui concerne la commutation, le Mali compte 46 commutateurs dont 15 seulement en automatique. Plusieurs commutateurs manuels sont saturés ou hors services. Sur les 15 autocommutateurs, seuls trois sont du type numérique. L'entretien et la maintenance des centraux deviennent de plus en plus difficiles et coûteux. Cette situation rend partielle la desserte du territoire national par la TV et le téléphone.

3.2.4 Conclusion sur le concept développement

L'examen des mesures adoptées en matière de développement fait ressortir certaines faiblesses dans la prise en compte de l'esprit des conventions. D'une manière générale, les axes stratégiques de la NEF et les priorités émergentes du PRODEC exigent un redimensionnement du budget des niveaux secondaire et supérieur vers le fondamental et, plus précisément, le premier cycle. En donnant la chance au maximum d'enfants d'âge scolaire d'aller à l'école et d'y être véritablement alphabétisés, ces initiatives pourraient constituer une solution définitive à l'analphabétisme ainsi qu'une réponse adéquate aux inégalités et distorsions actuelles du système éducatif malien.

En dehors du taux de scolarisation de 51,09 % à atteindre en l'an 2 000, les plans de développement de l'éducation ne précisent pas les taux annuels de scolarisation et d'alphabétisation désirés par région et pour le pays. Aussi, un indicateur global du niveau d'instruction n'est pas défini. Dans la situation actuelle, il est difficile d'évaluer le coût de l'objectif de 51,09 % de scolarisation d'ici l'an 2 000 par an et pour chaque région compte tenu des disparités énormes. Les questions sur les chances réelles de réalisation d'une part, mais aussi l'existence de stratégies pertinentes pour y parvenir demeurent d'actualité.

Les disparités comme l'inégalité d'accès aux services d'éducation, y compris l'alphabétisation entre ruraux et urbains, pauvres péri-urbains et les autres urbains et enfin entre les résidents des différentes régions, ne font pas l'objet d'un ciblage spécifique précis et clairement formulé dans le domaine de l'éducation. Il faudrait une démarche populationnelle comme c'est le cas dans le secteur de la santé.



La faible connaissance de l'impact des mesures sur les variables intermédiaires (réduction des disparités géographiques et économiques, appui aux groupes vulnérables, scolarisation des filles) en corrélation avec les objectifs recherchés (relèvement du taux de scolarisation), traduit la volonté des autorités d'accroître le niveau global des indicateurs d'éducation.

La méconnaissance du système productif et des emplois qu'il offre rend difficile la définition des mesures bien ciblées sur l'adéquation de la formation à l'emploi. La faible représentativité des femmes dans les instances politiques et/ou de décision s'explique en grande partie par leur faible niveau d'éducation.

Dans le cadre de la démocratisation et de la décentralisation, des efforts sont déployés pour que ces moyens de communication, radiophoniques, télévisuels, téléphoniques et presse écrite favorisent une dynamique d'échanges entre toutes les composantes de la société. Ces efforts de décentralisation doivent être soutenus. Toutefois les zones d'ombre existantes doivent être éclaircies. Des expériences réussies de communication sociale, éducative et institutionnelle existent. Il s'agira pour le défi de la communication pour le développement de réfléchir sur ces expériences, d'en tirer les leçons, de renforcer les acquis et d'établir les mécanismes d'information, d'échange et de partage. Des approches plus innovatrices doivent être initiées pour la promotion et l'application des deux conventions.

Les problèmes d'ordre institutionnel dans le développement et parfois de la gestion de ce domaine constituent des obstacles à l'essor bien que leur contribution à l'expression des droits et à l'épanouissement de la société soient évidentes. A moins que la politique de décentralisation en cours n'apporte plus d'équité, il reste que le coût de la participation des communautés à toutes ces politiques sectorielles n'est pas connu. A court et moyen terme, il risque de se poser le problème de la viabilité des efforts si des mécanismes efficaces et de synergie ne sont pas proposés pour éviter que les communautés ne sombrent sous le coût de la prise en charge de leur propre développement. A ces constats s'ajoutent ceux formulés dans le concept survie.

DEVELOPPEMENT : Forces et Faiblesses sectorielles

Secteur	Forces	Faiblesses
Secrétariat	<ul style="list-style-type: none"> Préparation d'un Programme Décennal pour tous les secteurs MEF en gestion réflexion sur la dynamique partenariale autour de l'école épousinement des ONG, des APE en tant que partenaires urbains/ruraux, filles (go de l'école) Cellule Nationale de Scolarisation des Filles en place depuis 1993 renforcement des structures décentralisées attention particulière accordée à la scolarisation des filles ouverture aux innovations du système informel - écoles com- munautaires, etc. construction et équipement des salles de classe mise en œuvre progressive de l'enseignement en langues 	<ul style="list-style-type: none"> Manque d'une politique nationale couvrant tous les niveaux d'enseignement faible disponibilité du service éducatif fortes disparités dans l'accès (re femmes/hommes) insuffisance de matériels pédagogiques insuffisance de la formation initiale et des enseignants (qualitatif et quantitatif) bibliothèques rares ou inexistantes programmes d'alphabétisation qui ne répondent pas aux besoins des femmes insuffisance des ressources de l'État allouées à l'alphabétisation insuffisance des ressources du secteur allouées à l'éducation de base par rapport aux besoins conditions non-standardisées les centres scolaires dans les régions du nord fonctionnent plus depuis 1992-93 indétermination de la formation à l'emploi déficit en personnel en premier cycle de l'enseignement fondamental
Communication	<ul style="list-style-type: none"> existence d'une culture orale existence d'une politique nationale (PNCD) libéralisation des médias et extensions couverture média logique presse parlée, écrite et audiovisuelle existence des structures publiques de communication (reg CHIES, etc.) existence des organes de gestion du passage médiatique (URTEL, etc.) existence du Conseil Supérieur de la Communication existence de la Commission-Nati. de l'Égalité Accès aux Médias d'État existence d'un plan directeur d'Exécution de la couverture radiophonique et télévisuelle libéralisation du cinéma 	<ul style="list-style-type: none"> insuffisance des textes réglementaires (s.g. de non des modalités du monopole de la SOTEL, etc.) formation inadéquate des professionnels des médias privés entrave et maintenance des communications manque de coordination des activités de communication faible mobilisation sociale autour des deux conventions



3.3 Protection

3.3.1 Situation visée par les droits telle que définie dans les conventions

La constitution des paniers de droits vise à dégager les domaines communs aux articles des deux conventions.

Regroupement 1

CRC : articles 1, 7, 8, 9, 10, 37, 40 ;
CEDAW : articles 2, 5a, 7, 9, 16.

L'esprit qui se dégage est le statut légal de l'enfant et de la femme, et la défense de leurs intérêts.

Pour les enfants, il s'agit des droits civils de l'enfant : droit à une identité administrative et culturelle, à exprimer son opinion, à s'associer, à une vie privée, à une justice convenable à son âge. Pour les femmes il s'agit du droit à l'égalité devant la loi et notamment dans les questions familiales (vie privée) ; à la protection contre la discrimination dans la vie politique, publique ; à la protection contre les préjugés et les pratiques coutumières en défaveur des femmes.

Regroupement 2

CRC : articles 17e, 19, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 39, 40 ;
CEDAW : articles 5a, 6, 11.2, 11.3

L'esprit qui se dégage est l'engagement de l'Etat d'assurer la protection de la femme et de l'enfant contre toute forme de violence, d'exploitation, de mauvais traitement et d'abus.

En particulier, l'Etat s'engage à lutter contre la violence physique (viol, excision, violences), la vente d'enfants, la torture et la peine ou tout traitement cruel, inhumain ou dégradant ; l'exploitation économique et tout travail comportant des risques susceptibles de compromettre leur éducation, santé, développement (mariage précoce) ; de lutter contre le licenciement pour cause de grossesse ou de congés de maternité et protection spéciale aux femmes enceintes.

L'Etat s'engage à fixer un âge minimum pour l'emploi, une réglementation appropriée des horaires de travail et des conditions de l'emploi, des peines

ou autres sanctions appropriées et des mesures pour la protection des enfants contre l'usage illicite des stupéfiants et contre l'information et les matériels qui nuisent à son bien-être (pornographie). L'Etat s'engage en outre : à faciliter la réadaptation physique, psychologique et la réinsertion sociale de tout enfant victime de négligence et d'interdire toute forme de trafic des femmes et l'exploitation de la prostitution de la femme.

Regroupement 3

CRC : articles : 19, 20, 21, 22, 23, 30, 38, 39 ;

CEDAW : articles : 2, 14.

L'esprit qui se dégage est l'engagement de l'Etat à assurer la protection des femmes et des enfants marginalisés et/ou défavorisés.

L'Etat s'engage à prendre les mesures suivantes : la protection, l'aide sociale pour tout enfant privé de son milieu familial, pour les ménages dirigés par des femmes et pour les femmes des zones rurales et péri-urbaines (accès aux services adéquats de santé, éducation, crédit). L'Etat s'engage également à prendre des mesures appropriées pour les enfants et femmes réfugiés, déplacés, handicapés, victimes des conflits armés ; mesures appropriées pour tout enfant autochtone d'avoir sa propre vie culturelle, de protéger et de pratiquer sa propre religion et de respecter les règles de droit humanitaire international et les besoins spécifiques des enfants en cas de conflits armés (y compris la non-participation directe aux hostilités).

3.3.2 Situation des femmes et des enfants en termes de protection

Le PAN pour la survie, le développement et la protection de l'enfant visait les objectifs suivants d'ici l'an 2000 en termes de protection :

- Assurer un meilleur encadrement des enfants handicapés et/ou défavorisés ;
- Instituer un code de protection sociale des enfants handicapés et/ou défavorisés ;
- Approfondir les recherches sur les approches non conventionnelles de prise en charge des enfants handicapés et défavorisés ;
- Vulgariser les droits des enfants en vue d'accroître le niveau de connaissance des populations dans ce domaine ;
- Rendre opérationnelles les structures intervenant dans la protection de l'enfant ;

- Prendre les mesures d'ordre institutionnel et juridique et harmoniser la législation malienne avec la convention internationale.

Le plan d'action pour la promotion des femmes vient d'être adopté en 1996. Il s'inscrit dans le sens de la reconnaissance à la femme de ses droits, de la possibilité de les exercer et propose les objectifs suivants d'ici l'an 2000 en termes de protection :

- éliminer les dispositions des lois et pratiques discriminatoires à l'égard des femmes et de la petite fille ;
- garantir la non-discrimination et l'égalité devant la loi dans la pratique ;
- contribuer à assurer l'effectivité des normes du droit positif consacrant l'égalité entre l'homme et la femme ;
- promouvoir l'éveil des consciences par rapports aux droits des femmes ;
- prendre des mesures concertées pour prévenir et éliminer la violence à l'égard des femmes ;
- protéger les femmes vivant dans les situations de conflits armés et les victimes de telles situations.

En l'absence des données chiffrées dans ce domaine, il a été retenu l'analyse qualitative du volet protection de l'enfant et de la femme, ce qui a permis d'identifier les six problèmes prioritaires suivants :

- Faiblesse de l'exercice et de la jouissance des droits civils de l'enfant ;
- Caractère discriminatoire des textes législatifs et réglementaires et des pratiques coutumières à l'égard des femmes ;
- Violences physiques et morales contre les femmes et les enfants ;
- L'exploitation économique et sociale des enfants et des femmes ;
- La dégradation des mœurs et son impact sur les enfants et les femmes ;
- Faible protection et prise en charge des besoins spécifiques de groupes marginalisés et défavorisés (enfants et femmes handicapés, réfugiés et déplacés, enfants abandonnés, enfants délinquants, enfants de la rue, femmes seules chefs de famille, femmes en milieu rural et péri-urbain).



des valeurs et traditions qui exigent la soumission de la femme à son mari (et qui se manifeste dans le CMT) empêche la pleine jouissance des ces libertés.

De plus, le niveau d'analphabétisme chez les femmes (plus de 86 %) constitue aussi un obstacle fondamental à l'exercice de leurs droits. Cette situation aboutit à la méconnaissance et l'ignorance des supports juridiques (codes, conventions, lois) existants qui pourraient les aider à jour de leurs droits. Cette situation est due aussi à la mauvaise interprétation des textes et à l'insuffisance des moyens d'information et de diffusion des textes.

Problème 2: caractère discriminatoire des textes législatifs et réglementaires et les pratiques coutumières à l'égard des femmes

Causes sous-jacentes

- Influences du poids des traditions sur la législation moderne ;
- La tradition est discriminatoire à l'endroit du droit des femmes ;
- Insuffisance des ressources ;
- Résistance aux changements ;
- Trux élevé d'analphabétisme des femmes ;

Disponibilité

Accessibilité

Utilisation

- Insuffisance des textes non-péri-urbains ;
- Disparité (rurale, urbaine, discrimination ;
- Insuffisance de personnel qualifié ;
- Insuffisance des structures législatives ;
- Méconnaissance des textes d'alphabétisation ;

- Causes structurelles
- Caractère patriarcal de la société (NB : Vérifier la pertinence du terme "patriarcal" au Mali) ;
- Valeurs qui défavorisent l'éducation des femmes ;

Problème 3

Violence physique et morale contre les femmes et les enfants

La précarité des ménages, leur vulnérabilité économique fait que le problème de survie devient fondamental. Dans ce contexte, ce sont surtout les filles et les femmes qui sont les plus exposées et souvent contraintes à la prostitution pour des besoins de survie du ménage. Plusieurs textes protègent les enfants contre les violations. Les auteurs de certaines violations sont poursuivis et les parents engagent leur responsabilité en cas de négligence dans la surveillance de l'enfant. On peut relever néanmoins l'existence de certaines pratiques traditionnelles contraires à la constitution, à savoir l'excision.

L'excision, étant perçue comme une pratique coutumière destinée à " assainir " l'organe génital de la fille, est tolérée comme valeur traditionnelle. Selon l'EDS II (1995-1996), la pratique de l'excision est très courante au Mali : 93,7 % des femmes de 15-49 ans ont été excisées. La forme la plus pratiquée au Mali est la clitoridectomie (52,1 %), suivie par l'excision (46,9 %) et l'infibulation (0,5 %) qui est la forme la plus sévère. La pratique de l'excision semble moins répandue dans les autres villes (85,5 %) qu'à Bamako (95,3 %) et qu'en milieu rural (95,6 %) mais ceci est dû, en grande partie, à la très faible proportion de femmes excisées observées dans les villes de Tombouctou et Gao (9,3 %). Les femmes de confession musulmane sont plus souvent excisées (94,3 %) que celles de confession chrétienne (84,6 %) ou animiste (88,2 %). Au niveau de l'appartenance ethnique, c'est surtout chez les femmes Tamashek (16,5 %) et Songhai (47,8 %) que la pratique de l'excision est nettement plus faible.

En ce qui concerne les femmes et les enfants battus, cette situation est généralement invisible, dans la mesure où les victimes dénoncent rarement les auteurs des coups et blessures. Elles ont peur de la réaction de la société (mari, belle-famille et même leur propre famille). Il n'existe pas de chiffres officiels permettant de mesurer l'ampleur du phénomène. Toutefois, il faut considérer que le phénomène des femmes et des enfants battus devient de plus en plus une préoccupation dans la société malienne. Il faudrait rappeler que le châtiment corporel était perçu comme une " forme d'éducation " de l'enfant, et même de la femme considérée comme mineur sous la protection de l'homme.

Si les exploitations et violences sexuelles ne sont pas fréquentes, il faut reconnaître tout de même qu'elles existent et que les auteurs restent souvent

impunis car rarement dénoncés aux autorités compétentes. Il existe au Mali, comme dans beaucoup d'autres pays, une réprobation sociale à l'égard des coupables, mais aussi des victimes. Parfois des doutes sont émis sur le comportement de la victime. Des attitudes et perceptions négatives peuvent empêcher les victimes de dénoncer les coupables.

L'article 6 (1) de la CRC reconnaît que tout enfant a un droit inhérent à la vie. La loi malienne reconnaît ce droit en amont et en aval de la naissance (articles 170 et 172 du code pénal relatif à l'avortement). La répression de l'avortement est sujette à l'antagonisme d'une part de la loi, de la religion et des coutumes. En réalité, l'avortement est pratiqué clandestinement. Il est le plus souvent l'œuvre de jeunes filles rurales venues dans les centres urbains à la recherche d'un emploi et de jeunes scolaires. Cette pratique de l'avortement clandestin expose les filles à de graves dangers psychologiques et sanitaires.

- Causes structurelles**
- Appauvrissement des ménages, vulnérabilité économique ;
 - Relâchement des structures familiales ;
 - Absence d'une politique nationale de protection ;

- Causes sous-jacentes**
- Valeurs culturelles qui empêchent les femmes de s'exprimer sur la violence ;
 - Méconnaissance des droits des femmes ;
 - Méconnaissance de l'existence des structures de soutien ;

Problème 3 : violence physique et morale contre les femmes et les enfants

Causes sous-jacentes

- Absence de banque de données et de statistiques fiables permettant une analyse de la situation et la définition d'une politique nationale ;
- Appauvrissement des ménages, vulnérabilité économique ;
- Pressions sociales ;
- Exode rural, migration ;
- Faible couverture des structures de soutien ;

Disponibilité

- Insuffisance des structures de soutien ;
- Manque de données fiables ;

Causes immédiates

- Existence des valeurs traditionnelles et religieuses qui tolèrent l'excision et le clivage corporel ;
- Absence d'une prise de conscience collective ;

Problème 4

L'exploitation économique et sociale des enfants et des femmes

25% de la main d'œuvre totale du pays sont des enfants de moins de 14 ans, niveau de la prostitution, etc.

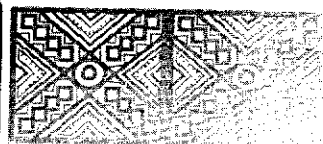
L'âge minimum pour l'emploi est fixé à 14 ans selon le code du travail. Toutefois l'application des textes à ce niveau s'avère très difficile compte tenu des réalités économiques du pays. Le secteur informel de l'emploi recrute plusieurs jeunes à des travaux qui ne correspondent pas toujours aux prescriptions légales. A cela, on peut ajouter certaines traditions d'apprentissage de métier qui se manifestent par l'emploi des enfants à des travaux. C'est d'ailleurs ce qui explique la réserve faite par le Mali relativement à l'article 32 de la convention qui exige la protection de l'enfant contre l'exploitation économique.

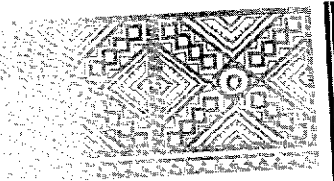
Main d'œuvre moins de 15 ans en % de la main d'œuvre totale

Région/année	1976	1987	1989	1994
Mali	16,7	21,11	16,5	25,7
Urbain	6,4	...	6,5	14,8
Rural	18,1	...	18,6	26,9

Source : Bilan Diagnostique, 1995

Les enfants sont donc relativement plus utilisés comme main d'œuvre en milieu rural qu'en milieu urbain. Le niveau de scolarisation et les déperditions scolaires expliqueraient en grande partie cette situation. La baisse du pouvoir d'achat enregistrée en 1994 suite à la dévaluation du FCFA explique également un plus grand recours à la main d'œuvre de moins de 15 ans. L'analyse selon le sexe révèle qu'en 1994, les garçons de moins de 15 ans ont été relativement plus utilisés que les filles (27,3 % contre 23,8 %). La majorité des enfants qui travaillent est utilisée comme aide familiale pour aider les parents dans les travaux agricoles essentiellement (88,7 %) et des autres aides familiaux (7,9 %).





En milieu traditionnel et même en milieu moderne, la fille constitue une aide de la mère pour les différents travaux domestiques : corvée d'eau et de bois, vaisselle, lessive, cuisine, garde des plus jeunes, souvent transport de repas au champ, ainsi que pour la cueillette et le petit commerce. Le premier effet de cette situation se fait sentir sur la scolarisation de la fille, la mère préférant la garder auprès d'elle que de l'envoyer à l'école. Il convient de noter une distinction entre le travail comme processus de socialisation de l'enfant et l'exploitation économique. Dans le contexte de la socialisation, l'enfant exerce dans un cadre, le plus souvent familial, un ensemble d'activités qui participent à son apprentissage à la vie active. De plus, il est difficile d'avoir des données sur le travail des jeunes filles utilisées comme **bonnes/sides familiales** dans les centres urbains parce que ce fait est "caché" dans les maisons. Ces filles pour la plupart analphabètes et méconnaissant leurs droits sont victimes d'exploitations de diverses formes : les horaires de travail non-limités, l'absence de congé hebdomadaire et annuel, l'insuffisance ou le non paiement du salaire, les châtiments corporels, les emplois non-garantis par un contrat.

La réglementation en matière sociale interdit d'employer les femmes et les enfants à des travaux excédant leurs forces, présentant des causes de dangers ou qui, par leur nature et les conditions dans lesquelles ils sont effectués, sont susceptibles de blesser leur moralité. Le décret d'application de la loi prévoit dans le détail les travaux interdits aux enfants et les limites d'âge auxquelles on ne peut employer l'enfant à tel ou tel travail.

En milieu urbain, l'Inspection du Travail assure de surveiller les enfants travailleurs et de s'assurer qu'ils sont dans de bonnes conditions. Cependant, comme indiqué, beaucoup d'enfants travaillant dans le secteur informel sont victimes d'abus (heures de travail excessives, travail difficile, exposition aux risques d'accidents de travail, etc.). Il faut rappeler que les enfants travaillant dans le secteur informel exposés aux dangers permanents ne bénéficient d'aucune mesure de sécurité sociale.

En plus de formes d'exploitation économiques connues, la désintégration du tissu social a donné naissance à de nouvelles formes d'exploitation qui, si des mesures ne sont pas prises, risquent de constituer à plus ou moins longue échéance un véritable fléau social. Ce phénomène est déjà perceptible dans les centres urbains comme Bamako, Ségou et Mopti. A Bamako, le problème d'enfants mendians déjà enregistré il y a environ plus d'une décennie acquit des caractères quantitatifs et qualitatifs plus graves pendant les années 80. Le pointage réalisé par la DRAS en septembre 1993 a donné 5 000 **enfants mendians**, sur 13 000 mendians, soit plus que 40 %, et 300 bébés utilisés comme mendians sur les trottoirs. Dans tous les cas de

figure, il existe des personnes qui exploitent ces enfants. Cette situation aboutit nécessairement à la rupture avec la famille au profit de la rue, où les enfants sont exposés aux dangers.

Les 97,4 % des **femmes actives occupées** et les 93 % des femmes actives chefs de ménages sont principalement dans trois branches de l'économie : agriculture, industries manufacturières et commerce. Au niveau de ces trois branches, elles sont en majorité des indépendantes menant une activité de subsistance. La pluri-activité est un phénomène très développé chez les femmes (24,3 %) et les femmes chefs de ménage (30,9 %). On constate également que l'effet de l'ajustement structurel à travers la compression du personnel au sein des secteurs public et privé est remarquable au niveau de l'exercice d'une activité précédente par rapport à une activité secondaire. Par ailleurs, nous savons que quels que soient leur niveau d'instruction et leur niveau d'occupation, les femmes sont obligées d'exercer une partie de leur activité ménagère (EMCES 1994).

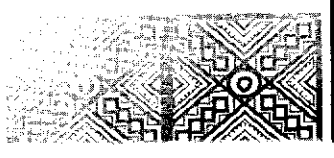
Il est de coutume que la femme en plus des activités économiques qu'elle mène (travaux champêtres, travailleuses du secteur formel) s'occupe également des travaux de ménage, de l'éducation des enfants et de l'entretien des autres membres de la famille. Il résulte de cette situation que la femme est entièrement absorbée par ces responsabilités. Ces pesanteurs constituent un frein à sa pleine participation aux autres activités publiques de son milieu.

LA MENDICITÉ ENFANTINE : UN FLÉAU SOCIAL

LES CONSÉQUENCES DU PHÉNOMÈNE DE LA MENDICITÉ ENFANTINE

La *rapture* sur le plan éducatif et social, (environ 86 % des enfants enquêtés dans la rue viennent de l'intérieur du Mali) (1993, Direction Régionale de l'Action Sociale/Bamako).

Les *enfants mendians* constituent la couche la plus vulnérable parce qu'ils sont exposés aux maladies, à la drogue et la prostitution entre autres. En particulier, ils souffrent en général de plaies, de paludisme, de maladies sexuellement transmissibles et d'affections respiratoires.



II- LES MANIFESTATIONS DU PHENOMENE DANS LE DISTRICT DE BAMAKO

Le phénomène de la mendicité touche les enfants d'horizons divers :

- les **garibous** ou élèves de l'école coranique, utilisés au nom d'une vertu éducative ;
- les **enfants mendiants par nécessité** sont parfois des faux garibous qui sont obligés de se faire passer pour des mendiants afin d'avoir de quoi se nourrir ;
- les **bébés à risque** utilisés par les mères au nom d'une tradition galvaudée par l'usage qu'on en fait ;
- les **enfants guides de personnes invalides ou âgées** constituent une main-d'œuvre d'origine familiale et à usage interne par les membres de la famille. Ils se mettent toute la journée à la disposition de la personne concernée, en la conduisant d'un lieu à un autre, au détriment d'une scolarité normale.

Les types de mendiants :

1. Les **enfants mendiants** utilisés par les parents.
Raison : recherche de revenu monétaire avec la famille, contribution à l'économie familiale ;
2. Les **enfants mendiants en fugue** qui sont des anciens guides de parents handicapés.
Raison : recherche d'un revenu monétaire, indépendance dans le travail ;
3. Les **enfants mendiants** qui sont les **talibés** ou **garibous**.
Raison : recherche de revenu monétaire ou de ressources en nature pour survivre, mendicité commanditée par une tierce personne ;
4. Les **bébés mendiants** utilisés par les parents (jumeaux et autres).
Raison : utilisés par les parents pour avoir des revenus monétaires ;

Source : A.M.Maiga, 1996

La prostitution est une des formes d'exploitation économique et sociale qui existe et qui prend de plus en plus d'ampleur au Mali, surtout dans les centres urbains. Conformément à l'esprit des articles 19 et 34 de la CRC, l'article 183 du code pénal malien incrimine et sanctionne les exploitations et violences sexuelles. Par ailleurs, il existe une forte tendance à la pratique dans les grandes villes du fait de l'exode rural dont les petites filles rurales sont les principales victimes. Celles-ci se trouvent dans une situation de recherche de l'argent, ce qui les amène à faire de la prostitution. C'est là aussi un danger grave qui les expose aux MST et au SIDA. Leur faible niveau d'alphabétisation contribue à leur vulnérabilité par rapport aux dangers moraux et sanitaires, et à la méconnaissance de l'existence et de l'exercice de leurs droits. Par ailleurs, la faiblesse du dispositif législatif tant du point de vue des textes de lois que de leur application effective, le poids du droit coutumier et des pratiques culturelles existantes font que les femmes et les enfants n'ont qu'un faible pouvoir pour se protéger contre leur exploitation économique et sociale.

Problème 4 : l'exploitation économique sociale des enfants et des femmes

Causes immédiates

- Besoin de main-d'œuvre.
- Déformation du rôle des "garibous".
- Dislocation de la famille.

Causes sous-jacentes

- Faible couverture éducative.
- Taux de déperdition élevé.
- Exode rural, migration.
- Dégénérescence des mœurs.
- Appauvrissement des ménages, vulnérabilité économique.
- Augmentation du chômage en milieu urbain.
- Faible pouvoir des femmes et des enfants à se protéger contre l'exploitation économique et sociale.
- Rôle traditionnel des femmes et des enfants.
- Manque de technologie diminuant l'utilisation de la main-d'œuvre.

Disponibilité

- Insuffisance des infrastructures d'accueil.
- Faiblesse des structures légales.
- Insuffisance du cadre législatif et administratif.

Accessibilité

- Inéquité à l'accès à l'emploi salarié.
- Inéquité hommes/femmes à l'accès aux structures éducatives.
- Inéquité hommes/femmes dans le système d'imposition, dans l'accès au crédit.

Utilisation

- Valeurs qui défavorisent la scolarisation, formation professionnelle des filles, femmes.

Causes structurelles

- Dégénérescence environnementale.
- Faible niveau de développement économique et social du pays.
- Pauvreté des populations.
- Utilisation des femmes et des enfants comme main-d'œuvre.

Problème 5

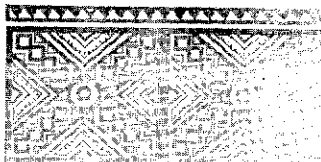
La dégradation des mœurs (stupéfiants, pornographie, alcool...) et son impact sur les enfants et les femmes.

Aujourd'hui, l'autorité des parents s'effrite de plus en plus en raison de leur paupérisation. La désintégration socio-culturelle, qui engendre la rupture des rapports affectifs entre parents et enfants, perceptible en milieu urbain, commence à gagner les zones rurales du fait de l'exode. L'effacement du système d'éducation traditionnelle, du fait de la désintégration de la grande famille à la faveur des mutations sociales et de l'effacement du pouvoir d'achat des chefs de familles, a mis en cause l'autorité des parents. Les parents ont le devoir de scolariser l'enfant dès l'âge pré-scolaire. Les droits à l'éducation et à l'instruction sont édictés par la Constitution de la République du Mali (articles 17 et 18). La réforme de l'éducation intervenue en 1962 a rendu l'enseignement primaire obligatoire, mixte et gratuit. Cependant, aujourd'hui, l'école malienne souffrant de maux comme l'insuffisance des infrastructures, le faible rendement interne du système éducatif, l'inadaptation de l'école au milieu, la sous-scolarisation des filles et le faible taux d'alphabétisation se révèle incapable de réduire les effets de la dégradation des mœurs sur les enfants et les femmes.

Les mentalités ne sont pas favorables à l'intervention des autorités administratives ou judiciaires dans les affaires familiales. D'où des enfants en danger moral, c'est-à-dire des enfants qui sont dans la pré-délinquance, qui adoptent des comportements déviants, mais légalement non répréhensibles et le taux très élevé de la déperdition scolaire. Les petits garçons se livrent donc aux petites activités lucratives, aux petites larcins, ou tout simplement à la mendicité. Quant aux petites filles, elles se livrent à la prostitution.

L'enfant a le droit d'accéder à des informations saines. La loi a réglementé l'accès à ces informations afin de protéger l'intégrité morale de la jeunesse contre la corruption et le danger moral. Ainsi, au Mali, il est interdit de projeter certains films (violents, érotiques, pornographiques) aux enfants ou de diffuser des publications obscènes en leur direction. A cet effet, il existe une Commission Nationale de Censure Cinématographique et les institutions judiciaires pour l'observation des mesures légales protectrices de l'intégrité sexuelle et morale de l'enfant.





Problème 6

Faible protection et prise en charge des besoins spécifiques des groupes marginalisés et défavorisés

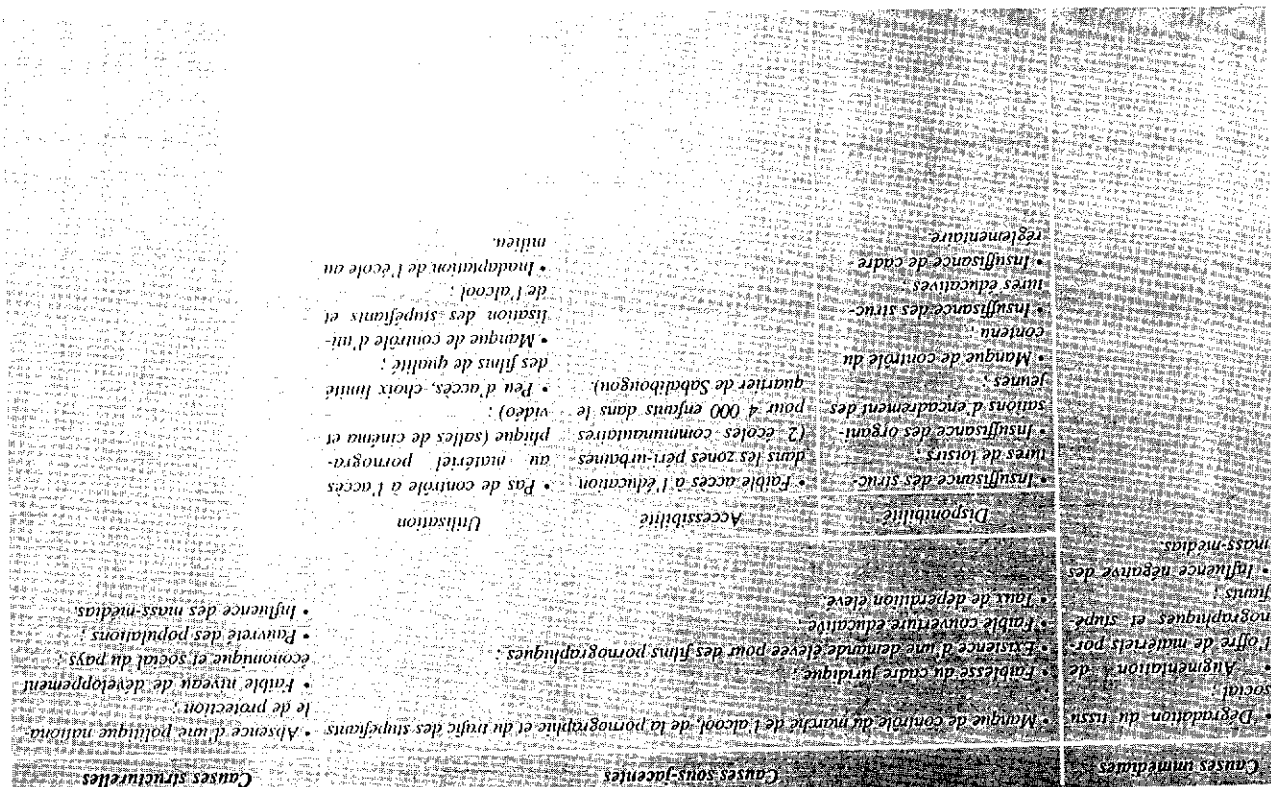
Enfants et femmes handicapés, réfugiés et déplacés, enfants abandonnés, enfants délinquants, enfants de la rue, femmes seules chefs de famille, femmes en milieu rural et péri-urbain, prostituées.

Au Mali, l'enfant est traditionnellement considéré comme l'enfant de tout le monde et la notion de séparation entre la famille et enfants y était presque inconnue. La détérioration du pouvoir d'achat des ménages empêche de plus en plus de nombreux parents d'assumer leurs responsabilités par rapport à la survie, au développement et à la protection des enfants. C'est donc la vulnérabilité économique entraînant la dislocation de la famille qui est le plus souvent à la base du phénomène des "enfants de la rue".

L'abandon d'enfants est le plus souvent pratiqué par les jeunes filles rurales venues dans les centres urbains pendant la saison morte pour travailler et faire fortune (recherche de trousseaux de mariage), les femmes à faible revenu, les prostituées et les femmes débilisées mentales. C'est un phénomène qui prend de l'ampleur au Mali, surtout à Bamako et à Mopti malgré l'absence de statistiques disponibles. Il faut signaler ici que la non-automatisation de l'avortement légal peut être considérée comme un facteur qui contribue à ce problème de l'abandon d'enfant. La seule institution publique qui se charge des enfants abandonnés est le Centre d'Accueil et de Placement Familial (CAPF) communément appelé Poupponnière de Bamako. Selon les données de routine du CAPF, de 1991-1995, le CAPF a reçu 97 enfants abandonnés. Le taux des enfants abandonnés accueillis par le CAPF a fortement augmenté depuis les années 80 (à partir de 1985), ce qui peut s'expliquer par la crise économique et l'appauvrissement de l'Afrique pendant cette décennie.

L'insuffisance de centres de placement est due aussi au fait que le Mali a privilégié l'action de la famille élargie par rapport au placement familial. Le placement en institution est le dernier recours. Il y a actuellement (1994) 2 891 enfants placés ou suivis par des institutions et projets d'assistance aux enfants en circonstances difficiles (abandonnés, orphelins, cas sociaux, mineurs délinquants, enfants de la rue, déficients mentaux, enfants travailleurs, enfants en rupture sociale, handicapés, sourds et sourds-muets, bébés dans la rue).

Problème 5 : la dégradation des mœurs (stupéfiants, pornographie, alcool...), et son impact sur les enfants et les femmes



En plus des enfants orphelins et abandonnés, des parents confient leurs enfants à des marabouts pour une formation religieuse. Ces enfants appelés "garbous" sont dans la plupart des cas abandonnés à eux-mêmes et vivent de mendicité dans les centres urbains. A entendre les maîtres coraniques, la mendicité relève de préoccupations plus éducatives ou formatrices que religieuses ; en d'autres termes, elle n'est pas prescrite dans le Coran comme principe spirituel à suivre, mais comme elle implique souffrance et privation, on suppose qu'elle contribue à affermir la personnalité du jeune enfant. Cela reste à vérifier. En tous cas, la mendicité est déshumanisante.

Les handicapés sont estimés à 700 000 au Mali. La proportion des femmes et des enfants parmi ce nombre est inconnue.

Tableau :
Répartition des enfants par sexe selon le type d'enfance 1992-1993

Type d'enfance	Sexe	Total	
	Masculin	Féminin	
Handicapé	638	522	1160
Déshérité	69	33	102
Abandonné	16	18	34
Instabilité sociale	26		26
Total	749	573	1322

Source : ministère des Finances, de l'Economie, et du Plan, 1992

Jusqu'en mars 1997, environ 90 000 personnes réfugiées/déplacées par le conflit au Nord du Mali ont été rapatriées (estimations du HCR, mars 1997). On estime que dans la population réfugiée totale au Mali, 70 % sont des femmes et des enfants, soit environ 63 000.

Les femmes, les jeunes filles et les enfants non-accompagnés quant à eux ont encore plus de mal à survivre. La majorité des femmes réfugiées n'a reçu aucune scolarisation ni formation professionnelle et ne possède donc que très peu de chance de trouver un emploi. Bon nombre de ces femmes ont subi avant ou pendant leur fuite des sévices sexuels, des violences

physiques ou morales, des traumatismes et toutes autres exploitations abusives dans leur pays d'origine comme, parfois aussi, dans le pays d'asile. Elles sont d'autant plus vulnérables qu'elles se retrouvent brutalement seules, les maris étant soit tués soit restés dans le pays d'origine pour continuer le combat. Devenues chefs de famille, elles sont obligées de se battre pour satisfaire les besoins élémentaires et immédiats de leur famille. De ce fait, ces femmes se mettent à mendier et dans les cas extrêmes à se prostituer.

Le conflit qui a eu les conséquences les plus désastreuses sur les femmes maliennes est la situation de la rébellion armée dans le Nord du pays. Elles ont été directement victimes de vols, de pillages, de meurtres, de viols. A ces souffrances directes s'ajoutent des préjudices nés des pertes d'époux, d'enfants, de parents. La situation au Nord a entraîné et aggravé la paupérisation des femmes suite aux perturbations des activités génératrices de revenus. Ce conflit a également engendré une situation de famine avec son cortège d'épidémies et de maladies qui ont particulièrement affecté les femmes et les enfants.

Les enfants réfugiés sont les plus vulnérables parce que socialement et physiquement dépendants mais aussi parce que leur physique et psychisme sont en cours de développement, au point qu'ils nécessitent des soins spécifiques et une attention particulière.

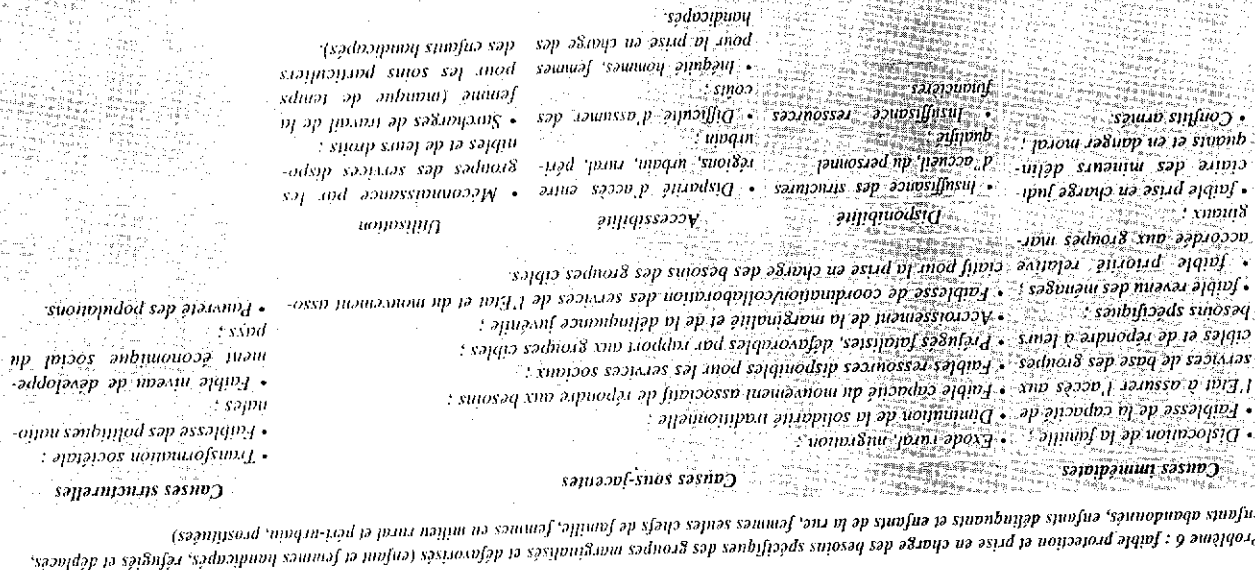
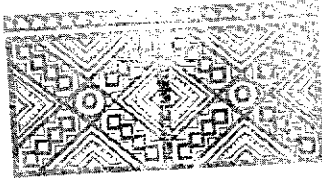
Selon les recensements, les femmes veuves constituent 8,3 % et les femmes divorcées 1,3 % de la population totale. Dans la plupart des cas, ces femmes sont chefs de ménage et doivent subvenir seules aux besoins de leurs ménages. Le niveau d'implication des femmes dans le processus économique et le revenu moyen que les activités économiques leur procurent, montrent, si besoin en était, la vulnérabilité de ces femmes. Dans la composition du ménage, les divorcées ou séparées et les veuves vivent avec leurs enfants et sont en majorité (54,3 %) dans les 30 % des plus pauvres. Les veuves ont le plus faible niveau de dépenses (EMCES 1994).

Le taux de femmes chefs de ménage en 1987 était de 12 %, ce qui inclut les femmes en ménages polygamiques chez lesquelles le mari n'a pas été recensé. Parmi ces femmes, 46,2 % étaient occupées à une activité économique, 53,5 % étaient inactives. Parmi les femmes occupées, 77 % exercent dans le secteur agriculture/élevage, 15,2 % dans le petit commerce et juste 3 % dans l'administration. Il existe une grande disparité dans la distribution de femmes chefs de ménage entre les zones géographiques (68,4 % ont en zone rurale contre 31,6 % en zone urbaine) (EMCES 1994). Les femmes chefs de ménage du milieu urbain ont un revenu deux fois et demi

plus élevé que celles des zones rurales. Selon des résultats préliminaires d'une étude sur la pauvreté au Mali (PNUD, 1996), pour les femmes chef de ménage, tous les besoins (logement, nourriture, habillement, soins santé) sont mieux assurés en ville qu'au milieu rural. Malheureusement, on ne dispose pas de chiffres référant aux conditions des femmes dans les zones péri-urbaines. Cependant, l'insuffisance, voire l'absence des services de base dans les quartiers péri-urbains suggère que les femmes qui y habitent se trouvent dans des conditions extrêmement pénibles.

Les prostituées sont une autre couche de la société qui est particulièrement défavorisée. En plus de leur marginalisation sociale, elles se trouvent plus vulnérables aux autres problèmes (santé, juridique, familial). Par exemple, selon l'enquête nationale du 1992-1993 sur le SIDA, les prostituées ont un taux de séroprévalence beaucoup plus élevé (53 %) que le reste de la population malienne. Ce taux a augmenté de 14 % en 5 ans seulement (de 39 % en 1987). Les MST traditionnelles sont très fréquentes dans la population des prostituées également.

Le taux de prévalence du SIDA est environ de 2,9 % au Mali, dont 3,4 % chez les femmes et 2,4 % chez les hommes. Le taux de prévalence étant plus élevé chez les femmes, il existe des risques pour les enfants. On retiendra dans la répartition de l'infection que plus de 50 % des personnes atteintes sont des jeunes et la classe modale se situe entre 20 et 35 ans, donc une population sexuellement et économiquement active. Actuellement, il n'existe aucun mécanisme officiel de prise en charge médicale et psycho-sociale des malades du SIDA et de leurs familles. Outre l'absence de prise en charge par les structures socio-sanitaires, les **sidéens** souffrent aussi de marginalisation sociale.



3.3.3 Expériences passées et politiques nationales

La lecture de la protection fait apparaître les liens avec les autres concepts que sont la survie et le développement. En effet, le niveau d'alphabétisation a une relation avec la capacité d'utilisation des services que vise la protection sociale et juridique de l'enfant et de la femme. Durant les cinq années et au regard de la ratification des deux conventions par le Mali, un ensemble d'initiatives ont été entreprises en vue de la mise en œuvre des conventions. L'esprit des trois regroupements des articles relatifs à la protection devrait permettre d'apprécier ces initiatives. Ainsi, la Politique de Développement Social de 1992, le Programme National de Lutte contre le SIDA (PNLS), et les plans nationaux comme le Plan d'Action National pour le sommet des enfants (PAN) et le plan d'action national pour la promotion des femmes ont été élaborés et mis en œuvre dans l'esprit des conventions. La politique de développement social a trois volets : volet promotion communautaire, volet promotion des personnes handicapées, volet protection sociale de la famille et de l'individu. Il reste que la politique de solidarité rejoint la politique sectorielle de santé en ce qui concerne la définition des rôles des différents niveaux : central, régional, et opérationnel.

La section précédente a été consacrée à l'analyse causale des problèmes prioritaires identifiés en fonction de la situation actuelle du Mali. La section 3.3.3 va examiner dans quelle mesure l'Etat malien a développé un cadre de politique nationale pouvant assurer un meilleur bien-être des enfants et des femmes en concordance avec l'esprit de la CRC et de la CEDAW. Pour ce faire, les politiques nationales seront examinées sous l'angle de la solidarité, de la justice, de la gouvernance/administration et de l'emploi. Finalement, la gestion des systèmes (capacités du gouvernement et rôles des populations) et le niveau d'extension de la couverture, ainsi que la qualité des services de bases seront examinées.

Solidarité

a) Au niveau des mesures institutionnelles

L'action sociale se doit par ses approches et ses stratégies de concourir à un développement durable : création de ressources, dynamisation des systèmes de solidarité, réduction des inégalités sociales. Les axes prioritaires de la politique de l'action sociale sont : le développement communautaire, la protection sociale, la promotion des handicapés, l'éducation préscolaire, la formation en travail social et la recherche. Les services de l'action sociale mettent l'accent tout particulièrement sur :

- le renforcement de la dimension développement social au profit des couches défavorisées pour éviter leur marginalisation ;
- l'initiation de l'approche associative pour une participation accrue des individus et des groupes à la gestion des affaires publiques ;
- l'appui aux communautés en vue d'accroître leur capacité d'auto-promotion.

Le cadre institutionnel et organisationnel dans lequel l'action sociale a évolué a privilégié l'intégration du sanitaire et du social. Ainsi, les réformes de 1994 (loi 94-013 du 25 avril 1994) ont porté les modifications sur le champ d'intervention de la Direction Nationale de l'Action Sociale et a créé ses services régionaux et sub-régionaux. A cet effet, les services chargés de la promotion des handicapés, de la promotion de la famille et des communautés ont vu leurs domaines d'intervention s'élargir.

La loi 96-022/ANRM du 21 février 1996 fixe les principes fondamentaux régissant la mutualité au Mali. Cette mesure législative rentre dans le cadre de la stratégie de protection sociale des familles. Elle autorise la création des organisations mutualistes dans les domaines de la prévention des risques sociaux, de la protection de l'enfance, de la famille, des personnes âgées ou handicapées et du développement culturel.

Le décret 96-172 PRM du 13 juin 1996 institutionnalise la création de Parlements des Enfants en tant que support d'expression et de participation aux niveaux national et régional.

La réforme de l'éducation préscolaire et spéciale a permis la création de la Direction Nationale de l'Education Préscolaire et Spéciale (loi n° 93-023 du 13 mai 1993) qui devrait favoriser des besoins spécifiques liés à l'éducation des enfants handicapés. Il n'existe pas à l'heure actuelle une réglementation spéciale en la matière. Seules des dispositions diverses sont contenues dans les textes éparpillés régissant la famille, l'emploi et l'éducation. Par ailleurs il existe encore des dispositions réglementaires constituant des entraves à la pleine participation de l'enfant handicapé. Ainsi, dans le domaine de l'éducation l'incapacité constitue encore un motif d'exclusion (même si dans la pratique cette disposition n'est plus appliquée). En revanche, il existe des mesures spéciales pour faciliter l'accès des jeunes handicapés à l'éducation, comme par exemple le fait que le handicap constitue aujourd'hui un critère important dans l'octroi des bourses aux élèves et étudiants.

l'existence des textes législatifs et réglementaires relatifs à la protection

sociale et juridique de la personne malade du SIDA et du personnel traitant rend difficile les conditions de prise en charge médicale et psycho-sociale.

b) Au niveau de la gestion du système: capacité du gouvernement et rôle des communautés

Depuis cinq ans, l'Etat a (même en l'absence de textes réglementaires de placement) encouragé les initiatives privées et communautaires. Ainsi, des efforts sont entrepris pour sensibiliser les familles et les individus, développer la mise en place des réseaux de solidarité en faveur des enfants et des femmes.

Régi par l'ordonnance n° 41 PCG du 28 Mars 1959, le secteur associatif occupe aujourd'hui une place importante dans la prise en charge de l'enfant et de la femme. Outre les activités d'information et de sensibilisation, les associations sont à l'origine de la création de plusieurs institutions d'éducation spéciale et de réinsertion sociale pour les groupes défavorisés et/ou marginalisés. Ce secteur associatif est appuyé par l'Etat et ses partenaires au développement qui apportent diverses formes de subventions (personnel, financier, matériel, etc.).

Nous pouvons signaler que du côté des structures étatiques et communautaires, des efforts d'organisation du secteur informel dans lequel évoluent beaucoup d'enfants et de femmes ont été entrepris. C'est le cas par exemple des associations des enfants travailleurs, des groupements d'intérêt économique (GIE) et des associations/groupements et coopératives féminines. Ces associations et groupements bénéficient de l'encadrement de certaines ONG et associations ayant des compétences dans le domaine de la formation. Les enfants et les femmes sont non seulement orientés dans les ateliers de formation (menuiserie, mécanique, couture, teinture, etc.) et centres d'alphabetisation mais sont aussi organisés en associations pour défendre leurs intérêts et mieux résister à la concurrence du marché.

Depuis 1994, le ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes Agées a mis en place un système d'information sociale à travers l'élaboration d'indicateurs sociaux et de leur support de collecte (proportion d'enfants handicapés, proportion de mariages précoces chez les filles de moins de 18 ans, nombre d'enfants de la rue, proportion d'enfants de moins de 14 ans travaillant contrairement aux dispositions des articles 38 et suivants nombre de femmes prostituées, etc.).

Le Programme National de Lutte contre le SIDA, établi en 1988 par décision n° 310/MSP-AS CAB, a vu une décentralisation de ses structures aux

niveaux régionaux et locaux dans la deuxième phase de son Programme à Moyen Terme (PMT2 1994-1998). Il existe des comités régionaux dans chaque région et des comités locaux dans tous les cercles pour planifier et suivre les activités à ces niveaux. Les membres des comités locaux sont divers : de l'Action Sociale, de la Santé, des ONG qui sont actives au niveau local, des enseignants de la communauté, etc. Actuellement, il n'y pas de membres qui sont séropositifs ou de sidéens. La gestion du PNLS est toujours assurée par le ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes Agées.

Parmi les nouvelles stratégies jugées prioritaires par le PMT2 se trouve la réduction de l'impact du SIDA sur les personnes atteintes, leur milieu familial et la société. Cette stratégie englobe des interventions auprès des personnes atteintes, du personnel soignant, des intervenants sociaux, de l'environnement familial et social des patients. L'éthique professionnelle et la législation seront revues et adaptées aux nouvelles données. Enfin, il est prévu de combattre la stigmatisation et l'isolement des personnes atteintes et malades afin de les intégrer dans la société. Par rapport aux programmes, ils sont mis en œuvre avec l'implication des autres ministères tels que la Jeunesse, l'Education de Base et le Commissariat pour la Promotion des Femmes, les Groupes Pivots (Survie de l'Enfant) et les ONG.

Il existe une volonté politique de renforcer la politique de solidarité, notamment la protection sociale des groupes défavorisés. En effet, on constate ces dernières années une augmentation sensible des ressources financières et humaines allouées au département chargé de la solidarité. Cependant, l'insuffisance de personnel qualifié dans le domaine de la réadaptation sociale a un effet négatif sur les performances des différentes institutions chargées de la promotion des groupes marginalisés tels que les handicapés et les enfants de la rue.

En dépit des actions, la faiblesse de la coordination et collaboration entre les partenaires dans ce secteur réside d'une part dans l'absence de statistiques disponibles sur l'ampleur des problèmes sociaux, et d'autre part dans le suivi de la réalisation des objectifs. Or, il semble difficile d'élaborer une planification sociale dans ce sens si les indicateurs sociaux font défaut, ce qui met en exergue les problématiques de la recherche sociale et d'un système de collecte des données de routine dans ce domaine.

c) Au niveau de l'extension de la couverture et de la qualité des services

Depuis 1994, on assiste à la création des structures d'accueil et de placement familial s'occupant essentiellement des enfants abandonnés et orphelins. Cette situation est seulement perceptible à Bamako. Cinq associations ont

été créées : Association Rayons Soleil Mali, Rayons Soleil France, Association Partage Solidarité avec les Enfants du Mali, les Amis de Bintia, l'association NEJICE SO. A Mopti et à Sanankoroba (Koulikoro), VESOS Mali a ouvert des villages d'accueil pour enfants orphelins, abandonnés ou de parents malades mentaux.

La plupart des institutions d'accueil pour enfants ont été créées dans les cinq dernières années et se trouvent concentrées à Bamako. S'il est reconnu que des associations et ONG nationales interviennent dans la sensibilisation et l'information des citoyens sur leurs droits, il faut noter que la majorité de celles-ci aussi atteignent peu les zones rurales. En dépit des efforts fournis, l'immense majorité des enfants en situation difficile n'est pas encadrée ou prise en charge par les institutions existantes. Il faut rappeler qu'il n'existe presque pas d'institutions de prise en charge concernant les femmes en situation difficile.

L'éducation préscolaire et spéciale a été concernée avec la construction et l'équipement d'une école de sourds et sourd-muets, l'aménagement d'un terrain de sport pour aveugles et déficients visuels à Bamako, l'équipement du centre de réadaptation pour handicapés physiques, du centre médico-psychopédagogique de l'Institut des jeunes aveugles et de la Direction Nationale de l'Education Préscolaire et Spéciale. Le nombre de structures est passé de 153 en 1994 à 493 en 1996. Les infrastructures pour enfants handicapés sont au nombre de 34 et se répartissent entre les régions de Segou et de Gao et le district de Bamako qui détiennent la majorité.

Si la Constitution du Mali reconnaît le droit à la protection sociale pour tous, force est de constater que les structures et mécanismes existants ont un impact limité car réservés à une couche infime de la population : celle des salariés. Il s'agit de l'Institut National de Prévoyance Sociale (INPS) et la Caisse des Retraites du Mali (CRM). Outre les soins pré-nataux, ces caisses font des prestations d'allocations familiales.

L'immense majorité (80-90 %) de la population ne bénéficie pas d'un système approprié de protection sociale. C'est un problème particulièrement grave pour les femmes parce qu'elles sont concentrées dans le secteur informel (dont non-salarié et non couvert par l'INPS et la CRM). De plus, car l'espérance de vie des femmes est plus longue que celle des hommes, ce sont les femmes qui ont besoin d'une sécurité assurée et plus longue dans leur vieillesse. Par ailleurs, la sécurité sociale généralisée n'existe pas. Dans ce contexte, les enfants handicapés ne bénéficient pas de mesures spécifiques en termes d'allocations spéciales ou de prise en charge systématique en ce qui concerne l'accès aux soins, à l'éducation spéciale et aux autres services de base.

Tableau :
Répartition des infrastructures sociales par secteur, 1996

Types d'infrastructures	Secteur	
	Public	Associatif
Services sociaux de cercle	52	
Centre de développement communautaire	4	23
Centre d'accueil et de placement familial	1	
Centre d'accueil pour enfants abandonnés		3
Centre d'hébergement pour jeunes et enfants en difficulté	2	
Centre de rééducation pour handicapés physiques	1	3
Centre médico-psychopédagogique		1
Institut des Jeunes Aveugles		2
Centre d'économie pour enfants de la rue		2
Foyer pour enfants de la rue		4
Centre formation professionnelle pour handicapés		1
Villages d'enfants SOS		21 (en chantier)
Institut des jeunes sourds		1
Centre d'observation et de rééducation	1	
Total	59	44

Source : Dns 1996

Tableau
Répartition des enfants par région, 1992-1993

Région	Nombre d'enfants dans les institutions sociales
Koulikoro	104
Segou	16
Gao	56
Bamako	1.146
Total	1322

Source : Ministère des Finances, de l'Economie, et du plan, 1992

Le PNLS met actuellement l'accent sur la décentralisation et la multisectorialité des interventions de lutte contre les MST et le SIDA. Le PNLS a, parmi ses objectifs pour le PMT2, renforcé les ressources humaines des cadres du PNLS, des intervenants nationaux dans les régions et les cercles. Cette formation portera sur l'acquisition de techniques spécifiques dans l'IEC, le counselling, le traitement des MST, etc. afin d'améliorer la qualité des services disponibles pour les personnes atteintes et les groupes cibles (jeunes, prostituées, migrants, militaires, prisonniers, personnel socio-sanitaire, tradipraticiens, leaders de la communauté et population en général).

Justice

a) Au niveau des mesures institutionnelles

Selon la loi n° 86-98, les enfants bénéficient de ce que l'on appelle un privilège de juridiction, c'est-à-dire que les enfants de moins de 18 ans ne sont pas justiciables des juridictions de droit commun. Ainsi, en fonction de leur spécificité, la loi a créé des juridictions spéciales devant connaître des infractions à la loi pénale commises par les mineurs suivant des procédures dérogatoires au droit commun et des peines en fonction de leur âge : il s'agit du juge des enfants, du tribunal pour enfants, de la chambre spéciale des mineurs, et de la cour d'assises des mineurs.

La réforme de 1990 n'autorise plus les parents à faire admettre leurs enfants difficiles à leurs seules demandes au Centre d'Observation et de Rééducation de Bollé sans décision de la justice.

b) Au niveau de l'extension de la couverture et de la qualité des services

Pour l'instant, il n'y a qu'un seul juge d'enfants qui soit fonctionnel dans le ressort du tribunal de première instance de Bamako. Il ne couvre géographiquement que la commune III du District de Bamako. Il y a donc un besoin pressant d'en instituer auprès des autres communes du district de Bamako surtout quand on sait que c'est au niveau de ces quartiers périphériques, pour la plupart dépourvus d'infrastructures socio-sanitaires et éducatives, que le taux de délinquance est le plus élevé.

Le Centre d'Observation et de Rééducation de Bollé (CORB), ouvert en 1963, est l'unique centre dont la mission est de récupérer les mineurs délinquants ou les rééduquant et en leur assurant une formation professionnelle en vue de faciliter leur réinsertion sociale. Pour mieux assurer sa mission, le CORB doit être doté en personnel d'encadrement qualifié et suffisant : éducateurs, assistants sociaux, psychologues, formateurs, infirmiers, etc.,

et en équipements adéquats. Il y a lieu aussi d'envisager à moyen terme la création d'un centre d'internement pour les filles mineures délinquantes car Bollé ne reçoit que des garçons.

Gouvernance/administration

a) Au niveau des mesures institutionnelles

En mai 1993, une Commissaire à la Promotion des Femmes a été nommée et en 1996 un Commissaire à la Jeunesse, ayant rang de ministre qui reçoit pour mission d'assister le Premier ministre dans la conception et la coordination de la mise en œuvre de la politique nationale de promotion des femmes et des jeunes, respectivement.

b) Au niveau de la gestion du système: capacité du gouvernement et rôle des communautés

Le code électoral et la Charte des Partis ne sont pas discriminatoires à l'encontre des femmes mais il reste que les femmes sont sous-représentées dans les hautes instances de décision de l'Etat. Par exemple, l'assemblée nationale a seulement 2,6 % de femmes. En revanche, il existe une volonté politique de faciliter la participation des femmes dans la vie publique. Une manifestation de cette volonté est la création du Commissariat à la Promotion des Femmes en 1993 avec ses démembrements régionaux. Ce Commissariat a été doté de structures de concertation impliquant tous les intervenants du secteur. Il comprend 5 chargés de mission et des délégués ministériels placés auprès de certains ministères.

De nombreuses autres structures administratives interviennent dans la conduite des actions de promotion des femmes. Ainsi, en matière d'éducation, la DNAFLA comporte une Division de Promotion Féminine chargée de mettre un accent particulier sur l'alphabétisation des femmes. La Direction Nationale de l'Action Coopérative a une section féminine chargée de promouvoir les associations rurales et urbaines en aidant les populations à s'organiser et à gérer les activités de développement.

Le processus de démocratisation enclenché à la suite des événements de mars 1991 se poursuit au niveau de la gestion des droits de la personne avec la forte implication des associations et ONG nationales et internationales qui mènent leurs activités en toute indépendance dans le pays. Il s'agit entre autres : Association Malienne des Droits de l'Homme (AMDH), l'Association des Juristes Maliens (AJM), la Section Malienne d'Amnesty International, le Comité d'Action et de Défense des Droits de l'Enfant et de la Femme (CADEF), l'Association pour la Protection des Droits de la

Femme (APDF), la Coalition Malienne de Défense de l'Enfant (COMADE), etc. Le gouvernement est favorable à toutes actions visant la protection des droits de la personne au Mali. C'est dans cet esprit qu'il faut situer l'espace d'interpellation démocratique qui est un forum qui se tient le 10 décembre de chaque année (Journée de la Déclaration universelle des droits de l'homme).

Emploi

a) Au niveau des mesures institutionnelles

Au niveau de la législation nationale, on peut se référer au nouveau code du travail (1994) dans son article L.187 qui dispose ceci : " Les enfants ne peuvent être employés dans aucune entreprise, même comme apprentis, avant l'âge de 14 ans, sauf dérogation écrite édictée par le ministre chargé du Travail compte tenu des circonstances locales et des tâches qui peuvent être demandées ". Cet article, en conformité avec l'article 32 de la CRC, prévoit une réglementation des horaires et des peines. Le Code du Travail fixe l'âge minimum pour l'emploi des enfants et les conditions de travail (charge maximum à transporter, horaires de travail ; articles 178-187 du Code du Travail).

Récemment, il y eut des changements législatifs par rapport aux droits économiques des femmes au Mali. L'ordonnance n° 92-024 modifiant l'article 16 du Code Général des Impôts a levé la discrimination dont souffraient les femmes en matière d'impôt général sur le revenu. La lecture récente du Code du Commerce a levé l'autorisation maritale pour pouvoir exercer le commerce tel qu'indiqué à l'article 37 (1) (3) du Code du Mariage.

3.3.4 Conclusion sur le concept protection

Le Plan Triennal d'Action Sociale (1992-1994) a pris en compte les besoins des enfants et des femmes tels qu'exprimés dans les deux PAN (femmes et enfants). La réduction des disparités et la lutte contre l'exclusion ont été de plus en plus intégrées dans le choix des objectifs et mesures préconisées. Mais elles sont muettes sur les degrés de prise en charge de la réduction des disparités et de l'exclusion. Autant les objectifs à atteindre restent vagues dans la politique de solidarité, autant il est difficile de préciser les objectifs dans ce domaine. En effet, la Protection couvre plusieurs domaines à la fois de façon complexe. Ainsi, on y trouve les questions liées à la santé, à la justice, au développement et à l'épanouissement de la famille et de l'individu. La différence entre la protection, la survie et le développement,

est le fait que la famille constitue le cadre de référence principal pour des interventions. Les problèmes de protection de l'enfant et de la femme sont liés intimement à la vie familiale. Or, les politiques dans ce domaine doivent intervenir dans ce qui a été traditionnellement considéré comme " privé ". La ratification des deux conventions ayant changé cette perception, il faut promouvoir les mesures législatives et administratives sans porter atteinte au rôle important que joue la famille en tant que fondement de l'unité de la société.

Les politiques nationales ont essayé de faire cette balance difficile dans les domaines tels que la santé, l'emploi, la justice et surtout la solidarité. Cependant, les politiques de protection telles qu'elles existent présentent des insuffisances liées à la jeunesse de leur intervention. Des difficultés énormes existent pour la mise en œuvre des politiques d'action sociale en faveur des enfants et des femmes : insuffisance de personnel qualifié ; sous-équipement des institutions comme Bollé ; insuffisance des textes législatifs ; marginalisation des enfants et femmes en situation difficile ; inexistence d'un système de collecte de données de routine. Cet état de fait rend très difficile la planification des programmes, l'identification des groupes cibles et la définition des stratégies.

Au-delà des intentions politiques et malgré les résultats positifs enregistrés dans certains domaines particuliers de l'action sociale, la situation actuelle est caractérisée par : l'imprécision des contours d'une véritable politique nationale cohérente ; le statut privilégié du secteur santé au détriment du secteur social dans le cadre institutionnel et organisationnel dans lequel l'action sociale a évolué ; l'insuffisance des activités de recherche opérationnelle et de collecte des données statistiques. Donc, les priorités dans ce secteur n'ont été ni dégagées ni hiérarchisées de façon systématique. Au niveau des mesures institutionnelles, le retard dans l'élaboration du Code de la Protection Sociale de la Famille et le Code de Protection et du Bien-être de l'Enfant reste un obstacle.

On peut retenir aussi que la coordination des actions entre les structures étatiques (DNAS et INPS) d'une part et d'autre part entre celles-ci et les associations de bienfaisance est insuffisante. Cette insuffisance au niveau de la gestion du système est le résultat de l'absence d'une politique cohérente. Étant donné le rôle crucial que jouent les associations et ONG dans ce domaine en particulier, l'harmonisation des interventions devient obligatoire. À cet effet, il s'avère nécessaire d'établir un schéma de collaboration et de coordination entre les intervenants chargés des prestations sociales.



4 Perspectives pour l'an 2000 et au-delà

Dans cette section, les perspectives sont tout d'abord traitées en terme de priorités et domaines d'action pour le Mali en ce qui concerne la survie, le développement et la protection. Les domaines d'actions prioritaires ont été formulés compte tenu du contexte socio-économique et politique du Mali, de l'analyse des indicateurs, de l'analyse causale des grands problèmes identifiés et enfin d'une appréciation du cadre des politiques nationales et leur mise en œuvre.

La seconde partie pose les grandes questions liées à l'interface des politiques nationales et le processus de décentralisation en cours ainsi que de l'importance du rôle et la participation des communautés dans ce processus. La section conclut sur le rôle des partenaires au développement et l'importance de la concertation dans leur appui aux efforts de développement tels que définis par le Mali.

4.1 Priorités et domaines d'action pour le Mali

La survie

1. Améliorer la qualité des soins et poursuivre l'extension de la couverture par :

- création de CSCOM,
- revitalisation de CSA,
- organisation et renforcement du système de référence ;

2. Renforcer les capacités nationales pour assurer la gestion et la maîtrise du développement du système de santé intégré et décentralisé ;

3. Pérenniser le système de santé par le renforcement de son financement à travers le système de partage des coûts et des solidarités nouvelles à développer et à organiser ;

4. Renforcer la participation de la population et plus spécifiquement des femmes ;

5. Renforcer le système d'approvisionnement en eau potable, les pratiques d'hygiène et les mesures d'assainissement ;

6. Promouvoir les comportements positifs pour la santé de l'enfant et de la femme en particulier pour : la TRO, l'allaitement maternel, les maternités sans risque, les MST/SIDA, l'abandon de la pratique de l'excision.

Le développement

1. Développement de l'accès à l'éducation de base, avec l'emphase particulière sur la scolarisation des filles et l'alphabétisation des femmes ;

2. Amélioration du rendement du système de l'éducation de base (rendement interne : qualité et rendement externe : insertion socio-économique) ;

3. Renforcement du système de gestion de l'éducation de base : redéfinition de la mission, de la structure ; restructuration des services selon le nouveau contexte ; création des conditions d'une meilleure gestion des ressources (humaines, matérielles, informationnelles) ;

4. Consolidation des sources de financement des services et création des nouvelles sources endogènes ;

5. Création/renforcement de mesures visant à réduire la disparité entre garçons/filles, hommes/femmes en vue de faciliter chez la femme/fille l'accès au travail, au crédit, aux activités politiques et autres activités économiques.

La protection

1. Réforme et renforcement du cadre légal (mettre l'emphase sur le contrôle du marché de la pornographie, de l'alcool, du trafic des stupéfiants, de la prostitution, et du travail des femmes et des enfants) ;

2. Développement d'un système d'information judiciaire et sociale ;

3. Appui au développement du mouvement associatif pour la défense et la promotion des droits de l'enfant et la femme ;

4. Renforcement des compétences /capacités des acteurs ;

5. Mettre en place des mesures spécifiques en faveur des groupes de femmes/enfants nécessitant une protection spéciale.

4.2 Interface entre les politiques de développement social et la décentralisation

Dans le cadre de la responsabilisation des collectivités locales, le Mali vient d'adopter la décentralisation comme perspective d'auto-administration locale. Celle-ci est une opportunité pour les populations organisées en collectivités territoriales de prendre directement en charge leurs affaires et de résoudre en fonction des spécificités locales. A cet égard, l'Etat transfère certaines de ses compétences actuelles, ainsi que les moyens y afférents aux CTD. Ainsi, la Mission de Décentralisation a-t-elle entrepris sur la base de concentrations villageoises, le redécoupage administratif territorial. Au terme de la loi n° 93-008 du 11 février 1993, les conditions de la libre administration des collectivités locales ont été adoptées. En tant que telle, elle sert de matrice aux dispositions législatives et réglementaires complémentaires.

La décentralisation, en procédant à un transfert de compétences dans certains domaines cibles, amène à s'interroger sur l'articulation des politiques nationales énoncées entre elles ainsi que sur la définition et le niveau d'articulation de ces politiques au niveau régional et local.

La problématique du développement régional et local, harmonieusement intégrée aux grands objectifs du développement national, constitue aujourd'hui un des enjeux majeurs du développement durable.

Le cadre de cohérence des politiques sectorielles :

La mise en adéquation des politiques sectorielles suscitées à cet égard devrait s'opérer à travers le programme quadriennal de développement social et culturel 1994-1997 dont les grandes orientations ont été définies par le Commissariat au Plan suite à la décision du Conseil des ministres en sa session du 31 mars 1993. Cet effort est cependant resté sans lendemain pour des raisons diverses. En lieu et place, un document cadre de politique économique et financière a été adopté dans le cadre du PAS.

Dans le domaine relatif aux grandes orientations du programme quadriennal, l'on relève le constat que la conduite de la politique économique et sociale du Mali est marquée par la coexistence de plusieurs cadres ou programmes élaborés parallèlement et selon différentes approches et, de ce fait,

leur mise en œuvre et leur suivi posent des problèmes de coordination et d'articulation. En outre, il n'y a pas de planification transversale sur la base des schémas-directeurs/plans d'action sectoriels, de même qu'il n'y a pas de vision consensuelle globale à moyen et à long terme de la société malienne. Il apparaît dès lors une nécessité d'harmoniser et d'intégrer les différentes approches et d'élargir leur base de concertation à travers l'élaboration d'un Plan National de Développement.

Cette recherche de cohérence renvoie elle aussi à des questions d'actualités de la politique de décentralisation que sont :

- la coordination planification/décentralisation (au plan institutionnel) ;
- la planification décentralisée et les questions d'analyse prospective du développement.

La prise en charge de cette dimension imposera des réformes institutionnelles au regard de la décentralisation et partant, une clarification des fonctions à exécuter aux différents niveaux. A l'heure actuelle, elle présuppose une meilleure définition de l'articulation planification-décentralisation.

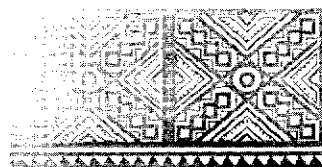
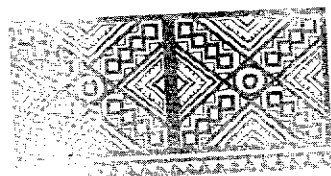
Les questions d'interface entre les politiques sectorielles :

Les éléments-clés d'interface se présentent ainsi :

- la participation communautaire et le financement des plans et programmes ;
- le transfert de compétences et les questions de ressources humaines ;
- la problématique de la communication (IEC-mobilisation sociale).

La décentralisation se traduira par une participation plus importante des populations à travers les collectivités locales décentralisées. Les CTD seront gérées démocratiquement par les populations elles-mêmes à travers des élus locaux plus autonomes et plus responsables de leurs actes. Ainsi, pour une circonscription donnée, les CTD couvrent non seulement toutes les activités socio-économiques mais aussi politiques tant en ce qui concerne les affaires locales que les affaires nationales par le truchement du Haut Conseil des Collectivités Territoriales.

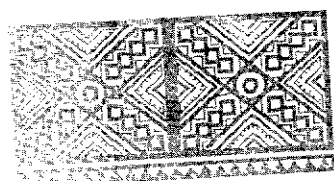
Cependant, à cause de la limitation de ressources cessibles par l'Etat (subvention) et nonobstant les disparités économiques régionales, la question du financement des dépenses d'éducation, de santé, d'approvisionnement en eau, etc. constituera une préoccupation majeure des ménages.



Problème 6 : Faible performance des services de santé, faible accès aux services de santé	87
Survie - Forces et Faiblesses Sectorielles	110
Développement	
Taux Bruts et Nets de Scolarisation 1994-1995	116
Problème 1 : Faible taux de scolarisation	119
Problème 2 : Faible rendement interne, faible efficacité du système éducatif	122
Problème 3 : Faible taux d'alphabétisme des populations, surtout des femmes	125
Problème 4 : Faible participation des femmes dans la vie publique et politique et à l'emploi salarié	128
Développement - Forces et faiblesses Sectorielles	145
Protection	
Problème 1 : Faiblesse de l'exercice et de la jouissance des droits civils de l'enfant	152
Problème 2 : Caractère discriminatoire des textes législatifs et réglementaires et les pratiques coutumières à l'égard des femmes	155
Problème 3 : Violence physique et morale contre les femmes et les enfants	158
Main d'œuvre moins de 15 ans en % de la main d'œuvre totale (du DHD)	159
Problème 4 : L'exploitation économique sociale des enfants et des femmes	164
Problème 5 : La dégradation des mœurs et son impact sur les enfants et les femmes	166
Répartition des enfants selon type d'enfance	168
Problème 6 : Faible protection et prise en charge des besoins spécifiques des groupes marginalisés et défavorisés	171
Répartition des infrastructures sociales par secteur, 1996	177
Répartition des enfants par région, 1992-1993	177

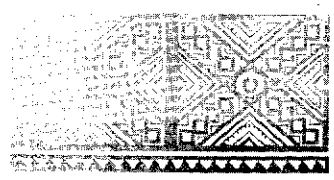
Liste des Sigles

AEP	Approvisionnement en Eau Potable
AGETPE	Agence des Travaux d'Investissement Public et d'Exécution
AIM	Association des Juristes Maliennes
AMALDEM	Association Malienne de Lutte Contre les Déficiences Mentales
AMAMM	Association Malienne des Malades Mentaux
AMDH	Association Malienne des Droits de l'Homme
AMPHP	Association Malienne pour la Protection des Handicapés Physiques
ANRM	Assemblée Nationale de la République du Mali
APDF	Association pour la Protection des Droits de la Femme
ARSEM	Association Rayon Soleil du Mali
ASACO	Association de Santé Communautaire
ASSEP	Association des Editeurs de Presse
BCG	Vaccin contre la tuberculose
BIT	Bureau International du Travail
Bko	Bamako
CA/ODEM	Cellule Audiovisuelle de l'Opération Développement
	Elevage Mopti
CADEF	Comité d'Action et de Défense des Droits de l'Enfant et de la Femme
CAP	Centre d'Apprentissage Pédagogique
CAPF	Centre d'Accueil et de Placement Familial
CED	Centres d'Education pour le Développement
CEDAW	Convention on the Elimination of all Forms of Discrimination Against Women
CESPA	Centre de Services de Production Audiovisuelle
CFI/ORM	Centre de Formation de l'Opération Riz Mopti
CFA	Communauté Franco-Africaine
CPEP/CEF	Certificat d'Etude Primaire du Cycle de l'Enseignement Fondamental
CMDT	Compagnie Malienne de Développement des Textiles
CMT	Code du Mariage et de la Tutelle
CNI	Centre National d'Immunisation
CNIECS	Centre National d'Information, Education, Communication pour la Santé



CNPC	Centre National de Production Cinématographique
COMADE	Codition Malienne de Défense de l'Enfant
CONACOPP	Conseil National de Coordination des Programmes de Population
CORB	Centre d'Observation et de Rééducation de Bollé
CPF	Commissariat à la Promotion des Femmes
CPS	Cellule de Planification et Statistique
CRC	Convention on the Rights of the Child
CRHP	Centre de Rééducation des Handicapés Physiques
CRM	Caisse des Rentes du Mali
CSA	Centre de Santé d'Arrondissement
CSCOM	Centre de Santé Communautaire
CTSP	Comité de Transition pour le Salut du Peuple
DCI	Dénomination Commune Internationale
DHD	Développement Humain Durable
DIEPA	Décennie Internationale d'Eau Potable et d'Assainissement
DIPRESCOM	Direction de la Presse Communautaire
DNAFLA	Direction Nationale de l'Alphabétisation Fonctionnelle et de la Linguistique
DNAS	Direction Nationale des Affaires Sociales
DNSI	Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique
DRAS	Direction Régionale des Affaires Sociales
DSFC	Division de la Santé Familiale et Communautaire
DTCOq	Diphthérie, Tétanos, Coqueluche
EBC	Enquête Budget Consommation
EDM	Energie du Mali
EDS I et II	Enquête Démographique et de Santé I (1987) et II (1995)
EMCES	Enquête Malienne de Conjoncture Economique et Sociale
ENMP	Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie
ENSUP	Ecole Normale Supérieure
EPA	Etablissement Public à Caractère Administratif
EPS	Educational Pour la Santé
EPT	Suivi Permanent de l'Education pour Tous
ESSC	Equipe Socio-Sanitaire de Cercle/Commune
ESSR	Equipe Socio-Sanitaire de Région
FASEF	Fonds d'Action Sociale pour l'Education Familiale
FEMAH	Fédération Malienne des Associations pour Personnes Handicapées

GIE	Groupe Inter-Institutionnel de Formation
GIF	Haut Commissariat des Réfugiés
HCR	Indice de Développement Humain
IDH	Information, Education, Communication
IEC	Institut d'Economie Rurale
IER	Institut des Jeunes Aveugles
IIA	Institut National de la Prévoyance Sociale
INPS	Institut National de Recherche en Santé Publique
INRSP	Indice National de Variations
INV	Institut Polytechnique Rural
IPR	Indice Synthétique de Fécondité
ISF	Kilohz Rediffusion
KTV	Laboratoire National de Santé
LNS	Médicaments Essentiels
ME	Ministère de l'Education de Base
MEB	Ministère des Finances et du Commerce
MFC	Ministère de l'Intérieur et de l'Administration Territoriale
MAT	Ministère des Mines, de l'Energie, et de l'Hydraulique
MMEH	Ministère de la Santé Publique et de l'Action Sociale, Cabinet
MSP-AS CAB	Ministère de la Santé, la Solidarité et les Personnes Agées
MSSPA	Maladies Sexuellement Transmissibles
MST	Nouvelle Ecole Fondamentale
NEF	Organisation Mondiale de la Santé
OMS	Organisation Non-Gouvernementale
ONG	Office National des Postes
ONP	Office de la Radiodiffusion et Télévision du Mali
ORM	Passage Audio-Visuel Malien
PAM	Plan d'Action Nationale pour la Survie, le Développement et la Protection de l'Enfant
PAN	Plan d'Action Nationale sur l'Alimentation et la Nutrition
PANAN	Projet d'Amélioration de la Qualité de l'Education
PAQE	Programme d'Ajustement Structurel
PAS	Présidence du Conseil du Gouvernement
PASEC	Projet de Développement de l'Education de Base
PCG	Plan de Développement Sanitaire de Cercle/Commune
PDEB	Programme Elargi de Vaccination
PDSO	Planning Familial
PEV	
PF	



Indicateurs		1990		1992		1995		EIDS II 1995 - 1996		EIM/ANICS 1995 - 1996	
		Rural	Urban	Rural	Urban	Rural	Urban	Rural	Urban	Rural	Urban
Taux d'enfants malnutris <5 ans		18.6d	13.0d	13.0e	13.1e	14.8e	40.9c	42.3c	12.2b	9.5b	10.9b
Chronique (taill/âge, retard statural)		16.6d	13.0d	13.0e	13.1e	14.8e	40.9c	42.3c	12.2b	9.5b	10.9b
Aigu (poids/staille : emaciation)		13.6d	13.5d	13.0e	13.1e	14.8e	40.9c	42.3c	12.2b	9.5b	10.9b
Chronique (taill/âge, retard statural)		13.6d	13.5d	13.0e	13.1e	14.8e	40.9c	42.3c	12.2b	9.5b	10.9b
% d'enfants nourris au sein		32.7b	32.6b	32.7c	32.8c	32.7c	32.7c	32.7c	32.7c	32.7c	32.7c
% d'enfants nourris au sein		32.7b	32.6b	32.7c	32.8c	32.7c	32.7c	32.7c	32.7c	32.7c	32.7c
Exclusivement (0-3 mois)		32.7b	32.6b	32.7c	32.8c	32.7c	32.7c	32.7c	32.7c	32.7c	32.7c
Exclusivement (4-6 mois)		32.7b	32.6b	32.7c	32.8c	32.7c	32.7c	32.7c	32.7c	32.7c	32.7c
Plus aliments de sevrage (7-9 mois)		32.7b	32.6b	32.7c	32.8c	32.7c	32.7c	32.7c	32.7c	32.7c	32.7c
Encore allaités (20-23 mois)		32.7b	32.6b	32.7c	32.8c	32.7c	32.7c	32.7c	32.7c	32.7c	32.7c
Taux d'ent. 0 à 5 ans reçu la vitamine A		32.7b	32.6b	32.7c	32.8c	32.7c	32.7c	32.7c	32.7c	32.7c	32.7c
% des ménages utilisant le sel iodé		32.7b	32.6b	32.7c	32.8c	32.7c	32.7c	32.7c	32.7c	32.7c	32.7c
% de la pop. accés à l'eau potable		32.7b	32.6b	32.7c	32.8c	32.7c	32.7c	32.7c	32.7c	32.7c	32.7c
Assainissement		32.7b	32.6b	32.7c	32.8c	32.7c	32.7c	32.7c	32.7c	32.7c	32.7c
% de la pop. ayant accès		32.7b	32.6b	32.7c	32.8c	32.7c	32.7c	32.7c	32.7c	32.7c	32.7c
à des infrastructures d'assainissement		32.7b	32.6b	32.7c	32.8c	32.7c	32.7c	32.7c	32.7c	32.7c	32.7c

	1990		1992	
	H	F	H	F
Indicateurs démographiques				
% de naissances dirigées par une femme	110	110	110	110
Nbre annuel de naissances (milliers)	45.00	46.60	45.00	46.60
Nbre annuel de décès des < 5 ans (milliers)	6.90	7.10	6.90	7.10
Indice synthétique de fécondité	Urban	Rural	Urban	Rural
Taux annuel moyen d'accroiss. de la population urbaine (%)	4.30	23.60	4.30	23.60
Taux brut de natalité	44.90	44.90	44.90	44.90
Taux annuel d'accroiss. de la population	4.76	1.80	4.76	1.80
Prévalence contraceptive (f. en union)				
Utilis. actuelle contracep. (Meth. mod. tous)				
Proportion de population de < 18 ans (%)				
Indicateurs rel. Femmes				
% de la population	109.30	107.00	109.30	107.00
Espr. de vie de fem. en % de celle des hommes	59.00	59.00	59.00	59.00
Taux d'alphab. fém. adult. en % celui des hommes	36.60	37.10	36.60	37.10
Taux d'inscrip. filles en % de celui des garçons	40.00	44.00	40.00	44.00
Main d'œuvre fém. en % main d'ouv. totale	16.40	7.56	16.40	7.56
% femmes dans l'adm. publ.-municipale	2.66	6.46	2.66	6.46
% femmes dans l'Assemblée Nationale	15.06	106	15.06	106
% femmes dans le Conseil Eco. et Social				
% femmes dans la diplomatie				

Indicateurs

	1990			1992			1995			EDS II 1995 - 1996			EIM/MICS 1995 - 1996		
	H	F	T	H	F	T	H	F	T	H	F	T	H	F	T
5 km			15b			30.00									
15 km															
Ratio personnel socio-sanitaire par hab.															
Médecin															
Ingénieur sanitaire															
Administrateur social															
Infirmier d'Etat															
Sage-femme															
Technicien de laboratoire															
Technicien d'assainissement															
Technicien de dev. communaut.															
Infirmier de santé 1 ^{er} cycle															
Taux brut de scolarisation 1 ^{er} cycle	33,20	18,90	26,00	36,18	21,10	28,80	46,90	31,30	39,10						
Taux net de scolarisation 1 ^{er} cycle							35,20	24,50	29,80						
Taux brut d'inscription 1 ^{er} cycle	31,60	18,10	24,80	39,00	22,50	30,70	42,60	31,80	37,10						
Taux net d'inscription 1 ^{er} cycle				17,00	14,00		35,20	24,50	29,80						
Taux d'inscription au second cycle							14,40	7,30	10,90						
Taux de promotion (1 ^{er} cycle)							56,40	54,20	55,60						
Taux de redoublement (1 ^{er} cycle)							35,30	34,90	35,20						
Taux d'abandon (6 ^{ème} année)							8,30	10,90	9,20						
Taux d'inscrip. filles en % de garçons															
Primaire			36,60			37,10			41,04						
Secondaire			40,00			44,00			54,70						
% d'enfants entrés en 1 ^{re} année et ayant terminé le premier cycle de l'EF			25,70			27,60									
Nutrition															
Taux d'enf. avec poids de naissance < 2,5 kg			33,74							31,00		16,00			
Urbain															
Rural										36,4e					
Taux de malnutrition (poids/âge) < 5 ans										29,3e					
Urbain										37,5e					
Rural															
Taux d'enf. malnutris < 5 ans							14,7e	18,3e	14,9e			24,50			
Aigu (poids/taille : émaciation)										15,6e					
Urbain			17,6d	17,9d	17,7d										
Rural					15,4d										



Mobilisation Politique et Sociale pour la Promotion de la Santé : Documentation.

Ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes Agées. Koulouba 1993.

Projet Santé, Population et Hydraulique Rurale : Rapport d'évaluation.

PSPHR /5 évaluateurs. Bamako, Décembre 1994.

Samega D.

Rapport sur la Santé, la Nutrition et la Vaccination de la Population à partir des résultats de l'EMCES 1994.

Bamako, 15 mai 1996.

Tinta S. (INRSP).

Le Financement des Coûts récurrents de la Santé dans le Cercle de Djenné au Mali.

UNICEF /Bamako. Mars 1992.

Toure B., Diarra K., Diakité B D.

Enquête sur les Hôpitaux Nationaux du Mali : Rapport.

Bamako, Avril 1995.

Traore B., Konate M.K. (CULSS, USED, CERPOD).

Enquête Démographique et de Santé au Mali 1987 : Rapport Préliminaire.

Bamako, Février 1988.

Programme Santé Mali/UNICEF 1993 -1997. Une Contribution Essentielle pour les Objectifs du Sommet.

UNICEF /Bamako. Mai 1994.

Analyse de Situation des Femmes et des Enfants au Mali : la Situation Sanitaire de l'Enfant et de la Femme, Document de Travail.

UNICEF /Bamako. Février 1992.

Etude sur la Prévalence de la Carence en Vitamine A chez les Enfants de 6 - 10 ans.

UNICEF /Burkina Faso. Ouagadougou, Juin - Juillet 1989.

DEVELOPPEMENT

Oumar Coulibaly.

Dépense d'Education des Ménages au Mali. Analyse de l'Enquête Malienne de Conjoncture Economique et Sociale 1994.

Banque Mondiale. Bamako, Septembre 1995.

Rapport d'Evaluation République du Mali : Project Sectoriel Transports.

Rapport N° 12082-MLI.

Banque Mondiale. Mai 1994.

Dembélé S.

Etude sur le Logement et l'Equipement des Ménages.

EMCES. Bamako, Mai 1996.

Lockheed and Vespoot.

Improving Primary Education in Developing Countries.

World Bank. Washington, 1990.

Mali : Politique Nationale de Communication pour le Développement.

Ministère de la Culture et de la Communication, PNUD, FAO, Rome 1994.

Rapport du Séminaire Bilan-Programmation 1993-1994.

Ministère de l'Education de Base. DNAFLA. Bamako.

Préparation de la Reentrée Scolaire 1996/1997. L'Education de Base au

Mali de 1994 à 1997 (Evolution et Mesures Envisagées).

Ministère de l'Education de Base. Bamako, Mai 1996.

L'Enseignement Fondamental au Mali : Indicateurs 1995 (draft).

Ministère de l'Education de Base. Bamako, Janvier 1996.

La Nouvelle Ecole Fondamentale (Référentiel). Document de Travail.

Ministère de l'Education de Base. Bamako, Février 1995.

Consolidation des Options de Base de la NEF : Bilan des Trois Séminaires-Ateliers de Facilitation. Rapport d'étape réalisé par l'UNESCO suite aux recommandations du 3^e séminaire.

Ministère de l'Education de Base. Bamako, Novembre 1995.

L'Etude des Contraintes à la Scolarisation des Filles au Mali.

Ministère de l'Education de Base. Bamako, Novembre 1994.

Recueil des Textes Statutaires des Services Publics.

Ministère de l'Emploi, de la Fonction Publique et du Travail. Bamako, 1994.

Bilan d'Emploi : étude sur le Secteur Moderne 1995.

Ministère de l'Emploi, de la Fonction Publique et du Travail et l'Observatoire de l'Emploi de la Formation. Bamako.

Plan d'Actions 1995-1997.

Ministère de l'Urbanisme et de l'Habitat. Bamako, Juillet 1995.

- Enquête sur les Dépenses des Ménages Urbains* : Mai 1985-Juin 1986.
Résultats Définitifs.
 Ministère du Plan. Bamako, Janvier 1989.
- Orivel François, Saïha Doumbia et Xavier Eury.
Etude de Suivi des Diplômés des Enseignements Secondaires et Supérieurs au Mali.
 Ministère de l'Emploi, de la Fonction Publique et du Travail. Bamako, Décembre 1996.
- Rapport Provisoire sur la Politique Nationale du Logement au Mali.
 Stratégie Nationale du Logement au Mali.
 République du Mali, Centre des Nations Unies pour les Etablissements Humains. Bamako, 1993.

PROTECTION

- Black Maggie.
Street and Working Children. Innocenti Global Seminar (15-25 February 1993) Summary Report.
 UNICEF International Child Development Centre, Florence, 1993.
- Etude des Lois et Textes Discriminatoires à l'Égard de la Femme et de l'Enfant au Mali*.
 CADEF. Janvier-Septembre 1994.
- Déclaration de Genève pour les Femmes Rurales*.
 Février 1992.
- Analyse de Situation sur les Enfants de la Rue dans le District de Bamako, Mali*.
 Direction Régionale Action Sociale District de Bamako, Septembre 1993.
- Plan d'Action Annuel 1996 UNICEF-Mali Programme Développement Urbain*.
 Direction Régionale des Affaires Sociales et UNICEF. 1996.
- Politique de Développement Social au Mali Plan Triennal d'Action Sociale 1992-1994. Synthèse Séminaire-Atelier de Relance de l'Action Sociale* 10-17 février 1992. Bamako.
- Direction Nationale de l'Action Sociale. Bamako, 1992.

- Etude sur l'Harmonisation de la Convention Relative aux Droits de l'Enfant et de la Législation Nationale*.
 Mahamat Moussa et Adafiana Noh.
 La Convention et l'Islam : Droits de l'Enfant dans l'Islam.
 Mangu Mohamed Atiaher.
Problématique de la Menchité Enfantine dans le District de Bamako (à l'occasion de l'Assemblée générale de la COMADE).
 DRAS, Août 1996.
- Politique de Développement Social au Mali : Plan Triennal d'Action Sociale 1992-1994. Synthèse Séminaire-Atelier de Relance de l'Action Sociale* 10-17 janvier 1992. Bamako.
- Ministère de la Santé Publique, de l'Action Sociale et de la Promotion Féminine. Bamako, Mai 1992.
- Résultats de l'Enquête sur l'Enfance Handicapée, Déservie et Abandonnée au Mali*.
 Ministère des Finances, de l'Economie et du Plan. Bamako, 1992.
- Etude de Prévalence des Maladies Sexuellement Transmissibles et des Infections à VIH au Mali. Rapport Final*.
 Ministère de la Santé, de la Solidarité, et des Personnes Agées. Bamako, Août 1995.
- Résolutions Générales de l'Atelier sur la Codification d'un Droit de l'Enfant en Harmonie avec la Convention Relative aux Droits de l'Enfant*.
 Juin 1993.
- Ministère de la Justice. Bamako.
- Plan d'Action National de Lutte Contre les MST et le SIDA. Juillet 1994-décembre 1996*.
 Ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes Agées. Bamako, Juin 1994.
- Dr. Belco Kodio.
Revue de la Littérature et Synthèse des Connaissances de l'Infection par le VIH et le SIDA au Mali (1983-1992).
 Ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes Agées. Bamako, Août 1993.

Revue Interne des Activités du Programme National de Lutte Contre le SIDA au Mali, juillet 1994-mai 1996.
Ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes Agées. Bamako, Juin 1996.

Agenda 1996 : Projet MST/SIDA.
Plan International Mali. Bamako.

Tinga Sow.
Rapport d'Evaluation du Programme de Sensibilisation UNICEF/Radios sur le SIDA.
UNICEF/Mali. Bamako, Juin 1993.

Dr. Bréhima Tounkara.
Etude sur les Habitudes et Pratiques Educatives Concernant les Jeunes Enfants dans la Bande Sahélienne au Mali.
UNICEF/Mali. Bamako, Septembre 1994.

GENERAL

Programme de la Coopération Mali-Banque Mondiale.
Banque Mondiale. Bamako, 1995.

Synthèse des Débats sur l'Amélioration des Projets.
Banque Mondiale. Bamako, Novembre 1995.

Cadre Stratégique d'Intervention de la Banque Mondiale au Mali.
Banque Mondiale. Bamako, Novembre 1995.

Mali : Evaluation des Conditions de Vie.
Banque Mondiale. Bamako, 1993.

Black Maggie.
Monitoring the Rights of Children. Innocenti Global Seminar (23 May-June 1994)
Summary Report. UNICEF International Child Development Centre, Florence, 1994.

Rapport National sur la Situation des Femmes au Mali. Rapport préparé pour le IV^e Conférence Mondiale sur les Femmes : Lutte pour l'Egalité, le Développement et la Paix.
Commissariat à la Promotion des Femmes. Bamako, Novembre 1994.

Plan d'Action Pour la Promotion des Femmes.
Commissariat à la Promotion des Femmes. Bamako, Janvier 1996.

Enquête Nationale sur les Activités Economiques des Ménages (Enquête Secteur Informel) 1989, Vol. 0 : Résultats Bruts.
Commissariat au Plan. Bamako, Avril 1994.

Bulletin sur le Suivi des Indicateurs de la Situation des Enfants et des Femmes.

Commissariat au Plan. Bamako, Décembre 1993.

Oumar Coulibaly.

Enquête Malienne de Conjoncture Economique et Sociale 1994 (EMCES-1994) : Analyse du Volet Emploi et Chômage.

Commissariat au Plan. Bamako

Bulletin sur le Suivi des Indicateurs de la Situation des Enfants et des Femmes.

Commissariat au Plan. Bamako, Novembre 1994.

Enquête Malienne de Conjoncture Economique et Sociale 1994 (EMCES-1994) : Résultats.

Commissariat au Plan. Bamako.

Kadidia Daou Konaré.

Enquête Malienne de Conjoncture Economique et Sociale 1994 (EMCES-1994) : Thème 7 : Situation des Femmes.

Commissariat au Plan. Bamako

Mamadou Magassa.

Etude sur les Revenus et les Dépenses de l'Enquête Malienne de Conjoncture Economique et Sociale 1994 (EMCES-1994).

Commissariat au Plan. Bamako

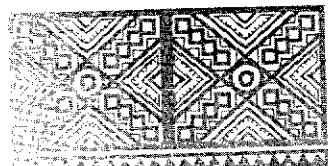
Ishaga Coulibaly, Yoro Diakité.

Rapport Final : Analyse des Indicateurs sur la Situation des Enfants et des Femmes au Mali (1990-1995).

Commissariat au Plan. Bamako, Novembre 1995.

Aboumediane Touré.

Enquête Malienne de Conjoncture Economique et Sociale 1994 (EMCES-1994) : Analyse des Résultats des Thèmes : Avoirs Agricoles des Ménages, Activités des Entreprises non-Agricoles par les Ménages, Rapport Provisoire.
Commissariat au Plan. Bamako, Novembre 1995.



- Amadou Dao.
Enquête Malienne de Conjoncture Economique et Sociale 1994 (EMCES-1994) : Frequentation Scolaire, Niveau d'Instruction et Alphabétisation. Commissariat au Plan. Bamako, Mars 1996.
- Bilan Diagnostic du Développement Humain Durable au Mali.* Commissariat au Plan. Bamako, Décembre 1995.
- Contexte et Effets de la Dévolution du Frane CFA à partir de l'Enquête Malienne de Conjoncture Economique et Sociale.*
- Dougnon Demise.
La Situation de l'Enfant au Mali. UNICEF. Mai 1984.
- Enquête à Indicateurs Multiples au Mali (EIM) 1996. Rapport d'Analyse (préliminaire).*
- Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique (DINSI). Bamako, Décembre 1996.
- Keita Broulaye et Nathalie Garon.
Rapport Final : Etude sur les Droits de l'Enfant au Mali.
- Aide à l'Enfance Canada. Bamako, Décembre 1993.
- Contes Mythes et Légendes au Service de la Communication Moderne.* La Sahélienne. UNICEF. Bamako.
- Comptes Economiques du Mali Séries Révisées 1980-1991, Résultats Provisoire 1992. Résultats Prévisionnels 1993-94.*
- Ministère de l'Economie, des Finances et du Plan. Bamako, Octobre 1993.
- Cadrage Macro-Economique. Rapport Final.*
- Ministère d'Etat Chargé de l'Education Nationale. Bamako, Avril 1993.
- Document Cadre de Politique Economique et Financière à Moyen Terme (1995-1997).*
- Ministère des Finances et du Commerce. Bamako, Février 1994.
- Première Réunion de la Commission Interministérielle de Suivi du Plan d'Action National de l'Enfance. Paquet de documents.*
- Ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes Agées. Bamako, Novembre 1994.



- Rapport Relatif à l'Amélioration des Statistiques Economiques Financières et Sociales.*
- Ministère du Plan et de la Coopération Internationale. Bamako, Janvier 1992.
- Mise en Place d'un Système de Suivi de la Situation des Enfants et des Femmes. Rapport N° 1.*
- Ministère du Plan et de la Coopération Internationale. Bamako.
- Comptes Economiques du Mali Séries Révisées 1980-1990. Résultats Provisoire 1991. Résultats Prévisionnels 1992-1994.*
- Ministère du Plan et de la Coopération Internationale. Bamako, Avril 1992.
- Quatrième Conférence Mondiale sur les Femmes. Programme d'Action. Rapport de la Grande Commission.*
- Nations Unies. Septembre 1995.
- Charte Africaine des Droits et du Bien-Etre de l'Enfant.*
- Organisation de l'Unité Africaine. Ethiopie. Juillet 1990.
- Annexe au Rapport Impact des Politiques Economiques Sociales sur le DHD au Mali.*
- Kom Expertise. PNUD. Février 1996.
- Impact des Politiques Economiques Sociales sur le DHD au Mali. Rapport.*
- Kom Expertise. PNUD. Février 1996.
- Compte Rendu : Réunion Commission Paritaire Gouvernement-Porteuses N° 2.*
- Présidence de la République. Bamako, Octobre 1995
- Plan d'Action National Pour la Survie, le Développement, et la Protection de l'Enfant.*
- République du Mali. Bamako, Octobre 1992.
- Note de Stratégie Nationale 1997-2001 (draft).*
- République du Mali. Bamako, Mai 1996.
- Rapport Initial du Mali sur la Convention Relative aux Droits de l'Enfant.*
- Document Provisoire.
- République du Mali. Bamako, Octobre 1995.
- Revue à mi-parcours du 5ème Programme du PNUD au Mali (1992-1996).*
- Document Thématique Conjoint Gouvernement/PNUD.
- République du Mali. PNUD. Bamako, 1994.

Suivi de l'Initiative 20%-20% : Restructuration des Budgets Nationaux et de l'Aide Extérieure. Proposition Méthodologique.

UNICEF. New York. Octobre 1995.

L'Initiative 20%-20%.

UNICEF. 1995.

Le Progrès des Nations 1996.

UNICEF. New York. 1996.

Marie-France Langlois

Document Préliminaire : Atelier sur l'Analyse de Situation des Enfants et des Femmes au Mali (Sélingué, mai 1996).

UNICEF/Bamako. Bamako. Mai 1996.

USAID-Mali Results Review January 1st to December 31, 1995.

USAID. Mai 1996.

World Development Report.

World Bank, Washington, D.C., 1996