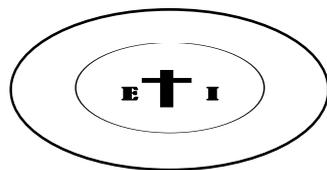


*Subvention Stratégique BR5S-UVKV-T8*



AMPLIFYCHANGE

# Analyse de l'Economie Politique du Secteur DSSR au Mali



Ebenezer International





# Analyse de l'Economie Politique du Secteur DSSR au Mali

Date du rapport final : Mai 2019

Date de Validation par les Task-forces des Pays : Août 2019

## **AVERTISSEMENT**

Les opinions exprimées par les auteurs dans cette publication ne reflètent pas nécessairement celles d'Ebenezer International, du Consortium ou d'AmplifyChange.

## Table des matières

Remerciements.....	4
Sigles & acronymes.....	5
Résumé exécutif.....	7
1. Introduction .....	9
2. Méthodologie.....	10
2.1. Définition des concepts.....	10
2.2. Démarche pour la réalisation de l'étude .....	11
3. Résultats du diagnostic sur le terrain.....	11
3.1. Contexte du pays .....	11
3.1.1. Contexte culturel et historique.....	12
3.1.2. Contexte politique .....	12
3.2. Développement du secteur DSSR.....	14
3.2.1. Historique.....	14
3.2.2. Situation actuelle (parties prenantes, perceptions, législation, rôles formels / informels et mandats des différents acteurs, niveaux de prise de décision) .....	24
3.2.3. Equilibre entre les autorités centrales et locales dans la fourniture de services en rapport avec les DSSR .....	27
3.2.4. Equilibre entre l'appropriation du public et du privé .....	28
3.2.5. Financement du secteur (public, privé, dons, partenariat public privé) .....	29
3.2.6. Participation de la société civile et surveillance citoyenne.....	31
3.2.7. Principaux bénéficiaires des subventions et des services de DSSR .....	33
3.2.8. Principales réformes des politiques de DSSR (succès, résistances, champions clefs, gagnants et perdants des réformes, alternatives).....	33
3.2.9. Défis et opportunités .....	35
3.3. Facteurs de changement dans le secteur .....	37
3.3.1. Idéologies et valeurs contraignant le changement.....	37
3.3.2. Moteurs traditionnels et émergents du changement .....	37
3.3.3. Influence des différents groupes d'intérêt extérieurs à la politique en matière de DSSR : secteur privé, ONG, consommateurs, médias .....	37
3.4. Principaux problèmes et points à prendre en compte dans le secteur .....	38
3.4.1. Inégalités dans le secteur (des groupes sociaux, régionaux ou ethniques particuliers sont-ils moins favorisés?).....	38
3.4.2. Violence basée sur le genre.....	45
3.4.3. Corruption et favoritisme dans le secteur (livraison, achat, attribution des emplois) .....	48
3.4.4. Mécanismes de prise de décision (comment les décisions sont prises, qui est impliqué, les décisions sont-elles mise en œuvre ?).....	48

3.4.5. Difficultés dans la mise en œuvre des décisions (problèmes de la mise en œuvre dus à quels facteurs humains, politiques ou économiques?).....	51
<b>4. Conclusion</b> .....	<b>52</b>
4.1. Qu'est-ce qui fonctionne dans le domaine de la responsabilité dans le secteur?.....	52
4.2. Ce qui ne fonctionne pas encore dans le système: les lacunes, les principaux goulets d'étranglement.....	52
4.3. Recommandations .....	53
<b>Annexe 1 : Structures consultées</b> .....	<b>55</b>
<b>Annexe 2 : Structures de la Task-force</b> .....	<b>55</b>
<b>Annexe 3 : Questionnaire</b> .....	<b>56</b>
<b>Annexe 5 : Bibliographie</b> .....	<b>66</b>

## Remerciements

Ebenezer International souhaite exprimer sa gratitude aux personnes et organisations qui ont rendu cette publication possible. Remerciements à Monsieur Sidiki Koné d'avoir coordonné cette étude ; à Fad Seydou pour avoir été le point focal au Mali. Nous souhaitons également remercier les structures contactées (voir Annexe 1) qui ont bien voulu répondre au questionnaire ; ainsi que les membres de la Task force (voir Annexe 2) pour leur coopération et leur soutien tout au long du processus de la présente étude.

## Sigles & acronymes

AJCAD	Association des Jeunes pour la Citoyenneté Active et la Démocratie
AJM	Association des Femmes Juristes
AMPPF	Association malienne pour la Protection et de la Promotion de la Famille
AMSOPT	Association Malienne pour le Suivi et l'Orientation des Pratiques Traditionnelles
ASACO	Associations de santé communautaire
ASDAP	Association de Soutien au Développement des Activités de Populations
CIDE	Convention Internationale des Droits de l'Enfant
CIPD	Conférence Internationale du Caire sur la Population et le Développement
DFID	Department for International Development
DNS	Direction Nationale de la Santé
DSSR	Droits et santé sexuelle et de la reproduction
EDSM	Etude démographique et de santé du Mali
Equipop	Equilibres & Populations
EV VAEN	Enfants Victimes de Violences, d'Abus, d'Exploitation et de Négligence
FCI	Family Care International
FENASCOM	Fédération locale des associations de santé communautaire
FENASCOM	Fédération nationale des associations de santé communautaire
FERASCOM	Fédération régionale des associations de santé communautaire
GBVIMS	Gender based violence information management system (Système de gestion de l'information sur les VBG)
IRC	International Rescue Committee
IST	Infection sexuellement transmissible
MAJ Mali	Mouvement d'Action des Jeunes du Mali
MICS	Enquête à indicateurs multiples
MPFEF	Ministère de la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille
MSF	Mutilation sexuelle féminine
MSH	Management Sciences for Health
MSI	Marie Stopes International
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
ODD	Objectif de développement durable
OMD	Objectif du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PDDSS	Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social
PF	Planification familiale
PNG	Politique Nationale Genre
PRODESS	Programme de Développement Socio-Sanitaire
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
RENAJEM	Réseau National de la Jeunesse Malienne
RGPH	Recensement général de la population et de l'habitat
SDSP	Santé et Droits Sexuels et de la Procréation
SRAJ	Santé de la reproduction des adolescents et des jeunes
SSR	Santé sexuelle et reproductive
TDR	Termes de reference
TPC	Taux de prévalence contraceptive
UNFPA	Fonds des Nations-Unies pour la Population
UNHCR	Haut-Commissariat des Nations-Unies pour les Réfugiés

UNICEF	Fonds des Nations-Unies pour l'Enfance
VBG	Violence basée sur le genre
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

## Résumé exécutif

Les pays d'Afrique de l'Ouest et d'Afrique australe font face à des nombreux défis : difficultés d'application des textes, difficultés d'interprétation, persistance des violations des droits, persistance d'obstacles médicaux, inefficacité des droits, absence de normes harmonisées en matière de Droits à la Santé Sexuelle et Reproductive (DSSR) conformément aux engagements mondiaux, continentaux et régionaux.

En particulier, le Mali a adopté un nombre important de lois, de programmes, de plans d'actions et de documents de politique nationaux en matière de DSSR. Le pays a également ratifié de nombreuses autres conventions et chartes internationales relatives aux droits et à la santé de la reproduction.

La présente étude sur l'économie politique en matière de DSSR au Mali fait ressortir un certain nombre d'aspects. Des avancées réelles se sont réalisées avec la ratification de ces textes en matière de DSSR.

Il existe toutefois des obstacles et des barrières dans l'application de ces textes. Les croyances pro natalistes sont dominantes. Le taux de VBG reste élevé. Aussi, le financement consacré au secteur reste insuffisant malgré l'existence de plusieurs documents de politiques qui encouragent la maîtrise de la fécondité.

Le budget de l'État consacré à la santé, pendant la période allant de 2004 à 2012, a stagné pendant une quinzaine d'années, autour de 7-8 % du budget d'état. Ceci représente la moitié des 15 % convenus dans la déclaration d'Abuja.

En général, l'Etat est fortement présent dans les prises de décision en matière de DSSR. Bien qu'il y ait eu une responsabilisation des services privés, tout part du public. Avec la création des OSC, une amélioration s'est produite mais beaucoup reste à faire pour améliorer les cadres politique et juridique.

Le ministère chargé de la santé, le ministère chargé de la justice, l'assemblée nationale, les OSC, les ONG, les médias, les leaders traditionnels et religieux ont un niveau d'influence élevé.

Des défis importants restent à relever. Toute solution doit d'abord chercher à briser les obstacles et à prendre appui sur les associations, OSC et ONG qui luttent pour la promotion des DSSR.

Les recommandations pour la formulation des politiques et stratégies en rapport avec les DSSR, la conception de projets ou de programmes DSSR ; pour informer le dialogue et l'engagement avec les partenaires DSSR ; pour la prestation des services DSSR ; sont les suivantes :

- ✓ Appliquer et de faire appliquer les lois déjà existantes en matière de DSSR et légiférer là où il existe des vides juridiques ;
- ✓ Soutenir et d'accompagner la loi par une série de mesures incluant en priorité la sensibilisation et l'éducation, notamment à travers les medias (radio, télévision et journaux, réseaux sociaux et Internet), les ONG et associations et les centres de santé ;
- ✓ Impliquer l'ensemble des acteurs dans les processus d'élaboration des textes ;

- ✓ Informer et sensibiliser les partis politiques, les membres de l'Assemblée nationale et les responsables locaux sur les DSSR.
- ✓ Soutenir les programmes existants de sensibilisation ;
- ✓ Lutter efficacement contre la corruption en milieu médical ;
- ✓ Octroyer un financement adéquat aux services de DSSR ;
- ✓ Continuer et améliorer le suivi/la supervision de la mise en œuvre des décisions en matière de DSSR.
- ✓ Informer et sensibiliser les femmes, les hommes, les adolescents, le personnel de santé, le personnel enseignant, et les leaders d'opinion (chefs de quartier et de village, chef religieux, hommes et femmes influents du milieu, responsables de partis politiques, etc.), les OSC sur les DSSR;
- ✓ Agir sur les normes, croyances, superstitions et stéréotypes communautaires ;
- ✓ Instaurer des espaces de dialogues et d'actions structurés au sein des communautés afin de renforcer les connaissances et les compétences en matière de DSSR ;
- ✓ Diffuser et vulgariser les textes au niveau des écoles et instituts de formation judiciaire, paramédicale et médicale ;
- ✓ Organiser des émissions débat sur les radios, télé portant sur les textes et lois.
- ✓ Renforcer l'accessibilité aux centres de santé ;
- ✓ Renforcer la coordination des actions des différents départements étatiques intervenant dans le domaine des DSSR ;
- ✓ Privilégier les approches intégrées, par exemple DSSR et autonomisation économique.

## 1. Introduction

Les pays d'Afrique de l'Ouest et d'Afrique australe font face à des nombreux défis : difficultés d'application des textes, difficultés d'interprétation, persistance des violations des droits, persistance d'obstacles médicaux, inefficacité des droits, absence de normes harmonisées en matière de Droits à la Santé Sexuelle et Reproductive (DSSR) conformément aux engagements mondiaux, continentaux et régionaux.

AmplifyChange a une Subvention Stratégique qui a pour objectif de :

- 1) Plaider et aider à améliorer la politique et la stratégie DSSR sur les thèmes prioritaires d'AmplifyChange aux niveaux régional et national dans 4 pays subsahariens en Afrique de l'Ouest (Mali, Guinée, Niger, Burkina Faso) ;
- 2) Faciliter le renforcement des capacités, l'engagement et la mise en réseau des organisations de la société civile pour une meilleure mise en œuvre, et le suivi et évaluation de l'impact des politiques en DSSR dans 4 pays subsahariens en Afrique de l'Ouest (Mali, Guinée, Niger, Burkina Faso).

C'est dans ce cadre qu'une consultation a été demandée pour l'analyse de l'économie politique du secteur DSSR avec des recommandations pour le Mali.

### Objectifs de la mission :

- Réaliser l'analyse de l'économie politique du secteur DSSR avec des recommandations pour le Mali dans le but de soutenir les efforts de plaidoyer des Organisations de la société civile pour le Repositionnement de la Planification Familiale en Afrique de l'Ouest Francophone
- Travailler en étroite collaboration avec la Task Force mise en place au Mali dans le cadre de l'Etude, de même qu'avec la Direction des Programmes Internationaux d'Ebenzer International pour identifier et collaborer efficacement avec les parties prenantes clés du secteur DSSR dans le processus de l'analyse de l'économie politique.

### Mandats de la mission :

- Faciliter la mise en place et l'animation de la Task-Force associée à l'étude au Mali ;
- Réunir, analyser et faire la synthèse de la documentation sur les DSSR pertinente pour les besoins de l'étude ;
- Concevoir les formulaires appropriés sur la base de la Proposition Technique du Projet et recueillir les informations pertinentes auprès des parties prenantes de la DSSR et procéder à leur analyse et synthèse ;
- Proposer et faire valider un canevas de rédaction du rapport final sur la base de la Proposition Technique du Projet par la Direction des Programmes Internationaux d'Ebenzer International au moins 15 jours avant la soumission du rapport final ;
- Rédiger en français le rapport final de l'étude et le rapport synthétique du déroulement de l'étude à soumettre à la Direction des Programmes Internationaux d'Ebenzer International ;
- Réaliser les différentes phases de l'étude dans les délais requis, tout en assurant une qualité supérieure des livrables.

Ce rapport présente le développement du secteur DSSR : les parties prenantes, les perceptions des populations, les rôles et mandats des différents acteurs, la fourniture des services, les prises et les niveaux de décision, le financement, les principaux défis, les principales réformes, les opportunités, les succès, les difficultés, les contraintes majeures, les moteurs de changement, l'influence des acteurs. Sur la base de ce développement, des recommandations sont formulées.

## 2. Méthodologie

### 2.1. Définition des concepts

Suivant la définition largement acceptée fournie par Collinson et adoptée par l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) l'OCDE et le « Department for International Development (DFID) », nous définissons l'analyse de l'économie politique comme suit<sup>1</sup>:

« L'analyse de l'économie politique s'intéresse à l'interaction des processus politiques et économiques dans une société: la répartition du pouvoir et de la richesse entre différents groupes et individus et les processus qui créent, maintiennent et transforment ces relations au fil du temps ».

#### Qu'entend-on par Droits à la Santé Sexuelle et Reproductive<sup>2</sup> ?

Le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) de 1994 a été le premier des cadres de développement international à aborder les questions relatives à la sexualité, à la santé sexuelle et reproductive et aux droits en matière de reproduction. Dans son paragraphe 7.2, il définit la santé en matière de sexualité et de reproduction comme un état de bien-être général de l'individu dans sa vie sexuelle et procréative.

La santé et les droits en matière de sexualité et de reproduction (SDSR) consistent en des droits ainsi qu'en des libertés. Ces droits sont définis au paragraphe 7.3 du Programme d'action de la CIPD, qui précise qu'il ne s'agit pas d'un nouvel ensemble de droits de l'homme mais de droits déjà reconnus dans des instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme ayant trait à l'autonomie en matière de sexualité et de reproduction et à la santé dans ces domaines. De plus, en 1995, le Programme d'action de Beijing 4 a étendu cette définition pour couvrir à la fois la sexualité et la reproduction, en affirmant dans son paragraphe 96 le droit des individus d'exercer le contrôle de leur sexualité sans contrainte, discrimination ou violence et de prendre des décisions dans ce domaine. Ces droits ont été réitérés dans divers documents des Nations Unies, notamment dans les documents finals des processus de suivi et d'examen du Programme d'action de la CIPD et du Programme d'action de Beijing.

Les normes concernant la SDSR sont énoncées notamment dans les instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme suivants :

- Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants
- (CCT) ;
- Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale

<sup>1</sup> What is political economy analysis? An introductory text for the ODI workshop on Political Economy Analysis. 23-24

<sup>2</sup> Leçons tirées du premier cycle de l'examen périodique universel. Santé et droits en matière de sexualité et de reproduction : des engagements à l'action. UNFPA

- (CIEDR) ;
- Convention internationale sur la protection des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leur famille (CIDTM) ;
- Convention relative aux droits de l'enfant (CRC) ;
- Convention relative aux droits des personnes handicapées (CRDPH) ;
- Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEFD) ;
- Pacte international relatif aux droits civils et politiques (PIDCP) ;
- Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (PIDESC).

D'autres instruments internationaux et régionaux ainsi que des lois nationales sont eux aussi pertinents dans le domaine des droits de l'homme. En outre, les organes de surveillance des traités des Nations Unies ont étendu le champ d'application des normes relatives aux droits de l'homme au domaine de la SDR, par des interprétations faisant autorité dans leurs observations et recommandations générales ainsi que dans certaines conclusions.

## **2.2. Démarche pour la réalisation de l'étude**

La mission a eu une démarche participative et inclusive selon le schéma méthodologique suivant, construit autour de cinq phases :

1. La première phase a été exécutée à travers les activités suivantes :

- ✓ Prise de contact avec les responsables du projet ;
- ✓ Prise de connaissance du projet et de ses parties prenantes ;
- ✓ Présentation d'un canevas de rédaction validé par Ebenezer International ;
- ✓ Constitution de la Task-Force et le groupe de structures à consulter. Les listes ont été validées par Ebenezer International.

2. La deuxième phase s'est déroulée avec la recherche documentaire et des entretiens avec au moins 10 parties prenantes clés du secteur SDR dont la liste a été validée par Ebenezer International.

3. Troisième phase : Rédaction du rapport d'analyse de l'économie politique et organisation d'une réunion de cadrage finale de l'étude avec la Task-Force pour feedbacks.

4. Quatrième phase : Intégration des commentaires sur le rapport provisoire.

5. Cinquième phase : Production et transmission du rapport final intégrant les feedbacks.

## **3. Résultats du diagnostic sur le terrain**

### **3.1. Contexte du pays**

Le Mali est un pays continental d'une superficie de 1 241 238 kilomètres carrés, situé dans la bande soudano-sahélienne de l'Afrique de l'Ouest. Il partage ses frontières avec l'Algérie au nord,

le Niger et le Burkina-Faso à l'est, la Côte d'Ivoire et la Guinée au sud, le Sénégal et la Mauritanie à l'ouest.

Le Mali comptait une population de 14 528 662 habitants en 2009 selon les résultats du Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH), dont 49,59% d'hommes. La population urbaine représente 22,54% contre 77,46% de ruraux.

La population des jeunes de 10 à 24 ans représentait 4. 462.053 habitants soit 30,71% de la population totale. Les enfants de moins de 5 ans (0 à 4 ans) représentaient 18,06%. L'espérance de vie à la naissance était de 55,6 ans.

La fécondité des femmes maliennes demeure élevée, puisque le nombre moyen d'enfants par femme est estimé à 6,1. La fécondité précoce est élevée : 172 pour 1 000 femmes entre 15 et 19 ans, qui augmente pour atteindre son maximum de 282 pour 1 000 femmes entre 25 et 29 ans et décroît ensuite à 44 pour 1000 femmes aux âges de 45 à 49 ans, selon EDS 2012/2013<sup>3</sup>. Rappelons néanmoins que depuis 2001, année de la troisième EDS, le nombre moyen d'enfants diminue. En effet, de 6,8 en 2001, il est passé à 6,6 en 2006 puis à 6,1 en 2012-13.

### **3.1.1. Contexte culturel et historique**

L'espace auquel appartient le Mali a vu se succéder depuis la fin du IIIe siècle de notre ère jusqu'à la conquête coloniale plusieurs royaumes et grands empires, avec des villes célèbres comme Tombouctou, Djenné, en tant que centres culturels vers lesquels des étudiants du monde se dirigeaient. Plusieurs futurs cadis, savants, hommes de lettres et historiens y étaient formés.

La conquête du pays par la France commence vers 1850 et s'achève avec la prise de Bamako en 1883, de Ségou en 1890, de Nioro en 1891 ; de San, Dienné, Bandiagara en 1893 ; de Tombouctou en 1894 ; de Gao en 1898 et Ménaka en 1916. Le 22 septembre 1960, le Mali proclame son indépendance.

Une vingtaine d'ethnies vivent au Mali. Selon le Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) 2009, les personnes recensées appartiennent majoritairement à la religion Musulmane (94,8%). Les chrétiens (2,4%) et les animistes sont très faiblement représentés.

### **3.1.2. Contexte politique**

Après deux décennies de stabilité politique jugée alors exemplaire notamment avec l'organisation régulière d'élections, depuis 1992, le Mali a vécu la crise politique et économique la plus grave de son histoire en 2012.

Le 17 janvier 2012, une rébellion a été déclenchée au nord du Mali par le Mouvement national de libération de l'Azawad (MNL) aux côtés duquel évoluent des éléments associés à Al-Qaïda au Maghreb islamique (AQMI) dont Ansar Eddine et le Mouvement pour l'unité et le jihad en Afrique de l'Ouest (MUJAO).

---

<sup>3</sup> Enquête Démographique et de Santé (EDSM V) 2012-2013. Cellule de Planification et de Statistiques (CPS/SSDSPF). Institut National de la Statistique (INSTAT). Centre d'Études et d'Information Statistiques (INFO-STAT). Bamako, Mali

La crise institutionnelle et sécuritaire sera aggravée à la suite de la prise du pouvoir, le 22 mars 2012, à quelques semaines des élections présidentielles, par des éléments de l'armée. Ce coup de force été suivi de l'affaiblissement de l'État à Bamako et l'effondrement de l'armée malienne dans la partie nord du pays.

Les groupes armés s'emparent des régions du nord et une partie de la région de Mopti. Le principal groupe rebelle, le MNLA, a unilatéralement déclaré l'indépendance de l'Azawad le 6 avril 2012<sup>4</sup>. Mais, dans son ensemble, la communauté internationale a considéré cette déclaration d'indépendance comme nulle et non avenue.

A Bamako, le pouvoir a été finalement restitué aux autorités civiles suite à une médiation de la Communauté économique des Etats de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO) qui a amené la junte à accepter un accord-cadre<sup>5</sup> le 6 avril 2012, conformément à la Constitution du Mali.

Le 10 avril 2012, le Conseil de sécurité a adopté une déclaration de presse<sup>6</sup> appelant à la mise en œuvre immédiate de l'accord-cadre, souligné son attachement à l'unité du Mali et rejeté toute déclaration d'indépendance.

Le MNLA fusionne avec Ansar Dine, proche d'AQMI, le 27 mai 2012 à Gao. Les deux mouvements armés « proclament leur autodissolution dans l'Azawad » et « créent le Conseil transitoire de l'Etat islamique de l'Azawad »<sup>7</sup>.

Mais cette fusion ne durera pas longtemps. Les groupes armés salafistes (Ansar Dine, AQMI et MUJAO) prirent le dessus sur les indépendantes du MNLA<sup>8</sup>. Ansar Dine, AlQaida au Maghreb Islamique (AQMI) et le Mouvement pour l'Unité et le Jihad en Afrique de l'Ouest (MUJAO) deviennent les principaux maîtres des territoires occupés. L'administration légale y était inexistante et un état islamique indépendant est proclamé au Nord du Mali.

C'est seulement au début du mois de janvier 2013 que le nord du Mali sera libéré des groupes armés. C'était lorsque le Mali a sollicité l'assistance militaire de la France qui, dans le cadre de la résolution 2085<sup>9</sup> des Nations Unies, a engagé ses forces armées, en soutien aux forces de défense et de sécurité maliennes et des pays africains, le 11 janvier 2013.

Les conséquences de l'occupation dans les zones libérées sont énormes et profondes sur les plans sécuritaire, humanitaire, économique et sociale.

La signature à Ouagadougou, le 18 juin 2013, de « l'Accord préliminaire à l'élection présidentielle et aux pourparlers de paix au Mali » a permis d'organiser des élections présidentielles et législatives sur tout le territoire du Mali, en 2013, et de revenir définitivement à une vie constitutionnelle normale.

<sup>4</sup> <http://www.france24.com/fr/20120406-rebelles-touaregs-mnla-independance-nord-pays-mali-azawad>

<sup>5</sup> [http://adema-pasj-allux.com/index.php?option=com\\_content&view=article&id=105:accord-cadre-cedeao-cndre&catid=77&Itemid=435](http://adema-pasj-allux.com/index.php?option=com_content&view=article&id=105:accord-cadre-cedeao-cndre&catid=77&Itemid=435)

<sup>6</sup> <http://www.un.org/News/fr-press/docs//2012/SC10603.doc.htm>

<sup>7</sup> « Mali: le MNLA et Ansar Dine fusionnent », RFI, 27 mai 2012.

<sup>8</sup> « Les indépendantistes touareg doublés par les salafistes », Libération, 9 avril 2012.

<sup>9</sup> <http://www.un.org/News/Press/docs/2012/sc10870.doc.htm>

La crise malienne a entraîné de nombreuses violations des droits humains et a eu un impact fortement négatif sur la santé des populations, surtout celle des filles et des femmes. Il y aura des déplacements de populations ainsi que des nombreuses exactions et violences commises, notamment en direction des filles et des femmes.

Le coup d'Etat militaire de mars 2012 au Mali a entraîné des coupes de financement de l'aide internationale et a ébranlé la mise en œuvre de l'ensemble des programmes et politiques en cours ou prévus. Ainsi, des politiques et programmes sur les DSSR n'ont pas pu être mis en œuvre par manque de moyens.

La grave crise humanitaire explique un changement dans l'orientation des financements qui sont surtout dans l'urgence. Cette situation d'instabilité augmente le besoin en PF notamment chez les déplacés qui ne bénéficient pas de conditions favorables à une grossesse. De même, le changement de l'orientation des financements risque de réduire les capacités d'intervention des acteurs de la PF au Mali.

## **3.2. Développement du secteur DSSR**

### **3.2.1. Historique**

Cette section rappelle le développement du secteur DSSR au Mali, des années 1970 à nos jours. Il prend aussi en compte le développement du secteur sur le plan international.

La limitation des naissances est présente depuis les époques les plus reculées lorsque les conditions de survie obligeaient à restreindre les naissances.

Les tendances idéologiques face à la régulation de la natalité ont changé au fil des années. La première Conférence internationale sur la Population a été organisée en 1927 par la Société des Nations<sup>10</sup>.

C'est à la création, en 1946, de la Commission de la population à l'ONU que les questions démographiques acquièrent une place d'importance sur la scène internationale.

En 1954, la Conférence internationale de Rome a pour objectif de sensibiliser les décideurs aux enjeux démographiques et de promouvoir la collecte statistique.

La rhétorique de la planification familiale revient en force dans le débat international en 1965 à la Conférence internationale sur la Population de Belgrade.

Les Conférences internationales sur la Population se sont suivies : Bucarest, en 1974 où les discussions se focalisent sur le sens de la relation entre fécondité et développement économique; à Mexico, en 1984 ; et au Caire en 1994, lorsque le contrôle des naissances revient sur le devant de la scène, mais sous la forme d'un droit individuel en matière de reproduction et de sexualité.

---

<sup>10</sup> Sarah Vilpert, « De la Planification familiale à la Santé Sexuelle et Reproductive : Une étude de cas ». Université de Genève. Janvier 2008. Faculté des Sciences Economiques et Sociales. Laboratoire de démographie et d'études familiales. Mémoire de maîtrise

Les quinze principes qui guident le Programme d'Action de la Conférence Internationale de la Population et le Développement (CIPD) du Caire, en 1994, ratifiés par tous les participants, reposent sur le droit de chacun à améliorer sa qualité de vie. Le principe numéro sept se rattache à la garantie de l'accès à la santé pour tous, et en particulier celui à la SSR.

La SSR, les principes qui la régissent, les objectifs à atteindre et les mesures à prendre pour y parvenir sont détaillés en cinq thématiques<sup>11</sup> :

- Droits et santé en matière de reproduction ;
- Planification familiale ;
- Maladies sexuellement transmissibles et prévention de la contamination par le VIH ;
- Sexualité et relations entre les sexes ;
- Adolescents.

### **3.2.1.1 Actions et mécanismes nationaux relatifs aux droits et à la santé de la reproduction**

Au Mali, les sociétés traditionnelles ont toujours été fortement pro-natalistes. Une nombreuse progéniture est source à la fois de richesse (maximum de bras travailleurs pour augmenter la production) et de bénédiction divine. La fécondité confère une valeur sociale et l'infécondité est toujours mal vécue et interprétée de malédiction ou de tares notamment pour la femme.

Malgré le comportement pro-nataliste, les Maliens ont une tradition très ancienne d'espacement des naissances. La survenue d'une grossesse au cours de la période d'allaitement (deux ans en moyenne) serait sujet de moqueries. Après un accouchement, il est de coutume de séparer le couple pendant deux à trois ans. Ceci permettait à la femme de récupérer et à l'enfant de se développer normalement<sup>12</sup>.

Officiellement, la pratique de l'espacement des naissances était conditionnée à l'autorisation maritale ou parentale en 1971.

Le Mali était le premier pays en Afrique de l'Ouest à prêter attention à la PF. Depuis 1972 la vente et utilisation des produits contraceptifs est légale. Dès lors plusieurs programmes en faveur de la PF ont été lancés. Par contre, le taux de prévalence contraceptive (TPC) est plus ou moins stable depuis les quelques décennies. L'une des raisons souvent citées est l'absence de l'engagement politique fort et soutenu de la part des leaders du pays en faveur de la PF. Le Ministère de la Santé a publié une lettre circulaire en 2011 fixant les prix des contraceptifs à plusieurs niveaux mais cette lettre circulaire n'est pas de caractère contraignant au niveau des points de vente.

En 1980, la division santé familial (DSF) a été créée au sein du ministère de la santé publique et affaires sociales pour élargir et coordonner les activités de la santé maternelle et infantile et en y intégrant le planning familial.

L'initiative de Bamako (1980) correspond à une réforme de la gestion des systèmes de santé, adoptée à la suite d'une réunion des ministres de la santé africains à Bamako au Mali. Elle est

---

<sup>11</sup> Ibidem

<sup>12</sup> Mamadou BOITE, « Connaissances, attitudes et pratiques des jeunes en matière de contraception au niveau des grins ». Thèse présentée à la Faculté de médecine, de pharmacie et d'odonto stomatologie. Année académique : 2009-2010.

mise en œuvre dans plusieurs pays en voie de développement, confrontés à des situations économiques difficiles, depuis la fin des années 1980. La couverture de soins de santé universelle couvre un certain nombre de maladies dans le domaine de la SR y compris la PF. Le financement est pris sur le budget national alloué à la santé qui prend en compte l'achat des produits PF.

La prise en charge de la promotion de la femme par une institution gouvernementale au Mali est devenue effective à partir de 1991 avec un Secrétariat d'État chargé de l'Action sociale et de la Promotion Féminine, rattaché au Ministère de la santé publique. Le gouvernement institua en 1993 un Commissariat à la promotion des femmes sous la direction d'une Commissaire ayant rang de Ministre. Puis en 1997, le Ministère de la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille (MPFEF) est créé.

La Constitution du Mali du 25 février 1992 garantit les mêmes droits aux citoyens des deux sexes sans discrimination et proclame dans son préambule, la défense des droits de la femme et de l'enfant ainsi que la diversité culturelle et linguistique de la communauté nationale. Dans son préambule, la Constitution malienne affirme la souscription du Peuple souverain à la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme du 10 décembre 1948 et la Charte Africaine des Droits de l'homme et des peuples. Le principe de primauté des droits universels sur les lois nationales est affirmé dans la Constitution. C'est ainsi que l'article 116 de la Constitution accorde aux traités et accords internationaux dûment ratifiés et publiés une force obligatoire supérieure à celle des lois nationales.

En 1991, le Mali a fait une déclaration de politique nationale de population. En 1994, avec la CIPD, le Mali s'est engagé à agir dans le domaine de la santé de la reproduction, engagement réitéré lors de la quatrième conférence mondiale sur les femmes à Beijing (CHINE) en septembre 1995<sup>13</sup>.

Depuis les années 1990 jusqu'à nos jours le Mali a mis en place plusieurs plans d'action dans le cadre des DSSR. Voir Tableau 1.

**Tableau 1 : Plans d'action en matière de DSSR**

Plans	Années de mise en œuvre	Observations
Plan d'action quinquennal pour la promotion des femmes	1996 – 2000	Il prenait en compte les violences faites contre les femmes et les filles.
Plan quinquennal d'action pour l'Abandon des Pratiques Néfastes à la Santé de la femme et de l'Enfant	1999-2003	En 1996, un Comité National d'Action pour l'Abandon des Pratiques Néfastes à la Santé de la femme et de l'Enfant (CNAPN) a été créé sous l'égide du Commissariat à la Promotion de la Femme. C'est ce comité qui a élaboré ce plan
Plan d'action national de trois (3) mois	1998	Il est élaboré dans le cadre de la Campagne Régionale Africaine contre les violences faites aux femmes, initiée par l'UNIFEM, sous l'égide du Ministère de la promotion de la femme, de l'enfant et de la famille, par un comité composé des

<sup>13</sup> Ibidem

		représentants des associations et ONG de femmes et des services publics intervenant dans le domaine. Malgré sa brièveté et la limitation de son champ d'action, ce plan a eu un réel impact sur les populations <sup>14</sup> .
Plan d'action de lutte contre les violences faites aux femmes et aux filles	2006-2011	Le Plan prévoit plusieurs stratégies et actions contre la violence faite aux filles dans le cadre scolaire.
Plan stratégique pour la sécurisation des produits de la santé de la reproduction	2011-2015	Il a été élaboré pour assurer un système pérenne de gestion et d'approvisionnement en produits SR pour une meilleure qualité et disponibilité de ces produits.

Au Mali, il existe un mécanisme de prise en charge des enfants victimes de violences, d'abus, d'exploitation et de négligence (EV VAEN). Afin d'harmoniser les interventions, la Direction Nationale de la Promotion de l'Enfant et de la Famille en collaboration avec l'UNICEF a élaboré un manuel de procédure pour la prise en charge des EV VAEN. Cette prise en charge concerne les domaines suivants :

- La prise en charge sanitaire et nutritionnelle/alimentaire ;
- La prise en charge éducative ;
- La prise en charge socio – économique ;
- La prise en charge juridique et judiciaire ;
- La prise en charge psychologique.

Dans le cadre de la lutte contre le VIH/SIDA, le Mali a mis en place un programme. Plusieurs plans ont été exécutés. Voir Tableau 2.

**Tableau 2 : Programme et Plans de lutte contre le VIH/Sida**

Programme et plans	Années de mise en œuvre	Observations
Programme National de Lutte contre le Sida (PNLS)	1987	Après la découverte du premier cas de sida au Mali en 1985 et la première enquête de séroprévalence à Bamako, le Gouvernement a pris la résolution de faire face à la pandémie par la mise en place du PNLS avec l'aide des différents partenaires.
Plan à Court Terme (PCT)	1987-1988	Développement de stratégie de lutte contre le VIH/sida
Plan à Moyen Terme de première génération (PMT1)	1989-1993	Développement de stratégie de lutte contre le VIH/sida
Plan à Moyen Terme (PMT2)	1994-1998 et 1999-2000	Développement de stratégie de lutte contre le VIH/sida
Plan Stratégique National	2001-2005	Développement de stratégie de lutte contre le VIH/sida

<sup>14</sup> Bréhima Beridogo; « étude sur les violences faites aux femmes », 2002. MPFEF

Les résultats obtenus ont été en deçà des ambitions initiales, ce qui a motivé les autorités nationales à élaborer une profonde réforme institutionnelle dans la lutte contre le VIH/sida et à adopter une Déclaration de Politique Nationale de Lutte contre le VIH/sida. La réforme institutionnelle est fondée sur la stratégie nationale de lutte qui sera bâtie selon les trois principes directeurs édictés par l'ONUSIDA à savoir : un seul cadre stratégique national, une seule structure de coordination forte et un seul mécanisme de suivi. De ce fait, la coordination stratégique de la lutte contre le sida est systématiquement ramenée à la Présidence de la République, avec la création du Haut Conseil National de Lutte contre le Sida (HCNLS), son Secrétariat Exécutif et ses structures décentralisées de concertation.

Quant à la déclaration de politique nationale de lutte contre le sida, elle s'articule autour de trois points: i) soutenir les communautés pour réduire le risque et la vulnérabilité à l'infection, ii) sauver des vies et soulager les souffrances humaines, iii) atténuer l'impact global de l'épidémie sur le développement.

Cette déclaration de politique nationale recommande aussi d'assurer la gratuité des soins et des médicaments antirétroviraux (ARV) à tous les malades sans distinction aucune, faisant du Mali le troisième pays africain, en avril 2004, à avoir pris cette décision après le Malawi et le Sénégal<sup>15</sup>.

Par ailleurs, le Mali dispose d'un arsenal juridique disponible se prêtant à la répression de certaines formes de violences faites aux femmes. On relève notamment<sup>16</sup> :

- La lettre N° 0019/MSPAS-SG du 16 janvier 1999 du Ministère de la Santé interdisant l'excision en milieu médical ;
- Le Code Pénal prévoit des sanctions variables contre les coups et blessures volontaires (articles 207 et 226), la répudiation, la pédophilie, l'abandon de foyer et d'enfant, l'enlèvement de personnes (par fraude, violence ou menaces), la traite, le gage et la servitude des personnes, le trafic d'enfants, le viol, l'esclavage sexuel, la prostitution forcée et la grossesse forcée ;
- Le Code du Mariage et de la Tutelle qui punit le mariage forcé.

Il est installé auprès du Tribunal pour Enfants de Bamako depuis 2008, un Procureur de la République spécial. Aujourd'hui, il existe 53 juridictions pour mineurs et 57 juges pour enfants. Cette situation a renforcé la protection des enfants victimes et/ou témoins de victimes de violences.

Le tableau 3 résume les principales lois en matière de DSSR.

**Tableau 3 : Lois en matière de DSSR**

Lois	Année d'adoption	Observations
------	------------------	--------------

<sup>15</sup> Déclaration de politique de lutte contre le VIH/SIDA au Mali, « Lutter contre le VIH/SIDA, c'est investir dans le développement durable. ». Adoptée par le Gouvernement le 7 avril 2004. Haut conseil national de lutte contre le sida. Présidence de la république du Mali.

<sup>16</sup> Rapport du Mali. Mise en œuvre de la Déclaration et du Programme d'action de Beijing (1995) et des textes issus de la vingt-troisième session extraordinaire de l'Assemblée générale (2000). Dans le contexte du vingtième anniversaire de la quatrième Conférence mondiale sur les femmes. Et de l'adoption de la Déclaration et du Programme d'action de Beijing en 2015. Bamako, Juin 2014

La loi sur la santé de reproduction a été adoptée en juin 2002 <sup>17</sup>	2002	Loi visant la promotion des DSSR
Programme National de Lutte contre la Pratique de l'Excision (PNLE) par ordonnance N° 053/PRM du 4 juin 2002	2002	Le PNLE a, entre autre, pour mission de <sup>18</sup> : <ul style="list-style-type: none"> <li>• mener des études et recherches sur le phénomène de l'excision ;</li> <li>• développer une stratégie d'information, d'éducation et de communication à l'endroit des individus, des groupes sociaux et des collectivités territoriales en vue de leur adhésion à la politique nationale de lutte pour l'abandon de l'excision.</li> </ul>

Dans la loi sur la SR, la santé de la reproduction y est définie en ces termes : « le bien-être général, tant physique que mental et social, de la personne humaine, pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement et non seulement l'absence des maladies ou d'infirmités. Elle prend en compte l'ensemble' des mesures préventives, curatives et promotionnelles visant à améliorer la prise en charge des groupes vulnérables que constituent les femmes, les enfants, les jeunes adultes afin de réduire la mortalité et la morbidité maternelles, infantiles juvéniles et promouvoir ainsi le bien-être de tous les individus. » (Article 1).

La loi stipule dans son article 2 que « Les hommes et les femmes sont égaux en droit et en dignité en matière de santé de la reproduction. » En plus, ils « ont le droit égal de liberté, de responsabilité, d'être informés et d'utiliser la méthode de planification ou de régulation des naissances de leur choix, qui ne sont pas contraires à la loi. » (Article 3).

De même, « tout individu qui acquiert la connaissance de son état de malade du Sida ou vivant avec le VIH, a l'obligation d'informer son partenaire et de prendre toutes dispositions pour éviter de contaminer autrui » (Article 6). Car, « la transmission volontaire du Vih / Sida est assimilée à une tentative de meurtre et punie des peines prévues par le Code Pénal pour la répression de cette infraction » (Article 15).

La Loi annonce deux décrets : le premier détermine les conditions et les modalités de fabrication des produits contraceptifs au Mali et le second fixant les conditions et modalités d'octroi de l'assistance particulière aux malades du sida ou personnes vivantes avec le VIH et les garanties de confidentialité.

La loi relative à la santé de la reproduction annonce également deux arrêtés : Le premier portant sur la liste des produits, des méthodes et des moyens de contraception légalement approuvés et le deuxième inter ministériel, fixant les conditions d'importation des produits contraceptifs<sup>19</sup>.

<sup>17</sup> Loi N° 02-044 relative à la santé de reproduction du 24 juin 2002.

<sup>18</sup> Programme National de Lutte pour l'abandon de la pratique de l'excision : Politique et Plan d'Action en faveur de l'abandon de la pratique de l'excision.

Le Tableau 4 montre des principaux plans et politiques à même de développer le secteur DSSR au Mali

**Tableau 4 : Principaux plans et politiques en matière de DSSR au Mali**

Politiques et plans nationaux	Années de mise en œuvre	Quelques éléments clés
Politique Nationale de la Population (troisième génération)	2016-2025	Elle a, déjà dans sa version d'Avril 2003, fixé comme objectif «augmenter la prévalence contraceptive des méthodes modernes de 8,2% en 2001 à 30% en 2025 » dans le cadre de l'objectif «contribuer à la maîtrise progressive de la fécondité au Mali» <sup>20</sup> .
Plan Décennal de Développement Sanitaire Social (PDDSS)	2014-2023	Document de référence nationale pour toutes les interventions dans le secteur de la santé, du développement social et de la promotion de la famille. Il a inscrit comme priorité la promotion de la PF dans le souci de « réduire la mortalité maternelle et néonatale ». Avec pour objectif d'augmenter la PC à 30% en 2025. Parmi les objectifs spécifiques figure la mise en œuvre «d'interventions spécifiques pour renforcer la continuité de l'offre de services PF de qualité notamment l'utilisation des méthodes de longue durée, l'augmentation de la demande des services de la PF et la facilitation de l'accès des femmes, des hommes, des jeunes et adolescents aux services de PF ».
Plan stratégique de la santé de la reproduction.	2014-2018	Il a pour objectif général d'améliorer l'état de santé de la reproduction de la population. Cet objectif est décliné en 4 objectifs spécifiques : accroître l'accessibilité et la disponibilité des services de SR sur l'ensemble du pays, accroître les efforts de création de la demande et l'utilisation des services de SR, améliorer la qualité des services de SR et améliorer les capacités de coordination, de gouvernance et leadership, et de suivi évaluation des

<sup>19</sup> Mamadou BOITE, « Connaissances, attitudes et pratiques des jeunes en matière de contraception au niveau des grins ». Thèse présentée à la Faculté de médecine, de pharmacie et d'odonto stomatologie. Année académique : 2009-2010.

<sup>20</sup> Plan d'action national de planification familiale du Mali 2014-2018. Ministère de la santé et de l'hygiène publique. République du Mali

		services de SR.
Plan stratégique de sécurisation des produits de la santé de la reproduction et des produits sanguins au Mali	2014-2018	Il vise à : rendre les produits de SR constamment disponibles, abordables, et accessibles aux utilisateurs potentiels ; réduire les besoins non satisfaits en PF en améliorant l'offre de service SR ; accélérer la démarche d'intégration entre la santé sexuelle et reproductive et le VIH/Sida ; et assurer la pérennité et la mobilisation des ressources.
Plan d'action national de planification familiale du Mali	2014-2018	Il a comme objectif « de répondre de façon satisfaisante et novatrice aux énormes besoins en planification familiale et atteindre une prévalence contraceptive de 15% d'ici 2018 ».
Plan d'action multisectoriel santé des adolescents et des jeunes <sup>21</sup>	2017-2021	Il a pour but de « mettre en place un système qui garantit aux adolescents et aux jeunes un accès à des soins et services de santé de qualité adaptés à leurs besoins en tout lieu et à tout moment ».
Politique Nationale Genre du Mali (PNG-Mali)	2009-2018	Il établit un état des lieux relativement complet des inégalités liées au genre au Mali. L'un des axes stratégiques de la politique vise l'« amélioration de l'accès à des services de santé de proximité (santé de la reproduction) ». Un autre axe stratégique de la politique est de sensibiliser et éduquer la population. Cet axe a un objectif spécifique qui concerne directement les DSSR : « Intensifier les campagnes de sensibilisation et d'éducation en vue d'enrayer les pratiques néfastes à l'intégrité et à la santé des femmes et des jeunes filles et préconiser des comportements responsables en matière de santé de la reproduction ».
Programme de développement socio-sanitaire (PRODESS III)	2014-2018	Le document présente les déterminants de l'état de santé, parmi lesquels une partie est consacrée aux thématiques : « droits et santé ; femmes et enfants ; genre ». Les opportunités identifiées sont, entre autres : promouvoir le concept de « genre » ; renforcer les capacités opérationnelles des acteurs de terrain ; améliorer le cadre

<sup>21</sup> Santé et droits sexuels et de la procréation des adolescent·e·s au Mali  
Analyse des politiques et des programmes : opportunités et défis pour l'UNFPA  
novembre 2017

		juridique national en ce qui concerne la lutte contre les violences basées sur le genre, en particulier l'excision et les mariages précoces; développer un cadre juridique spécifique à certaines violences basées sur le genre, telles que l'excision féminine ; renforcer l'accompagnement des couples en faveur de la PF, en particulier à travers un plaidoyer en faveur d'un meilleur accès aux techniques modernes de contraception.
--	--	--

Le partenariat d'Ouagadougou (2011) visait à accélérer l'utilisation des services de PF dans 9 pays : Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Guinée, Mali, Mauritanie, Niger, Sénégal et Togo.

Les principaux objectifs sont :

- Organisation de réunions trimestrielles de coordination du groupe multisectoriel PF ;
- Affinement du plan d'action national PF et sa validation ;
- Renforcement des mécanismes de coordination pour le suivi des approvisionnements et de la distribution des produits contraceptifs au niveau national et régional ;
- Décentralisation et informatisation de la gestion logistique des produits contraceptives.
- Appui technique et financier des différents intervenants pour la réalisation des plans d'action 2014 de la SR.

Les résolutions<sup>22</sup> 2056, 2071, 2085, 2100 des Nations Unies et l'Accord de Ouagadougou pour le règlement de la crise politico-institutionnelle et sécuritaire auxquels le Gouvernement du Mali a adhéré, intègrent le principe de protection des droits des femmes et des filles en situation de conflit.

Le Cadre Stratégique pour la Relance Economique et le Développement Durable (CREDD), document de référence au Mali pour la conception, la mise en œuvre et le suivi des différentes politiques et stratégies de développement, tant au niveau national que sectoriel, a pour objectif global, pour 2016-2018, de promouvoir un développement inclusif et durable en faveur de la réduction de la pauvreté et des inégalités dans un Mali uni et apaisé, en se fondant sur les potentialités et les capacités de résilience en vue d'atteindre les Objectifs de Développement Durable (ODD) à l'horizon 2030.

### **3.2.1.2 Conventions et chartes internationales relatives aux droits et à la santé de la reproduction**

En 1974, le Mali a souscrit à la déclaration de Bucarest (Roumanie) sur le droit au planning familial. En 1978 le Mali a souscrit à la déclaration d'Alma Ata (URSS) sur les soins de santé primaire, dont une des composantes est le planning familial dans le but d'améliorer la santé de la mère et de l'enfant à travers un espacement judicieux des naissances.

<sup>22</sup> <http://www.un.org/fr/sc/documents/resolutions/2012.shtml>

Par ailleurs, le Mali a ratifié de nombreuses autres conventions et chartes internationales relatives aux droits et à la santé de la reproduction, notamment celles du Tableau 5:

**Tableau 5 : Conventions et chartes**

Conventions internationales	Année d'adoption	Quelques éléments clés
Les objectifs mondiaux (ODD) à atteindre d'ici 2030	2015	Les ODD 5 et 16, à savoir parvenir au respect de l'équité et à l'égalité des sexes et contribuer à l'autonomisation des femmes et les filles
La Charte des Nations Unies signée à San Francisco	1945	les pays signataires se sont résolus dans le préambule de la Charte « à proclamer à nouveau notre foi dans les droits fondamentaux de l'homme, dans la dignité et la valeur de la personne humaine, dans l'égalité de droits des hommes et des femmes, ainsi que des nations, grandes et petites »
La Déclaration Universelle des Droits de l'Homme de l'Assemblée Générale des Nations Unies	1948	Il proclame que « Tous les êtres humains naissent libres et égaux en dignité et en droits. Ils sont doués de raison et de conscience et doivent agir les uns envers les autres dans un esprit de fraternité »
Plan d'action du système des Nations Unies pour l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes (ONU-SWAP)	2012	visé à promouvoir la responsabilisation des Nations Unies en direction de l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes
La Convention internationale relative aux Droits de l'enfant (CIDE)	1990	« Les Etats parties prennent toutes les mesures législatives, administratives, sociales et éducatives appropriées pour protéger l'enfant contre toute forme de violence, d'atteinte ou de brutalités physiques ou mentales, d'abandon ou de négligence, de mauvais traitements ou d'exploitation, y compris la violence sexuelle, pendant qu'il est sous la garde de ses parents ou de l'un d'eux, de son ou ses représentants légaux ou de toute autre personne à qui il est confié ». (Article 19).
Convention pour l'Elimination des discriminations envers les femmes (CEDEF) et son protocole en 2000	1985	« Les Etats parties condamnent la discrimination à l'égard des femmes sous toutes ses formes, conviennent de poursuivre par tous les moyens appropriés et sans retard une politique tendant à éliminer la discrimination à l'égard des femmes. » (Article 2).
Charte africaine des droits de l'Homme et des peuples et le	1981	Chaque Etat doit : <ul style="list-style-type: none"> <li>• adopter des politiques et cadres</li> </ul>

Protocole à la Charte africaine des droits de l'Homme et des peuples relatif aux droits des femmes en Afrique, dit « Protocole de Maputo » en 2005.		juridiques pour réduire l'avortement à risque, <ul style="list-style-type: none"> <li>• préparer et mettre en œuvre des plans d'action nationaux pour réduire l'incidence des grossesses non désirées et des avortements à risque</li> <li>• offrir des services avortements sans risque dans le cadre des dispositions de la loi.</li> </ul>
---	--	---

### 3.2.2. Situation actuelle (parties prenantes, perceptions, législation, rôles formels / informels et mandats des différents acteurs, niveaux de prise de décision)

Cette section développe les parties prenantes, leurs rôles et leur niveau d'influence. Elle comprend aussi les perceptions des populations en matière de DSSR et la gestion du système de santé au Mali.

Le tableau 6 ci-dessous explore le rôle et l'influence des acteurs étatiques et sociaux dans les politiques et les programmes de DSSR au Mali.

**Tableau 6: Acteurs clés, ainsi que leurs rôles, responsabilités et niveau d'influence**

Acteurs	Rôles et responsabilités	Niveau d'influence
Le ministère chargé de la santé	Garant des politiques, stratégies et normes en matière de DSSR. Il met en œuvre la politique du gouvernement dans le secteur de la santé	Elevé
Le ministère chargé de l'éducation	Il élabore et met en œuvre la politique de l'éducation, particulièrement l'éducation sexuelle	Moyen
Le ministère chargé des finances	Financement de la SR et mobilisation des ressources	Moyen
Le ministère chargé de la femme et de l'enfance	Il élabore et met en œuvre la politique genre	Moyen
Le ministère chargé de la justice	et fait appliquer des lois et textes juridiques relatifs à la santé sexuelle et reproductive y compris les violences basées sur le genre	Elevé
Le ministère chargé de la jeunesse	Il élabore des activités socio-éducatives pour les jeunes	Moyen
Le ministère chargé de la Population	Il élabore et met en œuvre la politique de la population	Moyen
L'assemblée nationale	Elaboration,Adoption des lois et assure le contrôle de l'action gouvernementale en santé	Elevé
Les Collectivités territoriales	Gestion des centres de santé, financement à travers des lignes budgétaire et plaidoyer	Elevé
Les PTF	Appui technique et financier à l'état et aux autres acteurs.	Moyen/élevé
Les ONG et ONC	Elles soutiennent les efforts du gouvernement dans la promotion des DSSR à travers les activités de	Elevé

	renforcement de capacité, d'offre des services, de sensibilisations et de plaidoyer.	
Les médias (télévision, radio, journaux)	Elles informent sur les normes sociales et amorcent des changements de comportement dans le secteur des DSSR	Elevé
Les universités et Instituts de recherche :	Recherche, évaluation de programmes, production des données	Bas
Le secteur privé	Fournisseur de services	Bas
La famille	Education familiale (éducation sexuelle au niveau des familles)	Bas
Les leaders traditionnels et religieux	Défenseurs et gardiens des normes et valeurs culturelles et traditionnelles. Ils sont respectés et écoutés par la population	Elevé

Avec l'appui des partenaires, le gouvernement à travers le Ministère chargé de la Santé et de l'Hygiène Publique s'est engagé à assurer la sécurité de la santé reproductive pour tous les Maliens, à veiller à ce que tous les maliens soient à mesure de choisir; obtenir et utiliser des produits contraceptifs de qualité et autres produits en matière de santé de la reproduction, chaque fois qu'ils en ont besoin. La loi N° 02-044 du 24 Juin 2002, portant santé de la reproduction, reconnaît et renforce amplement les droits des femmes en matière de santé de la reproduction :

- Droit égal de liberté, dignité entre homme et femme en matière de santé de la reproduction,
- Droit à l'information et à l'éducation,
- Droit d'accès aux soins et services en santé,
- Droit à la non-discrimination dans l'offre des services,
- Droit la qualité des produits contraceptifs.

Néanmoins de nombreuses difficultés demeurent aussi bien dans l'application des textes qu'aux niveaux des prises de décision.

Les perceptions de la population sur les DSSR rendent encore plus difficiles l'application des textes existants et les prises de décision. Les sujets de discussion, de prévention et d'information sont surtout sur des thématiques socialement acceptables tels que la prévention des IST- VIH/ Sida, l'espacement des naissances, l'accès à la planification familiale pour prévenir le risque de grossesse.

La virginité et l'abstinence sont bien défendues. La violence basée sur le genre n'est que partiellement abordée. La dénonciation du viol reste difficile pour la jeune femme. Les droits des femmes sont assez souvent ignorés dans la sensibilisation et l'information. L'environnement social est fortement pro-nataliste.

Bien que les produits contraceptifs hormonaux doivent être vendus sur ordonnance, seulement peu de pharmacies insistent là-dessus. Le marché informel de médicaments fournit également des produits contraceptifs à grande échelle, surtout dans les régions rurales. Les femmes peuvent donc acheter les contraceptifs hormonaux sans avoir eu de counseling ou de consultation médicale pour s'assurer qu'il n'y pas de contre-indications pour elle et souvent sans bien comprendre leur mode d'utilisation. Ce qui provoque, des rumeurs dus aux cas d'échec ou aux effets secondaires ; qui constituent des barrières majeures pour l'expansion des méthodes modernes.

La PF est toujours très tabou au Mali, particulièrement dans les milieux ruraux qui demeurent conservateurs. Les valeurs pro-natalistes, surtout en milieu rural, favorisent de grandes familles et une méfiance de la contraception moderne. Pour s'assurer un pourcentage acceptable de l'héritage, souvent les coépouses souhaitent avoir plus d'enfants que l'autre. L'opposition personnelle est la raison la plus citée par les femmes pour n'avoir pas l'intention d'utiliser la contraception. Elles craignent d'être considérées comme de mauvaises femmes ou pire, des prostituées. Pour se cacher de l'opinion publique, certaines femmes, selon certaines sources, préfèrent ne fréquenter les services de PF que la nuit.

L'accès aux informations en matière de DSSR reste assez limité. Peu de femmes ont reçu les informations nécessaires concernant l'utilisation de méthodes de planification familiale. Ainsi, seules 46 % des utilisatrices de méthodes modernes de PF ont été informées des mesures à prendre en cas d'effets secondaires ou autres problèmes.

Le mariage précoce est répandu. Les femmes maliennes entrent en union à un âge très précoce : parmi les femmes âgées de 25-49 ans, une femme sur cinq (20 %) était déjà en union avant d'atteindre l'âge de 15 ans. La moitié des femmes (50 %) étaient déjà en union avant 18 ans.

La violence aux femmes est un droit accordé aux hommes par les femmes. Selon l'EDSM V, pour plus de trois femmes sur quatre (76 %), un homme a le droit de battre sa femme pour les raisons suivantes : le refus d'avoir des rapports sexuels avec le mari ; quand la femme discute les opinions du mari ; quand la femme sort sans le dire à son mari ; quand celle-ci néglige les enfants et quand elle brûle la nourriture.

Les mutilations sexuelles féminines sont très fréquentes. La pratique de l'excision est quasi-générale au Mali puisque qu'elle concerne 91 % des femmes de 15-49 ans. C'est parmi les ethnies Sonraï (60 %), Tamachek/Bella et Bobo (64 %) que l'excision est la moins pratiquée (63 %). Parmi les filles de 0-14 ans, environ sept sur dix sont déjà excisées (69 %). Parmi celles de 10-14 ans, cette proportion est de 83 %. Les résultats n'ont pas mis en évidence une diminution de la pratique de l'excision. La majorité des femmes excisées ont subi la procédure avant l'âge de 5 ans, y compris dans la petite enfance (73 %). La grande majorité des femmes et des filles excisées (respectivement 91 % et 98 %) ont été excisées par des praticiens traditionnels, essentiellement des exciseuses traditionnelles (88 % parmi les femmes de 15-49 ans et 92 % parmi les filles de 0-14 ans). Une proportion élevée de femmes et d'hommes de 15-49 ans (respectivement 71 % et 66 %) pensent que l'excision est une pratique exigée par la religion. En majorité, les femmes et les hommes de 15-49 ans (respectivement 72 % et 79 %) pensent que l'excision devrait être maintenue.

La gestion institutionnelle du système de santé est divisée en fonction des niveaux suivants :

- Le niveau central (ministère, services centraux, services personnalisés et rattachés) est chargé de la conception, de la coordination et du contrôle de la mise en œuvre de la politique générale, de l'allocation des ressources et il décide de la délégation des tâches et des responsabilités aux échelons inférieurs du ministère. Ce niveau est également chargé de la gestion des hôpitaux nationaux spécialisés.

- Le niveau régional a comme principales tâches de fournir un appui technique aux cercles (formation, supervision, monitoring, suivi-évaluation et mobilisation de ressources). Cet échelon est chargé de veiller au respect de la politique et des normes et directives nationales.
- Le niveau cercle, notamment l'équipe socio sanitaire du cercle (ESSC) est chargée de la planification et de la mise en œuvre des activités ainsi que de l'appui technique au Centre de santé Communautaire (CSCOM).
- Le CSCOM est la structure de premier contact de la population où existent des prestations de services de santé (le paquet minimum d'activités– PMA). Il couvre une aire de santé qui compte un minimum de 5 000 habitants. Les critères de mise en place d'un CSCOM sont : une viabilité économique (autofinancement des activités), une distance maximale de 15 km entre tout village adhérent de l'aire et le site du CSCOM (accessibilité géographique), l'accessibilité culturelle et/ou historique et une adhésion d'au moins 10 % de la population à l'Associations de santé communautaire (ASACO). Le site du CSCOM doit être accepté par tous les villages de l'aire.

Par rapport à la chaîne de services, les CSCOM réfèrent aux Centres de santé de référence (CSREF) qui assurent les soins du second niveau, tandis que les hôpitaux régionaux et nationaux leur servent de référence. Le système de référence-évacuation est mise en place pour la prise en charge des urgences obstétricales. Il prend en compte le partage des couts de l'ambulance entre les niveaux de prestation dans la chaîne.

### **3.2.3. Equilibre entre les autorités centrales et locales dans la fourniture de services en rapport avec les DSSR**

Au Mali l'Etat est fortement présent dans les prises de décision en matière de SSR. L'adoption en 1990 par le gouvernement du Mali de la politique sectorielle de santé et de population constitue une étape majeure dans le développement sanitaire. Les stratégies prioritaires comportent entre autres l'augmentation de la couverture sanitaire, le renforcement de la participation communautaire à la gestion du système de santé, l'assurance de la disponibilité et de l'accessibilité des médicaments essentiels et la mobilisation des ressources nécessaires au financement de la santé<sup>23</sup>.

La stratégie de renforcement de la participation communautaire a favorisé l'émergence des ASACO<sup>24</sup>. Celles-ci ont une forte responsabilité en matière de mobilisation des ressources et de gestion des CSCOM, afin d'améliorer les indicateurs de santé au niveau de l'aire de santé. Une communauté désireuse d'obtenir un CSCOM doit d'abord former une ASACO et se constituer une aire de santé. Ensuite, l'ASACO crée un CSCOM conformément à la carte sanitaire et – depuis 2002 – sur autorisation du maire de la commune. La gestion rigoureuse par l'ASACO des fonds générés par le biais du système de recouvrement des coûts constitue un aspect important pour la disponibilité permanente des médicaments et la viabilité à long terme du CSCOM.

<sup>23</sup> Bulletin 383. Development Policy & Practice. Réaliser le transfert de compétences dans le domaine de la santé : L'expérience de Koulikoro au Mali. MS/CADD : Mamadou Konaté, Brahim Koné, Idrissa Camara, Soumaïla Keita. DRS Koulikoro : Seïbou Guindo, Mamadou Sory Keita. SNV Mali : Dramane Dao, Boubacar Dicko. Sous la direction d'Elsbet Lodenstein et Thea Hilhorst

<sup>24</sup> Une ASACO est une entité de la société civile qui est reconnue légalement. En partenariat avec les services du développement social, le ministère de la Santé est chargé de la mise en œuvre de cette approche communautaire, de la formation et la supervision des activités.

Les membres des organes de gestion de l'ASACO sont des personnes bénévoles. Les ASACO sont organisées en fédérations au niveau du cercle (FELASCOM), au niveau régional (FERASCOM) et au niveau national (FENASCOM – Fédération nationale des associations de santé communautaire du Mali). La FENASCOM contribue à l'amélioration du fonctionnement des ASACO à travers ses démembrements.

Une participation directe des populations à la planification et la gestion des services de santé est possible à travers leurs représentants dans les ASACO. La participation des jeunes et des femmes en particulier est un axe stratégique clé de la politique sanitaire malienne.

Toutefois, sa mise en œuvre se heurte à plusieurs problèmes, notamment des pesanteurs socio-culturelles et le faible niveau d'alphabétisation des populations. Il est rare que les femmes élues dans les organes de gestion occupent des postes décisionnels. De plus, les membres des organes de gestion de l'ASACO ne semblent pas consulter activement la population. Ils sont surtout impliqués dans les activités de gestion des services du CSCOM, la mobilisation et le contrôle des financements, mais beaucoup moins dans la prise de décision sur les plans d'action de santé communautaire.

En juin 2002, le gouvernement a signé les décrets de transfert de compétences dans les secteurs de la santé, de l'éducation et de l'hydraulique. Ainsi, les collectivités territoriales sont devenues des acteurs importants pour la réalisation des OMD.

### **3.2.4. Equilibre entre l'appropriation du public et du privé**

Au Mali, bien qu'il y ait eu une responsabilisation des services privés, tout part du public. Avec la création des OSC, une amélioration s'est produite mais beaucoup reste à faire pour améliorer les cadres politique et juridique.

Les produits de la PF suivent le système d'approvisionnement et de gestion décrit dans le Schéma Directeur d'Approvisionnement et de Distribution des Médicaments Essentiels (SDADME). La chaîne d'approvisionnement des produits de PF au Mali est donc identique aux autres médicaments essentiels.<sup>25</sup>

Les produits de la PF sont achetés à travers différentes sources et mécanismes de financement tels que le Gouvernement du Mali, l'USAID, l'UNFPA, KfW et le Projet de Renforcement de Santé de la Reproduction de la Banque Mondiale.

La centrale d'achat, la Pharmacie Populaire du Mali (PPM), est chargée de réceptionner, stocker et distribuer tous les produits de la PF destinés au secteur public y compris ceux achetés par les bailleurs de fonds.

Keneya Jemu Kan (KJK), MSI, l'Association Malienne pour la Protection et la Promotion de la Famille et le Groupe Pivot/Santé et Population reçoivent et distribuent les produits destinés au marketing social. Les produits du marketing social sont reconditionnés et certains portent des noms commerciaux différents de ceux du secteur public. Ainsi Depo-Provera au niveau du marketing

---

<sup>25</sup> Yaya Coulibaly, et al. « Rapport de Quantification des produits de la planification familiale pour la période de 2015 à 2018 »

social devient Confiance, le préservatif masculin est appelé Protector Plus, le préservatif féminin est appelé Protective, et le Microgynon est appelé Pilplan D. Il est important de signaler la donation gratuite des produits de la PF par les bailleurs de fonds, incluant l'USAID, l'UNFPA, KfW et le Projet de Renforcement de Santé de la Reproduction de la Banque Mondiale, à l'État du Mali.

Le circuit privé représente le secteur marketing social. Les données logistiques doivent être transmises jusqu'au niveau central.

Pour obtenir les méthodes modernes de contraception, 72 % des femmes se sont adressées au secteur

médical public, essentiellement auprès des agents de Centres de santé Communautaire (CSCoM) (51 %) et, dans une moindre mesure, dans les Centres de Santé de Référence (CSREF) (10 %). Plus d'une femme sur cinq (23 %) s'est adressée au secteur médical privé, en majorité dans une pharmacie (16 %).

En outre, les résultats selon la méthode montrent que, dans la grande majorité des cas, les femmes obtiennent les injectables (79 %), ou les implants (96 %) auprès du secteur public. Seules 18 % des utilisatrices se sont adressés au secteur médical privé pour les injectables et 4 % pour les implants.

Par ailleurs, dans le secteur public, le plus souvent les femmes obtiennent ces méthodes auprès des CSCoM (62 % pour les injectables et 60 % pour les implants). La source d'approvisionnement en pilule est plus diversifiée, puisque 42 % des utilisatrices l'ont obtenue dans le secteur public, essentiellement auprès des CSCoM (34 %), 44 % dans le secteur médical privé, en majorité dans les pharmacies (38 %).

### **3.2.5. Financement du secteur (public, privé, dons, partenariat public privé)**

Il existe des barrières financières pour l'accès à la PF tant dans le secteur public que privé.

Le financement consacré à la PF reste insuffisant malgré l'existence de plusieurs documents de politiques qui encouragent la maîtrise de la fécondité. Donc il existe une insuffisance du financement consacré à la PF malgré une forte volonté politique pour financer les produits contraceptifs par le budget de l'État.

Le Mali s'est engagé à allouer des ressources importantes sur le budget de l'Etat pour l'achat des contraceptifs (10% de l'ensemble du coût des contraceptifs). Le Mali dispose de Politiques Normes et Procédures novatrices qui autorisent les ASC à prescrire la première dose de pilule et les injectables. Le défi principal reste la mise en œuvre effective de la Loi et la mise à l'échelle des interventions en matière de PF.

Les OSC contribuent de façon significative à l'offre des services de PF. Le secteur privé associatif et lucratif contribue à l'offre des services de PF dans le pays à travers les principales stratégies suivantes : cliniques fixes, stratégie mobile marketing social, franchise sociale. Les secteurs privé et associatif méritent une attention particulière si l'on envisage un passage à échelle des interventions.

Sur le plan budgétaire, l'allocation du département en charge de la Promotion de la Femme n'a pas beaucoup évolué entre 2007 et 2013. Pendant toute cette période ce taux est resté entre 0,30 et 0,40% du budget national. Cette faible allocation budgétaire explique en partie la timidité dans la réalisation des différents objectifs notamment ceux fixés dans la Politique Nationale Genre du Mali.

Evolution de la Part du budget de l'Etat alloué au MPFEF de 2007 à 2013

*Unité : Milliard de F CFA et pour cent*

Année Budget	2007	2008	2009	2010	2010	2011	2012	2013
Budget MPFEF	4,2	3,1	4,3	4,07	4,07	4,41	1,49	3,98
Part MPFEF en %	0,4	0,3	0,4	0,35	0,35	0,32	0,30	0,38

*Sources : Loi des finances*

La loi portant création du Fonds d'Autonomisation des Femmes et l'Epanouissement des Enfants (FAFE) a été votée par l'Assemblée Nationale le 19 Décembre 2011. Le FAFE mis en place avec l'appui technique de l'ONU Femmes Mali est un grand pas en avant pour le financement de l'égalité des sexes au Mali. Le FAFE est également une réponse du Mali à une recommandation de l'Union Africaine relative à la mise en place d'un fonds spécial en faveur des femmes et des enfants au niveau des Etats membres.

Le FAFE est composé de trois programmes qui fonctionneront sous forme de guichet. Il s'agit du financement des actions de (i) développement de l'Entrepreneuriat Féminin au Mali pour consolider la participation des femmes au développement ; (ii) renforcement du leadership féminin et de la participation politique des femmes au Mali ; (iii) réinsertion socioéconomique des enfants en situation difficile. Le Gouvernement a déjà programmé une dotation initiale de 500 Millions au titre du budget de 2012.

Dans le cadre de la mise en œuvre de la PNG-Mali, l'approche de Planification et la Budgétisation Sensibles au Genre (PBSG) a été introduite dans le processus budgétaire et dont la responsabilité a été confiée au Ministère de l'Economie et des Finances qui assure la maîtrise d'œuvre du processus budgétaire avec l'implication d'autres acteurs clés dans la préparation du Budget.

La planification et de la budgétisation sensible au genre a été matérialisée dans la lettre circulaire 02028/MEF-SG du 15 juin 2011 relative à la préparation du projet de loi de finances 2012. Un paragraphe spécifique de cette lettre circulaire recommande aux départements sectoriels de bien analyser la Politique Nationale Genre et son plan d'action, de planifier les interventions les plus pertinentes pour réduire les inégalités entre les femmes et les hommes, les filles et les garçons. Les Cadre de Dépenses à Moyen Terme et les budgets programmes ainsi que les indicateurs doivent faire ressortir les actions clés nécessaires pour réduire les disparités et leur affecter des ressources.

Le budget de l'État consacré à la santé : Pendant la période allant de 2004 à 2012, ce budget a stagné pendant une quinzaine d'années, autour de 7-8 % du budget d'état. Ceci

représente la moitié des 15 % convenus dans la déclaration d'Abuja. Les Comptes Nationaux de la Santé devraient mettre en évidence la part de chaque entité dans le financement de la Santé. En effet, cela nous permettrait d'appréhender la part des ménages qui constitue pratiquement la totalité des fonds privés (92 % par les ménages).

### **3.2.6. Participation de la société civile et surveillance citoyenne**

Cette section développe les principales actions de certaines ONG et OSC.

L'ONG internationale Family Care International (devenue MSH en 2016) a créé en 2011, avec l'appui de la Direction Nationale de la Santé, de la Direction Nationale de la Promotion de l'Enfant et de la Famille, de la Direction Nationale de l'Éducation de Base, de la Direction Nationale de la Jeunesse, de la Direction Nationale du Développement Social, du Ministère de la Santé, de l'UNFPA, de FCI Mali et de la Banque mondiale, des modules de formation en direction des parents afin de les inciter et de leur donner les compétences de dialoguer avec leurs enfants sur les thématiques relatives à la santé sexuelle et reproductive<sup>26</sup>.

Dans le domaine de la santé et des droits sexuels et de la procréation, le RENAJEM (Réseau national des jeunes maliens), association nationale de jeunesse historique au Mali, mène des actions de sensibilisation et de mobilisation à travers des points focaux dans les 6 communes de Bamako et en région.

L'Association Malienne pour la Protection et la Promotion de la Famille (AMPPF), est une Organisation Non Gouvernementale Nationale à but non lucratif créée le 03 mars 1972. Elle est l'œuvre des cadres nationaux conscients des dangers que représente le taux très élevé de mortalité maternelle et infantile au Mali avec ses corollaires que sont les abandons d'enfants, les infanticides, les avortements à risques et surtout l'insuffisance de structures de prises en charge des problèmes de Santé de la Reproduction.

Le MAJ Mali (Mouvement d'Action des Jeunes du Mali) de l'AMPPF est une cellule spécifiquement dédiée et gérée par et pour les jeunes. Ce groupement de jeunes mène des actions phares de promotion de la SSR à travers des activités d'éducation, le théâtre ou encore la danse.

L'Association des jeunes pour la citoyenneté active et la démocratie (AJCAD) est une émanation du projet « My rights, my voice » financé par Oxfam GB. Les membres de l'AJCAD sont des jeunes femmes et jeunes hommes engagés dans des activités de mobilisation de la jeunesse et de plaidoyer pour la défense des droits des jeunes, particulièrement de la santé et des droits sexuels et de la procréation.

En 2016, Le ministère de la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille a lancé la campagne de mobilisation sociale « Génération PF : Ensemble choisissons l'avenir ! ». L'initiative rentre dans le cadre de la mise en œuvre d'un projet : « Mobiliser en faveur des droits et de la santé sexuels et reproductifs : une alliance pour les femmes et les adolescentes d'Afrique de l'Ouest » financée par l'ONG « Equilibres et populations ». La campagne est pilotée par les membres de l'Alliance Droits et Santé. Elle a pour objectif de mobiliser les décideurs politiques et

---

<sup>26</sup> Formation des parents sur la communication avec les enfants, adolescent(e)s et jeunes en matière de Santé Sexuelle et Reproductive (SSR). [http://www.familycareintl.org/UserFiles/File/PLAN\\_DE\\_COURS.pdf](http://www.familycareintl.org/UserFiles/File/PLAN_DE_COURS.pdf)

acteurs au développement autour de la problématique de l'accès des jeunes au service de la planification familiale (PF).<sup>27</sup>

L'Association malienne pour le suivi et l'orientation des pratiques traditionnelles (AMSOPT) fait des efforts pour que le mariage précoce et les mutilations sexuelles féminines soient des sujets de plus en plus abordés avec les communautés, à la radio ou encore à la télévision<sup>28</sup>.

Marie Stopes International a mis en place 8 équipes mobiles constituées de médecins qui proposent une gamme élargie de contraceptifs aux filles et aux femmes au sein des communautés. Elles parcourent des centaines de kilomètres, avec des services de haute qualité et très abordables. Les équipes mobiles offrent leurs services dans les CSCOM partenaires. Une équipe mobile est constituée d'un médecin, d'une infirmière ou sage-femme, d'un agent de marketing social et d'un chauffeur. Les équipes mobiles sont présentes dans 6 régions : Kayes, Koulikoro, Koutiala, Mopti, Ségou et San<sup>29</sup>.

Il y a des centres de Promotion des Jeunes qui sont les centres nationaux du Ministère de la Jeunesse et de la Construction citoyenne. Ils ont été mis en place dans le cadre du Projet Jeunes, projet d'envergure nationale, visant à renforcer les services de santé de la reproduction des adolescents et des jeunes et la prévention du VIH/Sida, soutenu par l'UNFPA. Ces centres sont présents dans toutes les régions du Mali. Un seul centre de ce type existe pour la ville de Bamako.

Créée en 2001, le Samu social Mali intervient auprès des enfants et jeunes de rue de 0 à 24 ans. Les activités se déclinent en trois volets : assistance médicale, assistance psycho sociale et une assistance éducative de proximité. Des équipes mobiles se déplacent de jour comme de nuit à bord de camions médicalisés pour identifier et prendre en charge les enfants/ jeunes vivant dans la rue et souffrant de maladies. L'équipe sensibilise les jeunes filles, mène des actions de prévention des IST et VIH/Sida et organise des causeries.

Le Samu social assure également l'accompagnement médical des filles : l'équipe les accompagne dans les hôpitaux si besoin, comme pour des consultations prénatales ou pour des soins d'IST.

Wildaf-Mali : Il mène des activités de formation contre la violence.

L'Association pour le Progrès et la Défense des Droits des Femmes Maliennes (APDF) met l'accent sur la situation sociale, politique et économique des femmes au Mali. Elle aide les femmes à défendre leur droit, à se libérer de la violence, lutte contre les lois et pratiques sexistes et discriminatoires en plus et renforce les compétences par l'information et la formation.

L'Association des Juristes Maliennes (AJM) est une association professionnelle qui milite pour le respect des droits des femmes aussi bien au niveau communautaire qu'en ce qui concerne les décisions de justice rendues à l'égard des femmes.

L'Observatoire des droits de la femme et de l'enfant (ODEF) a pour objet la protection et la promotion des droits de la femme et de l'enfant et l'amélioration de leurs conditions de vie à travers

<sup>27</sup> <http://bamada.net/planification-familiale-des-jeunes-une-campagne-pour-mieux-sensibiliser>

<sup>28</sup> <https://maliactu.net/mali-mutilations-genitales-feminines-le-mali-excise-91-de-ses-filles/>

<sup>29</sup> <https://www.mariestopes.ml/qui-sommes-nous/nos-equipes-mobiles-marie-stopes-mali/>

diverses actions. Au nombre de ces actions, il y a la sensibilisation des femmes sur leurs droits à travers la diffusion du droit et des actions d'éducation à travers toute l'étendue du territoire malien.

Le Conseil National de la Jeunesse (CNJ) du Mali a d'ailleurs milité pour une amélioration de la loi afin qu'elle intègre les besoins des jeunes.

D'autres structures non moins importantes luttent contre les violences faites aux femmes et aux filles au Mali. Il s'agit de CADEF, ENDA-MALI, PRIME II, Centre Djoliba, Association des Femmes Ingénieurs du Mali (AFIMA), Association des Professionnelles de la Communication (APAC), CAFO, APEF, Réseau Yiriba Suma, COFEM, FENAFER, CFEMA etc.).

### **3.2.7. Principaux bénéficiaires des subventions et des services de DSSR**

Bénéficiaires directs :

- Structures de l'Etat
- Agents de santé communautaires
- OSC
- Les collectivités

Bénéficiaires indirects : Populations cibles et communautés.

### **3.2.8. Principales réformes des politiques de DSSR (succès, résistances, champions clefs, gagnants et perdants des réformes, alternatives)**

Au Mali il y a l'existence des lois et plans décrits ci-dessus, notamment la « Loi N° 02-044 du 24 Juin 2002 portant santé de la reproduction ». Elle énonce que « les hommes et les femmes sont égaux en droits et en dignité en matière de santé de la reproduction ». Elle implique le droit pour les femmes et les hommes d'être informés, d'utiliser la méthode de planification de leur choix, « d'accéder aux services de santé de reproduction et de bénéficier des soins de la meilleure qualité possible ». C'est une avancée certaine dans le cadre des droits en matière de santé et de la procréation.

Toutefois, les résultats montrent des avancées timides sur le terrain.

La législation malienne reste faiblement harmonisée avec les textes internationaux relatifs aux droits humains. En effet, des gaps ont été identifiés en ce qui concerne la condamnation des violences faites aux filles et aux femmes. Par exemple, actuellement, la législation malienne ne dispose pas d'une loi spécifique contre les violences basées sur le genre (viol, mutilations sexuelles féminines...). Ces gaps montrent que le Mali n'a pas encore intégré l'ensemble des engagements pris au niveau international dans sa législation en ce qui concerne les DSSR.

L'Etat malien s'est engagé à mettre fin aux mariages d'enfants et aux mutilations sexuelles féminines comme cela est stipulé dans l'article 24 de la CIDE : « Les États parties prennent toutes les mesures efficaces appropriées en vue d'abolir les pratiques traditionnelles préjudiciables à la santé des enfants ». Néanmoins, le Mali rencontre des problèmes d'application de ces engagements.

Selon une étude du FNUAP<sup>30</sup>, les adolescentes et jeunes ont un accès restreint à l'information et aux services de santé sexuelle et reproductive. La loi relative à la santé de la reproduction ne prend pas en compte les besoins spécifiques des adolescentes. Elle ne prévoit pas non plus la gratuité des contraceptifs aux mineures.

La réforme du Code des personnes et de la famille de 2011 est discriminatoire à l'égard des filles et des femmes et représente un recul en matière d'égalité et de droits par rapport à la situation antérieure. L'âge légal du mariage a été maintenu à 16 ans pour les filles, alors qu'il est de 18 ans pour les garçons. Dans certains cas, le mariage des filles peut être autorisé à partir de l'âge de 15 ans.

Le code contrevient aux engagements internationaux pris par le Mali à travers la ratification, en 1985, de la Convention des Nations-Unies sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW) et, en 2005, du Protocole de la Charte africaine des droits de l'Homme et des peuples relatif aux droits des femmes.

Au Mali, les femmes et les hommes ne disposent pas de droits et devoirs équivalents au sein du mariage : le mari est le « chef de famille » et sa femme lui « doit obéissance ». La polygamie est autorisée et le lévirat n'est pas interdit. La législation malienne ne respecte donc pas l'article 16 de la Déclaration Universelle des droits de l'Homme (1948) qui stipule notamment que les hommes et les femmes « ont des droits égaux au regard du mariage, durant le mariage et lors de sa dissolution ».

Le Mali dispose d'une loi générale (Loi N°06/028 du 29 juin 2006) définissant les règles relatives à la prévention, la prise en charge et le contrôle du VIH / SIDA. L'article 17 de la loi indique que les personnes mineures doivent avoir le consentement écrit de leurs parents ou tuteurs pour effectuer un test de dépistage au VIH. Cette mention limite l'accès des adolescents à la connaissance de leurs statuts sérologiques.

Bien que le Mali dispose d'un Programme national de lutte contre la pratique de l'excision (PNLE), son engagement pour l'abandon des pratiques traditionnelles néfastes pourrait être renforcé si davantage de ressources étaient consacrées à ces thématiques et si l'Etat s'impliquait pour le vote de lois et leur application.

Il y a néanmoins des succès :

- L'existence des textes de loi de protection et de promotion des DSSR dans sa diversité ;
- La vulgarisation de ces textes en population générale et aussi auprès des acteurs, quoique insuffisants ;
- Les activités de sensibilisation et de plaidoyer en faveur de la promotion des lois ;
- L'implication des OSC dans la communication sur les DSSR ;
- L'existence des associations et les groupements de défense des DSSR.

Il y a tout de même des résistances dont les principales sont :

- Les pesanteurs socio-culturelles ;
- La non mise en œuvre des textes par les professionnels de la justice ;

---

<sup>30</sup> Leçons tirées du premier cycle de l'examen périodique universel. Santé et droits en matière de sexualité et de reproduction : des engagements à l'action. UNFPA

- Le non engagement des hommes en faveur de la promotion des DSSR ;
- Le manque de connaissance du sujet par certains leaders.

### 3.2.9. Défis et opportunités

En dépit du fait que près 49% des femmes en âge de procréer manifestent le désir d'espacer ou de limiter leurs naissances en 2013, selon l'EDS V, parmi les femmes de 15-49 ans en union, 10 % utilisaient, au moment de l'enquête, une méthode contraceptive, essentiellement une méthode moderne.

Au sujet des hommes, il ressort qu'ils sont insuffisamment informés sur la PF, qu'ils craignent les effets secondaires des méthodes, ainsi que les effets pervers de celles-ci. Ceci peut paraître d'autant plus préoccupant que les hommes passent culturellement pour les principaux décideurs au sein de leurs ménages.

Le nombre du personnel de santé dans le pays demeure insatisfaisant et mal réparti entre le milieu rural et le milieu urbain. En considérant la répartition du personnel, en 2010 il y avait 63% dans le milieu urbain pour desservir 22,5% de la population urbaine malienne. La population rurale a un grand problème d'accès géographique à la PF. Les initiatives en place pour les atteindre sont à renforcer.

Plus de quatre femmes sur cinq (85 %) ont déclaré ne pas avoir parlé de planification familiale avec un agent de terrain ou dans un établissement sanitaire au cours des douze mois ayant précédé l'enquête. Quelles que soient les caractéristiques sociodémographiques, ces proportions sont très élevées et on ne constate pas de variations importantes.

L'utilisation de la PF chez les femmes non en union et les adolescentes est limitée par plusieurs facteurs.

Les adolescentes et jeunes non en union craignent de rencontrer leurs parents et les autres adultes au niveau des points d'accès de la PF. Plusieurs d'entre elles à utiliser le réseau privé (ou marchand ambulante). Les prestataires préfèrent offrir les méthodes uniquement aux femmes en union.

Une proportion importante des clientes de PF exprime des doutes sur la confidentialité du conseil et des examens dans les services offrant la PF, en partie à cause des conditions inappropriées de prestation.

Aussi, les perceptions erronées de certains leaders (Politiques, religieux et traditionnels) et les attitudes pro-natalistes constituent des barrières à la SSR au Mali. Il en est de même du dialogue au sein du couple sur les questions de sexualité et de planification familiale qui reste très faible et parfois inexistant.

Un des obstacles importants au DSSR se trouve être la montée des mouvements politiques fondamentalistes et les luttes implacables qu'ils mènent contre l'avancée des droits humains des femmes. Un exemple typique au Mali est « le Code des personnes et de la famille » dont le processus de relecture en 2011 a été pris en otage par les autorités religieuses musulmanes, malgré tous les efforts déployés par le Gouvernement et la société civile féminine.

La relecture du Code a porté sur les droits de la personne, le mariage religieux, le divorce, la filiation naturelle et l'adoption, la minorité, la tutelle et l'émancipation et enfin les successions.

Wildaf dans sa présentation au forum des féministes a fait une évaluation succincte des impacts de ces amendements sur le statut de la femme à savoir<sup>31</sup> :

- La femme reste et demeure une éternelle mineure (elle doit obéissance et soumission à son mari)
- Son consentement n'est pas prise en compte pour le mariage de sa fille mineure ce qui laisse les portes grandement ouvertes au mariage précoce et forcé
- La femme n'a pas d'avis à donner sur la tutelle de ses enfants mineurs, elle n'est plus responsable pour gérer sa famille lorsque le mari décède car le conseil de famille prend place au seul décès du chef de famille.
- Les enfants sont discriminés du seul fait de leur naissance dans les liens ou pas du mariage.

Enfin, il conclut que ce code est un recul de cinquante ans, il consacre les discriminations et viole les droits fondamentaux des femmes et des enfants.

Le manque d'harmonisation du cadre juridique national au contexte international, conduit à la non effectivité des droits reconnus du fait de la non application des textes. Le pays a ratifié de nombreux instruments juridiques internationaux et régionaux qui constituent des opportunités sinon des obligations pour promouvoir et protéger les droits des femmes.

La Loi fondamentale (Constitution) et les conventions internationales ratifiées garantissent l'égalité entre les hommes et les femmes, mais dans la pratique certaines réalités socioculturelles (coutumes, comportements) constituent des entraves à l'application effective des textes du droit positif. Le non-respect du droit à l'égalité et à la non-discrimination conduit au non-respect de la Constitution et de tous les instruments internationaux.

Le manque de loi opérationnelle sur la défense du droit à l'intégrité physique fait que les femmes payent un lourd tribut à la persistance de certaines pratiques coutumières telles que l'excision, les mariages précoces et ou forcés. Pourtant, la Constitution du Mali en son article 3 reconnaît le droit à l'intégrité physique et interdit la torture, les traitements, inhumains cruels et dégradants. Elle consacre la répression de ces violations à travers la punition de leurs auteurs.

Il découle de ces éléments de diagnostic, les défis majeurs suivants dans le secteur DSSR :

- Très faible Implication des hommes dans les questions de SSR ;
- Très faible utilisation des méthodes PF par les adolescentes et jeunes ;
- Insuffisance dans la prise en charge des jeunes et des adolescents ;
- Faible niveau d'offre de services PF par le secteur privé ;

---

<sup>31</sup> M'Pè Berthé « Promotion de la femme et de l'enfant : les efforts et les échecs du gouvernement ». 08 Mars 2016. Source: Delta News

- Faiblesse des droits de la femme dans le domaine de la SSR ;
- Insuffisance du Financement de la SSR ;
- Insuffisance d'articulation entre les politiques des différents secteurs traitant de SR (politique genre, politique.) ;
- Non respect de la Constitution et des engagements internationaux.
- Insuffisance du système d'informations sur la PF;
- Insuffisance du personnel de santé ;
- Insuffisance dans l'application des textes ;
- Insuffisance dans la vulgarisation des textes.

Ces défis peuvent être relevés en exploitant des opportunités existantes telles que :

- L'existence des textes ;
- L'engagement de certains décideurs en faveur de la promotion des DSSR ;
- L'intérêt des bailleurs pour les DSSR ;
- L'existence d'OSC en faveur de la promotion des DSSR ;
- Augmentation de la scolarisation des filles.

### **3.3. Facteurs de changement dans le secteur**

#### **3.3.1. Idéologies et valeurs contraignant le changement**

Parmi les idéologies et valeurs qui contraignent le changement on peut citer les points suivants :

- Les femmes défendent elles-mêmes le droit à la violence des hommes ;
- L'excision est considérée comme une pratique séculaire pour la préservation de la virginité et le contrôle de la sexualité de la femme. Parmi les pays ayant effectué une enquête EDS et pour lesquels on dispose de données sur la pratique de l'excision, le Mali se caractérise par une des prévalences les plus élevées ;
- L'apologie de la virginité ;
- L'environnement social pro-nataliste.

#### **3.3.2. Moteurs traditionnels et émergents du changement**

Les moteurs traditionnels sont : les leaders religieux et traditionnels qui doivent être sensibilisés pour la promotion des DSSR. Il y a également des leaders d'opinion

Les moteurs émergents sont : la communauté internationale, les OSC, l'Etat, les réseaux des jeunes, les professionnels de la justice et les parlementaires.

#### **3.3.3. Influence des différents groupes d'intérêt extérieurs à la politique en matière de DSSR : secteur privé, ONG, consommateurs, médias**

Au Mali, comme indiqué plus haut la participation du privé dans le secteur DSSR est très limitée. Il en est de même pour son influence.

Les ONG ont une influence certaine. Par exemple, l'UNHCR, l'UNFPA et IRC ont, lors de la crise malienne, mis en place un système de gestion des informations sur les VBG, le GBVIMS (Gender based violence information management system – système de gestion de l'information sur les

violences basées sur le genre). Il s'agit d'un système qui consiste à répertorier le nombre de cas déclarés de VBG.

Il y a une grande influence des OSC, des consommateurs, des leaders communautaires/religieux, des organisations de jeunes et de femmes.

Les médias (télévision, radio, journaux) sont efficaces pour informer et influencer sur les normes sociales et amorcer des changements de comportement dans le secteur DSSR au Mali.

Mais, une grande partie de la population n'est pas exposée à certains médias. En effet, les journaux et magazines ne sont et ne peuvent être lus que par les plus instruits en raison du taux important d'analphabétisme.

Selon l'EDS V, de tous les médias, la radio est celui qui touche le plus large public : 47 % des femmes et 72 % des hommes ont déclaré l'écouter au moins une fois par semaine. La télévision vient en seconde position : elle est regardée, au moins une fois par semaine, par un tiers des femmes (33 %) et près de la moitié des hommes (48 %). Concernant la lecture des journaux ou magazines, 12 % des hommes contre 6 % des femmes ont déclaré lire, au moins une fois par semaine, un journal ou un magazine.

Parmi les programmes cités, les émissions écoutées sont « Cœurs ouverts », « La voie du cœur » ou « Baroni ». La radio « Voix des jeunes » du projet « Jeunes » diffuse également des émissions en soirée sur des thématiques relatives à la santé sexuelle et reproductive dans lesquelles s'exprime un prestataire de santé du centre jeunes associé. Elle transmet, par exemple, de l'information sur les campagnes de dépistage du VIH/Sida.

Des pages Facebook comme « Génération PF », « Apprendre à vivre Mali » ou d'associations comme l'AJCAD sont facilement consultables par les jeunes. « Click Info Ado » : Un portail d'informations sur la SSR destiné aux jeunes.

### **3.4. Principaux problèmes et points à prendre en compte dans le secteur**

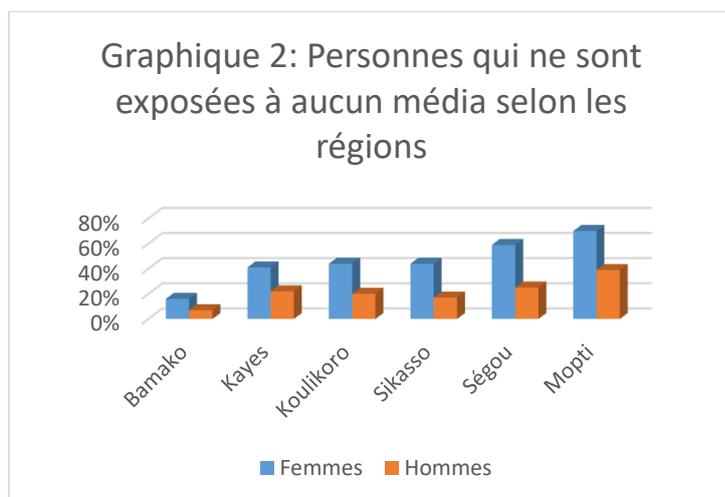
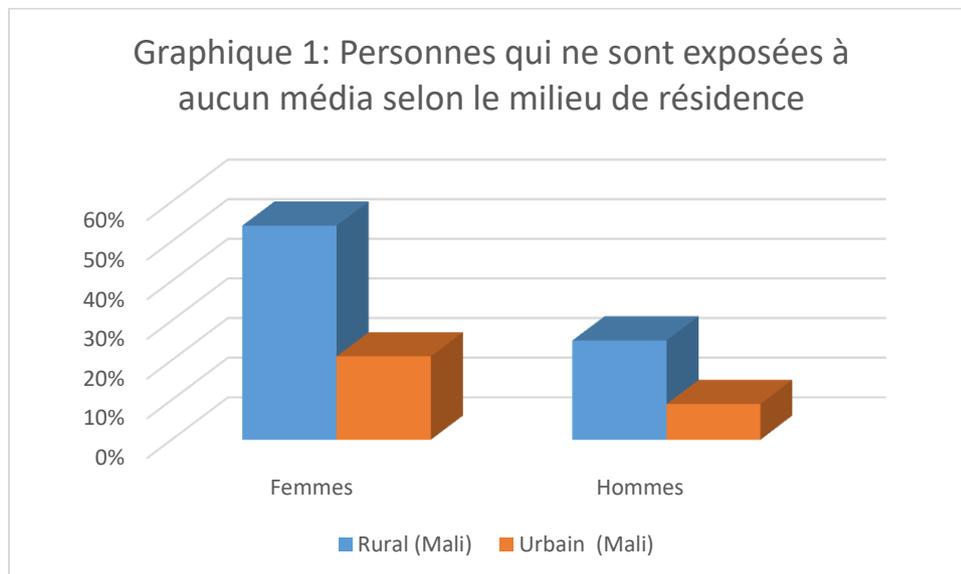
#### **3.4.1. Inégalités dans le secteur (des groupes sociaux, régionaux ou ethniques particuliers sont-ils moins favorisés?)**

Au Mali, il existe des inégalités notoires en matière de DSSR, selon le milieu, la région, le niveau d'instruction et économique.

##### **3.4.1.1 Exposition aux médias**

Ainsi, en milieu rural, plus de la moitié des femmes (54 %) ne sont exposées à aucun média contre 21 % en milieu urbain. Chez les hommes, l'écart est également important, la proportion variant de 25 % en milieu rural, à 9 % en milieu urbain. Les résultats selon la région mettent également en évidence des différences. Ainsi, la proportion de femmes n'ayant accès à aucun média est sensiblement plus faible à Bamako (16 %) que partout ailleurs. Les femmes qui ne sont exposées à aucun média sont également relativement moins nombreuses dans les régions de Kayes (41 %), Koulikoro (44 %) et Sikasso (44 %), comparées à celles de Ségou (59 %) et Mopti (70 %).

Une tendance similaire apparaît chez les hommes. En effet, la proportion de ceux qui ne sont habituellement exposés à aucun média étant beaucoup plus faible à Bamako (7 %) que dans les autres régions. Par ailleurs, dans les régions de Kayes (22 %), Koulikoro (20 %) et Sikasso (17 %), les proportions d'hommes qui ne sont exposés à aucun média sont plus faibles que dans la région de Ségou (25 %) et surtout que dans celle de Mopti (39 %).



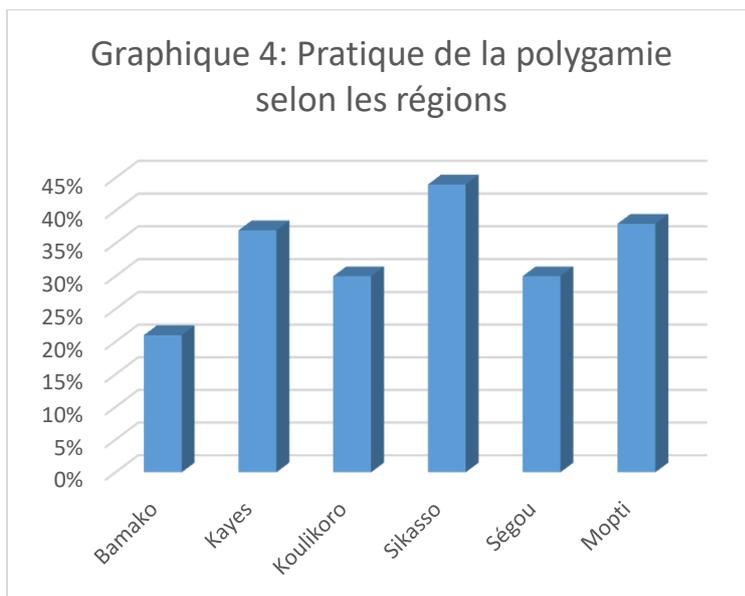
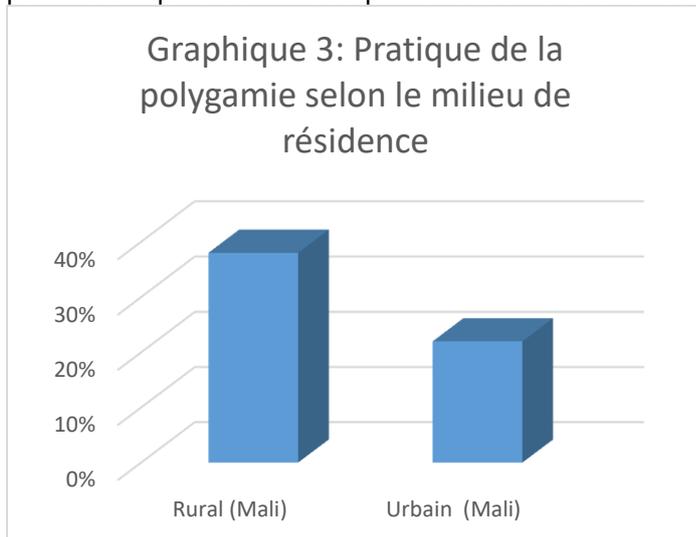
### 3.4.1.2 La pratique de la polygamie

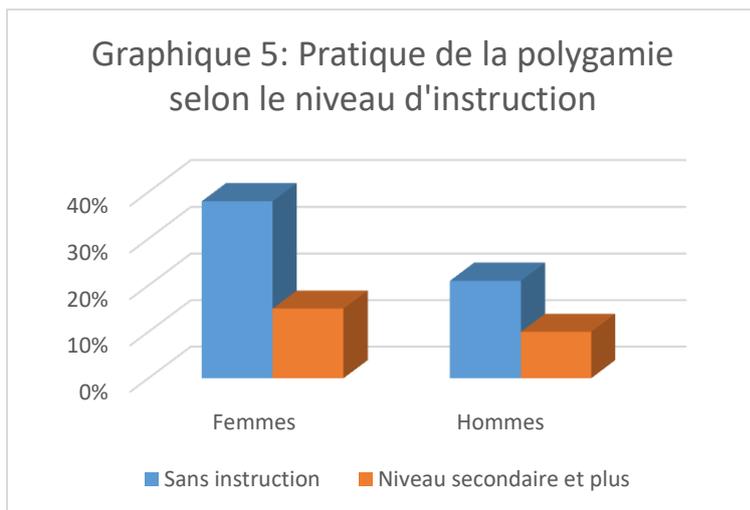
La pratique de la polygamie est beaucoup plus répandue en milieu rural qu'en milieu urbain (38 % contre 22 %). Les résultats selon les régions montrent que c'est à Sikasso (44 %), Mopti (38 %) et à Kayes (37 %) que les proportions de femmes polygames sont les plus élevées. À l'opposé, c'est dans le district de Bamako (21 %) que la proportion de femmes en union polygamique est la plus faible. Dans les autres régions, la proportion de femmes vivant en union polygamique oscille autour de 30 %.

La pratique de la polygamie varie aussi en fonction du niveau d'instruction des femmes. On constate

en effet, que la proportion de femmes en union polygame diminue avec l'augmentation du niveau d'instruction, variant de 38 % parmi les femmes sans instruction à 15 % parmi celles ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus.

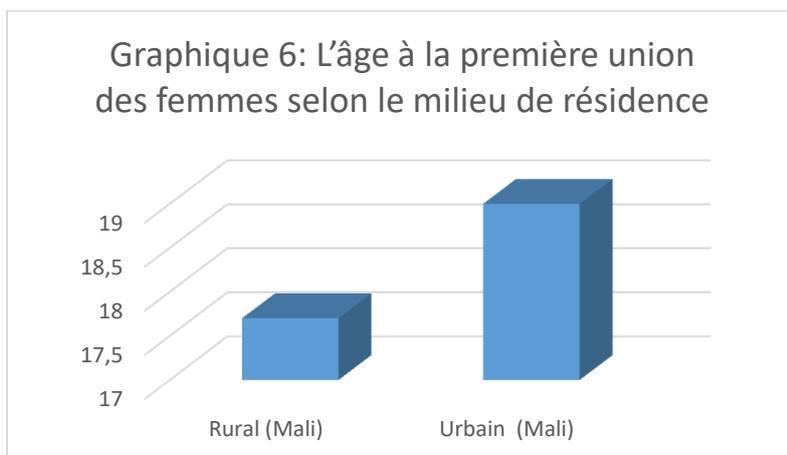
Comme chez les femmes, la proportion d'hommes en union polygame diminue avec l'augmentation du niveau d'instruction, variant de 21 % parmi les hommes qui n'ont aucune instruction à 17 % parmi ceux qui ont un niveau primaire et à 10 % chez ceux qui ont un niveau secondaire ou plus.



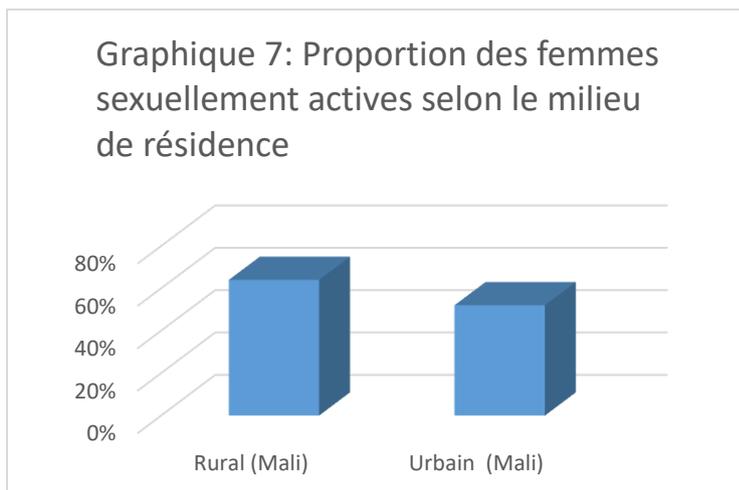


### 3.4.1.3 L'âge à la première union des femmes

L'âge à la première union des femmes de 25-49 ans diffère d'un milieu de résidence à l'autre. Les femmes du milieu rural se marient plus tôt que celles du milieu urbain : 17,7 ans contre 19,0 ans. En outre, les femmes de Bamako se marient légèrement plus tard que celles des Autres villes (19,4 ans contre 18,8 ans).

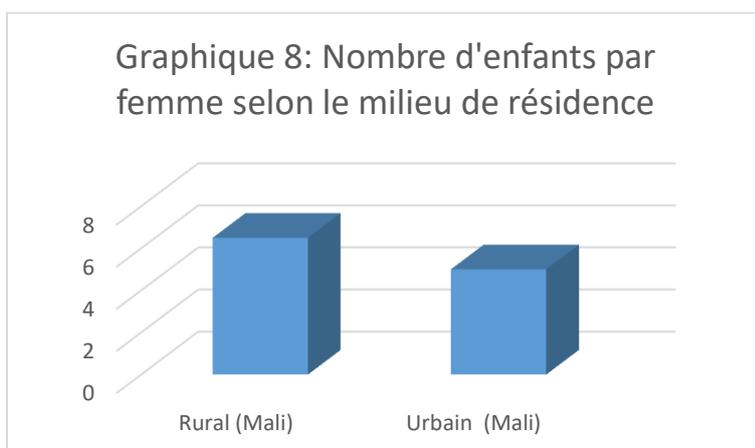


Selon le milieu de résidence, les résultats révèlent que la proportion de femmes sexuellement actives est nettement plus élevée en milieu rural qu'en milieu urbain (64 % contre 52 %), conséquence d'un âge d'entrée en première union et d'un âge aux premiers rapports sexuels plus précoces en milieu rural qu'en milieu urbain. Pour les mêmes raisons, la proportion de femmes n'ayant jamais eu de rapports sexuels est beaucoup plus élevée en milieu urbain qu'en milieu rural (15 % contre 7 %). Les résultats selon les régions montrent que c'est dans le district de Bamako (53 %), que la proportion de femmes dont les derniers rapports sexuels ont eu lieu au cours des quatre dernières semaines est la plus faible. À l'opposé, c'est dans la région de Koulikoro que cette proportion est la plus élevée (64 %).



#### 3.4.1.4 La fécondité des femmes

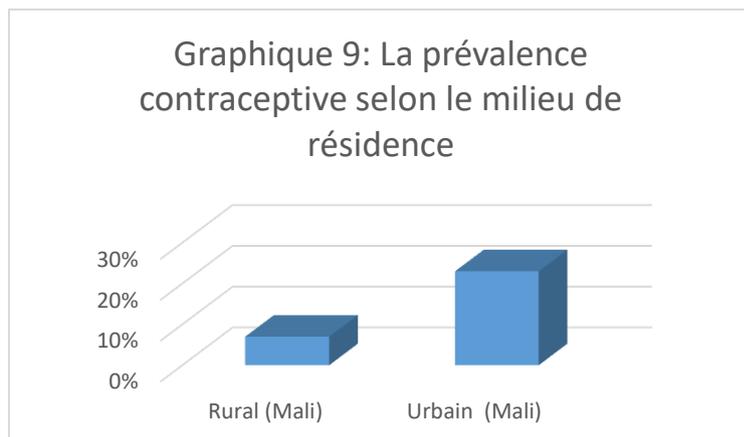
La fécondité des femmes maliennes demeure élevée, puisque le nombre moyen d'enfants par femme est estimé à 6,1. Les femmes du milieu urbain ont un niveau de fécondité plus faible que celles du milieu rural (5,0 enfants contre 6,5 enfants par femme). Les femmes qui n'ont aucun niveau d'instruction ont, en moyenne, 2,5 enfants de plus que celles qui ont un niveau secondaire ou plus.



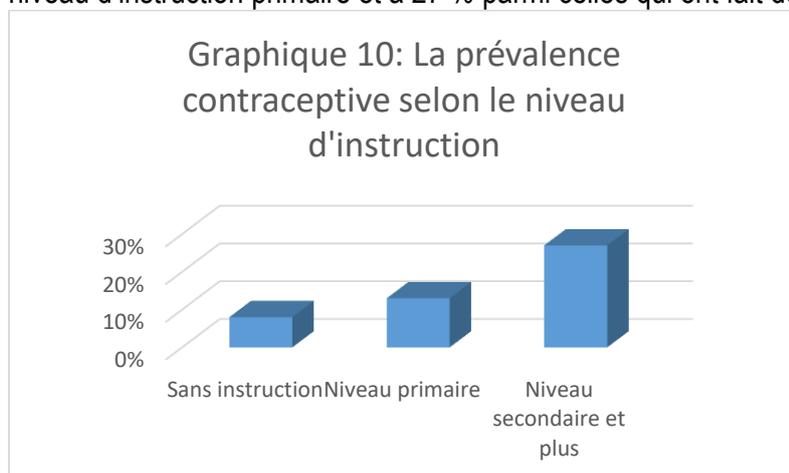
#### 3.4.1.5 La prévalence contraceptive

La prévalence contraceptive est plus de trois fois plus élevée en milieu urbain qu'en milieu rural, tant pour l'ensemble des méthodes (23 % contre 7 %) que pour les méthodes modernes (22 % contre 7 %).

Les différences régionales sont très importantes. Ainsi, les niveaux d'utilisation les plus élevés de méthodes modernes sont enregistrés à Bamako et à Sikasso (respectivement 23 % et 11 %) et par contre, c'est dans les régions de Kayes et de Mopti que l'on observe les taux d'utilisation les plus faibles (respectivement 6 % et 3 %).



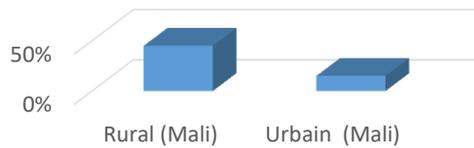
Le niveau d'instruction apparaît comme le facteur le plus déterminant de l'utilisation contraceptive, la prévalence variant de 8 % chez les femmes sans instruction à 13 % parmi celles qui ont un niveau d'instruction primaire et à 27 % parmi celles qui ont fait des études secondaires ou plus.



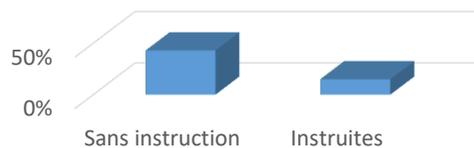
### 3.4.1.6 La diffusion des messages sur la planification familiale

Globalement, les messages sur la planification familiale ont plus atteint les femmes des zones urbaines, celles qui ont de l'instruction et celles des ménages les plus riches que les autres. En effet, en milieu rural, 45 % des femmes contre 15 % en milieu urbain n'ont été exposées à aucun message sur la planification familiale. De même, 43 % des femmes sans instruction n'ont pas été touchées par des messages sur la planification familiale alors que, parmi les plus instruites, cette proportion n'est que de 15 %.

Graphique 11: Les femmes qui ont été atteintes par les messages sur la planification familiale selon le milieu de résidence



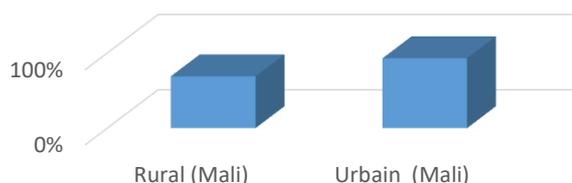
Graphique 12: Les femmes qui ont été atteintes par les messages sur la planification familiale selon le niveau...



### 3.4.1.7 Les soins prénatals

Le pourcentage de femmes ayant reçu des soins prénatals d'un prestataire formé est plus élevé chez les femmes du milieu urbain que chez celles du milieu rural (93 % contre 69 %).

Graphique 13: Le taux des soins prénatals selon le milieu de résidence



### 3.4.1.8 La naissance dans un établissement de santé

Les résultats montrent aussi que la quasi-totalité des naissances du milieu urbain (91 %) se sont déroulées dans un établissement de santé contre 46 % en milieu rural. Les écarts selon la région de résidence sont importants : 95 % des femmes à Bamako ont accouché dans un établissement de santé contre seulement 26 % dans la région de Mopti. Les femmes les plus instruites ont accouché plus fréquemment dans un établissement de santé que les autres (91 % contre 50 %).

Graphique 14: Le taux de naissance dans un établissement de santé selon le milieu de résidence



### 3.4.2. Violence basée sur le genre

Dans cette section nous développons les statistiques et les types de BVG ; ainsi que les difficultés de lutte contre les BVG.

La Déclaration des Nations Unies sur les violences à l'égard des femmes a défini dans son article 1<sup>er</sup> la violence comme « tous actes de violence dirigés contre le sexe féminin et causant ou pouvant causer aux femmes un préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques, y compris la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée ».

Le Tableau ci-dessous donne les statistiques des BVG au Mali sur les femmes de 15-49 ans.

**Tableau 7: Statistiques des violences basées sur le genre selon l'EDSM V 2012 – 2013**

VBG	Pourcentage
Femmes ayant subi des violences physiques	38 %
Femmes ayant subi des violences physiques par leur mari/partenaire actuel ou le plus récent	65 %
Femmes en union ayant subi des violences physiques par leur mari/partenaire actuel ou le plus récent	44 %
Femmes ont été physiquement blessées à la suite de violences conjugales dans les 12 derniers mois	25 %
Taux d'excision	85%
Mariages à 15 ans ou moins	23%
Mariages à 18 ans ou moins	66%

Selon une étude<sup>32</sup> du MPFEF, les types de violences faites aux femmes et aux filles au Mali sont décrits ci-dessous :

- Les coups et blessures : donner des coups dont certains peuvent occasionner des blessures voire la mort.
- Le gavage des jeunes filles : obliger les jeunes filles à consommer des aliments liquides ou solides pour accélérer leur croissance physique en vue du mariage.
- L'excision

<sup>32</sup> Bréhima Beridogo; « étude sur les violences faites aux femmes », 2002. MFEF

- Le viol : contraindre la femme à faire des rapports sexuels en se servant de la contrainte physique, de la ruse ou sous la menace d'une arme.
- Les excès et sévices sexuels au sein du couple : le viol commis au sein du couple légalement marié.
- Les expressions et injures sexistes : des grossièretés adressées à la femme.
- Le harcèlement sexuel : forme de violence que subissent des femmes se trouvant sous l'autorité d'un homme dont la décision est déterminante pour leur sort.
- La Répudiation : rupture unilatérale des liens de mariage par l'époux sans en référer aux autorités coutumières ou judiciaires, aux normes traditionnelles ou étatiques de divorce.
- Le lévirat et le sororat : Le lévirat consiste pour une veuve à avoir pour conjoint le frère de son mari défunt et le sororat consiste pour un veuf à épouser la sœur de sa femme défunte.
- Le mariage forcé consiste à nouer un mariage sans tenir compte du consentement des deux conjoints.
- Le mariage précoce : C'est un mariage, généralement, célébré par les parents de la femme alors qu'elle n'a pas encore atteint la maturité biologique et physiologique.
- Le rapt de femme : Une autre forme de mariage forcé. Il consiste à enlever la femme contre son gré et à l'emmener de force en dehors de la communauté.
- Le troc de femme : le groupe qui demande à un autre une épouse pour l'un de ses hommes, à offrir en échange une de ses propres femmes dans l'immédiat.
- Le changement d'option matrimoniale : Selon le code malien de mariage, les époux, au moment du mariage, ont le choix entre le régime matrimonial monogamique et polygamique. Et le changement de régime ne peut se faire qu'avec l'accord des deux parties. Mais des hommes, de manière unilatérale, changent de régime matrimonial, passant de la monogamie à la polygamie
- La répudiation légale dans le droit musulman : La *sharia* permet à l'époux de répudier sa femme.
- Le veuvage : C'est une contrainte pour la femme alors que rien n'est imposé à l'homme dans la situation inverse. Selon le Coran, « si ceux qui meurent laissant des femmes, elles doivent attendre quatre mois et dix jours » (Sourate II, verset 234).
- La séquestration religieuse et le port forcé du tchador: Certaines sectes musulmanes procèdent à la séquestration de leurs femmes. Elles ne peuvent sortir de leurs lieux de séquestration car elles ne doivent être vues d'aucun autre homme.
- La violence économique : Elle peut consister à empêcher la femme d'avoir des revenus, l'empêcher d'avoir toute information ou contrôle sur des domaines économiques relatifs à son existence ou à son milieu social.
- La ségrégation des femmes dans l'accès aux postes de responsabilité
- La ségrégation dans l'accès à la direction de la famille, de la communauté
- L'exclusion et la ségrégation en matière d'héritage
- Le non-accès à certains services : école, services de santé, etc. : Certaines femmes
- La violence des coépouses : Quand plusieurs femmes ont en commun un même époux et qu'elles habitent ensemble ou ont l'occasion de se rencontrer, il s'ensuit souvent des agressions physiques (coups et blessures), verbales (injures, menaces, etc.), morales (intimidation, tentatives d'humiliation, etc.), etc.
- Formes maliennes du complexe d'œdipe : Toujours au sein de la famille, il y a les violences de belle-mère sur leur belle-fille, de femme ou fille sur leur belle-sœur.
- L'auto violence : Cela consiste à infliger une violence à son corps, pour répondre à un canon de beauté imposé par la société, dépigmentation, tatouage, etc.

- La prostitution forcée et le proxénétisme

La lutte contre les violences faites aux femmes et aux filles a fait partie des différents plans d'actions du MPFEF, notamment celui de 1996-2000, 2002-2006, 2012-2017.

Les actions dans la lutte contre les violences faites aux femmes et aux filles sont déterminés dans l'axe d'intervention prioritaire 1 de la Politique Nationale Genre 2009-2018 (PNG-Mali).

Actuellement il existe plusieurs cadres de concertation liés à la promotion des droits des femmes et des enfants et de la lutte contre les pratiques néfastes. Il s'agit du Comité National d'action de lutte pour l'Abandon des Pratiques Néfastes à la santé de la femme et de la fille (CNAPN), des Comités Régionaux d'action pour l'Abandon des Pratiques Néfastes à la santé de la femme et de la fille (CRAPN) ainsi que des Comités Locaux d'action pour l'Abandon des Pratiques Néfastes à la santé de la femme et de la fille (CLAPN) mis en place dans le cadre du Programme National de lutte pour l'abandon de la pratique de l'Excision.

Pour faciliter l'assistance aux femmes et aux filles victimes de violences une dizaine de cliniques juridiques ont été mises en place dont 4 à Bamako et 6 autres dans les régions (Ségou, Mopti, Tombouctou, Gao ...). Les cliniques sont animées par les juristes et para-juristes. Les avocats, magistrats, juges et auxiliaires de justice sont leurs proches collaborateurs pour des prestations de services.

Le cadre législatif et politique est inadapté du fait de la non harmonisation de la législation nationale avec les conventions internationales, la non insertion des textes ratifiés dans le journal officiel, la mise en avant des règles de la coutume au détriment du droit.

Des vides juridiques persistent dans la législation nationale, notamment en ce qui concerne la violence domestique, le viol conjugal, le harcèlement sexuel et l'excision.

Les plus grandes difficultés des femmes qui sont victimes de violences pour chercher le recours à la Justice se situent au niveau de la dénonciation des actes de violence et de la sollicitation auprès des services juridiques par les victimes et leur environnement social. Les violences, surtout en milieu conjugal font rarement l'objet de plaintes, certainement par méconnaissance du droit ou par peur d'incrimination de la victime ou du plaignant par la société. A cela s'ajoute le cout élevé de la Justice, la pression familiale, le manque d'indépendance économique ou le manque de soutien de la famille

Depuis le début du conflit armé et notamment au cours des mois d'occupation, les femmes des régions de Kidal, Tombouctou, Gao et Mopti ont subi des violences et traitements inhumains de toutes sortes. Les violences physiques, psychologiques, sexuelles, économiques et culturelles sont devenues le quotidien de ses femmes et de leurs enfants.

Au niveau traditionnel le traitement de la violence est fonction de sa perception par la communauté et aussi du statut de l'auteur. Quand la communauté estime qu'il n'y a pas fait de violence le problème ne se pose pas. C'est le cas de certaines injures, et même des coups surtout quand ils n'ont pas occasionné de blessure, de l'excision, du veuvage, du lévirat et du sororat, de l'abandon de femme pour raisons d'exode, de la séquestration de femme pour raisons religieuses, de l'exclusion de l'héritage, de l'exclusion des centres de décision, etc.

Le viol, bien que considéré comme une violence, a un traitement particulier au Mali. Pour la victime, c'est un accident honteux dont elle n'aimerait pas que l'entourage soit informé. Une grossesse indésirée est mieux perçue qu'un viol, ce faisant une fille-mère a plus de chance d'avoir un époux qu'une fille victime de viol, surtout de viol collectif. Cette dernière est considérée et se considère comme souillée.

Malgré l'existence du GBVIMS, très peu de cas de VBG sont déclarés par la population par peur de représailles, de stigmatisation ou parce que ces violences ont été étouffées au sein du cercle privé. En outre, les populations disposent d'un faible accès aux services de prise en charge.

### **3.4.3. Corruption et favoritisme dans le secteur (livraison, achat, attribution des emplois)**

Selon Amnesty International, de manière générale, il s'agit de « l'abus de pouvoir confié à des fins personnelles ». La corruption peut être classée comme grave, mesquine et politique, en fonction des sommes d'argent perdues et du secteur où elle se produit.

La grande corruption consiste en des actes commis à un niveau de gouvernement élevé qui faussent les politiques ou le fonctionnement central de l'État, permettant aux dirigeants de bénéficier aux dépens du bien public. La petite corruption fait référence aux abus quotidiens du pouvoir confié par des fonctionnaires de rang inférieur et moyen dans leurs interactions avec des citoyens ordinaires, qui tentent souvent d'accéder à des biens ou à des services de base dans des lieux tels que des hôpitaux, des écoles, des services de police et autres.

La corruption politique est une manipulation des politiques, des institutions et des règles de procédure dans l'allocation des ressources et le financement par les décideurs politiques, qui abusent de leur position pour maintenir leur pouvoir, leur statut et leur richesse.

Au Mali, en matière de SSR nous avons :

- Les abus dans l'affectation des fonctionnaires ;
- Les surfacturations dans l'achat d'équipements ;
- Le détournement des fonds ;
- Le déséquilibre de financement selon les lieux ;
- Le vol de médicaments ;
- Les paiements sans reçus ;
- Le taux de l'absentéisme est élevé parmi les travailleurs de la santé. En moyenne, 40% des agents de santé sont absents sans raison valable<sup>33</sup>. La qualité des soins est très faible ;
- L'ouverture des centres de santé sans aucune autorisation ;
- Le trafic des autorisations qui deviennent des effets de commerce à céder au plus offrant.

### **3.4.4. Mécanismes de prise de décision (comment les décisions sont prises, qui est impliqué, les décisions sont-elles mise en œuvre ?)**

---

<sup>33</sup> Jean Pierre James, « Système sanitaire au Mali: Mort ou agonie ? » Le Nouveau Réveil du 21 avril 2018.

Les décisions sont prises au niveau de :

- Les départements ministériels concernés ;
- L'assemblée nationale ;
- La justice ;
- La police judiciaire ;
- La gendarmerie ;
- Les OSC ;
- Les PTF ;
- La famille, les leaders communautaires.

Dans la plupart des cas, les décisions ne sont pas mises en œuvre car le recours à la médiation occupe la majorité des voies de résolution. Les valeurs sociales telles que la réconciliation à l'amiable prennent le dessus sur l'application des textes judiciaires et même des décisions de justice font l'objet de traitement à l'amiable.

Le système de santé est structuré en trois niveaux:

1. central,
2. régional et
3. subrégional.

L'administration centrale est composée du

- cabinet, du
- secrétariat général et de
- services centraux.

L'administration centrale est chargée d'élaborer les éléments de la politique nationale en matière de santé et d'en assurer l'exécution. Elle assure la coordination et le contrôle technique des services régionaux et subrégionaux, des services rattachés, des organismes personnalisés placés sous tutelle du Ministère chargé de la santé et apporte un appui stratégique à l'ensemble des services de santé.

Les services techniques de région sont chargés d'appuyer et de contrôler ceux de cercles.

Les services techniques de cercles élaborent les plans de développement sanitaire de cercle (PDSC), planifient les actions, organisent la mise en œuvre, impulsent les ressources humaines et contrôlent les résultats des actions exécutées.

Les collectivités locales participent à l'administration de la santé dans de conditions définies par le Code des collectivités territoriales. Le Conseil Communal, le Conseil de Cercle et l'Assemblée Régionale délibèrent sur la politique de création et de gestion de dispensaires, des maternités et des centres de santé communautaire, et des hôpitaux régionaux.

Les établissements de santé assurent les examens de diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes. Ils assurent également la dispensation des médicaments. Ils participent à des actions de santé publique notamment les actions de prévention et d'éducation pour la santé. Les établissements de santé comprennent :

- les établissements publics hospitaliers ;
- les centres de santé de référence ;
- les établissements de santé privés.

Les établissements publics hospitaliers sont dotés de la personnalité morale et de l'autonomie administrative et financière. Les établissements de santé privés comprennent ceux qui poursuivent un but lucratif et ceux à but non lucratif.

Les établissements de santé privés à but lucratif sont créés et gérés sous forme d'entreprises individuelles ou de groupements. Les établissements de santé privés à but non lucratifs ont été créés et gérés notamment par des associations, des fondations ou des congrégations religieuses.

Les établissements de santé privés créés par des associations de santé communautaires sont dénommés « Centres de santé communautaires ».

Les centres de santé de référence sont les centres de santé des chefs-lieux de district sanitaire assurant les fonctions de première référence technique et de santé publique telles que définies dans la politique sectorielle de santé.

La pyramide sanitaire malienne peut être divisée en 3 niveaux :

Le niveau central comprend les hôpitaux et instituts généraux et spécialisés qui sont en charge des cas graves et/ ou spécialisés qui nécessitent des interventions approfondies.

Le niveau intermédiaire comprend les hôpitaux régionaux généraux.

Le niveau district sanitaire peut être divisé en deux établissements :

- Les Centres de santé de référence (CS réf) sont sous l'autorité de la Direction Régionale de la Santé. Ils sont à l'intermédiaire entre les hôpitaux et les Centres de santé communautaires qui sont au plus près des populations et envoient également des cas aux CS réf.
- Les Centres de Santé Communautaires (CSCoM) sont normalement composés d'un dispensaire, d'une maternité et d'une petite pharmacie.

Des associations nommées ASACO composées d'habitants de la zone gèrent les CSCoM.

Dans le cas des DSSR, il y a :

- Le Relais Communautaire (RC) autorisé à donner les informations sur la PF, à distribuer le condom et la pilule.
- L'Agent de Santé Communautaire (ASC). Quant à lui, en plus de ce que fait le relais, peut administrer les injectables.

En plus de ces deux catégories d'agents, il existe aussi le Pair Educateur (PE) chargé de l'information et de la communication sur la PF. Il offre également le condom et la pilule.

Mali : Dès les années 90, les RC ont été autorisés à offrir les méthodes de barrière et les pilules en première prescription. L'autorisation a aussi été faite aux accoucheuses traditionnelles appelées « matrones » de fournir des services de PF dans les villages grâce à une directive de 2005. En 2009, la Direction Nationale de la Santé (DNS) et

ses partenaires ont élaboré une nouvelle stratégie pour la DBC, appelée « Soins essentiels dans la communauté».

La stratégie a effectivement été lancée en 2011. La DBC des injectables a été intégrée comme objectif spécifique du plan de repositionnement de la PF en 2012. La même année, l'insertion des implants par les matrones a été intégrée dans les Politiques, Normes et Protocoles (PNP).

### **3.4.5. Difficultés dans la mise en œuvre des décisions (problèmes de la mise en œuvre dus à quels facteurs humains, politiques ou économiques?)**

Les difficultés dans la mise en œuvre des décisions sont :

- Le faible niveau social et économique des femmes ;
- La forte influence des hommes et de la société sur la femme ;
- Les inégalités de genre qui placent la femme à un niveau nettement inférieur à l'homme ;
- La non fermeté des acteurs de police judiciaire qui n'arrivent pas à appliquer les textes ;
- L'insuffisance dans l'information de la population.

## 4. Conclusion

### 4.1. Qu'est-ce qui fonctionne dans le domaine de la responsabilité dans le secteur?

La présente étude sur l'économie politique en matière de DSSR au Mali fait ressortir un certain nombre d'aspects. Des avancées réelles se sont réalisées avec la ratification de plusieurs conventions et chartes défendant les DSSR. De même, un nombre important de textes juridiques, de plans et de programmes ont été mis en place pour la promotion des DSSR.

Aussi les OSC et ONG sont engagés dans l'information la sensibilisation et les services de DSSR. La population est également de plus en plus engagée.

### 4.2. Ce qui ne fonctionne pas encore dans le système: les lacunes, les principaux goulets d'étranglement

Il existe toutefois des obstacles, dont :

- La perception positive de certaines violences faites aux femmes et aux filles ;
- L'attitude des victimes de VBG elles-mêmes : le silence, la résignation, le droit à la violence reconnu à l'homme, etc.
- L'amplification des problèmes de DSSR par la crise malienne qui a entraîné d'importantes violations des droits humains, notamment des droits des filles et des femmes ;
- L'insuffisance dans la prise en compte des adolescentes de 10-14 ans dans les programmes, plans et politiques portant sur le DSSR ;
- L'insuffisance dans la mise en application de nombreuses conventions et chartes internationales relatives aux DSSR que le Mali a ratifiées ;
- La faiblesse dans l'harmonisation des lois ou textes assurant l'application des conventions internationales avec les textes internationaux relatifs aux DSSR ;
- Le caractère tabou de la sexualité ;
- Le manque de coordination des acteurs et structures intervenant dans le domaine de DSSR qui limite l'efficacité des actions ;
- L'insuffisance du personnel médical ;
- La corruption dans les services DSSR ;
- Les problèmes entre adoption et application des textes ;
- Les problèmes entre les textes et le contexte socioculturels ;
- La méconnaissance des textes par les acteurs eux-mêmes ;
- La grande lourdeur dans la mobilisation et dans la consommation effective et efficiente des ressources destinées au financement des actions de DSSR ;
- L'inégalité entre milieux rural et urbain.

Toute solution doit d'abord chercher à briser ces obstacles et à prendre appui sur les associations, OSC et ONG qui luttent pour la promotion des DSSR.

### 4.3. Recommandations

Nous formulons les recommandations suivantes :

- Pour la formulation des politiques et stratégies en rapport avec les DSSR :
  - ✓ Appliquer et de faire appliquer les lois déjà existantes en matière de DSSR et légiférer là où il existe des vides juridiques ;
  - ✓ Soutenir et d'accompagner la loi par une série de mesures incluant en priorité la sensibilisation et l'éducation, notamment à travers les médias (radio, télévision et journaux, réseaux sociaux et Internet), les ONG et associations et les centres de santé ;
  - ✓ Elaborer et mettre en œuvre des stratégies de formation durables pour les acteurs de médiation sociale et de structures judiciaires et para judiciaires (police, gendarmerie, autres officiers de police judiciaires comme les maires etc.) afin de renforcer leurs connaissances en DSSR ;
  - ✓ Impliquer l'ensemble des acteurs dans les processus d'élaboration des textes ;
  - ✓ Informer et sensibiliser les partis politiques, les membres de l'Assemblée nationale et les responsables locaux sur les DSSR.
  
- Pour la conception de projets ou de programmes DSSR :
  - ✓ Soutenir les programmes existants de sensibilisation ;
  - ✓ Lutter efficacement contre la corruption en milieu médical ;
  - ✓ Octroyer un financement adéquat aux services de DSSR ;
  - ✓ Continuer et améliorer le suivi/la supervision de la mise en œuvre des décisions en matière de DSSR.
  
- Pour informer le dialogue et l'engagement avec les partenaires DSSR :
  - ✓ Informer et sensibiliser les femmes, les hommes, les adolescents, le personnel de santé, le personnel enseignant, et les leaders d'opinion (chefs de quartier et de village, chef religieux, hommes et femmes influents du milieu, responsables de partis politiques, etc.), les OSC sur les DSSR;
  - ✓ Réconcilier les normes, croyances, superstitions et stéréotypes communautaires avec les initiatives et ou stratégies d'intervention en matière de DSRR ;
  - ✓ Instaurer des espaces de dialogues et d'actions structurés au sein des communautés afin de renforcer les connaissances et les compétences en matière de DSSR ;
  - ✓ Diffuser et vulgariser les textes au niveau des écoles et instituts de formation judiciaire, paramédicale et médicale ;
  - ✓ Organiser des émissions débat sur les radios, télé portant sur les textes et lois.
  
- Pour la prestation des services DSSR :
  - ✓ Renforcer l'accès (géographique et financier) des adolescents et des jeunes aux services de DSSR de qualité et adaptés à leurs besoins dans les centres de santé, aux prestations cliniques, mobiles et communautaires des OSC, utilisant des stratégies définies avec la pleine et entière collaboration des principaux intéressés ;
  - ✓ Renforcer la coordination des actions des différents départements étatiques intervenant dans le domaine des DSSR ;

- ✓ Privilégier les approches intégrées, par exemple DSSR et autonomisation économique.

## Annexe 1 : Structures consultées

Liste des structures ayant répondu au questionnaire & Membres de la Task-force mis en place dans le cadre de l'étude sur l'analyse de l'économie politique du secteur DSSR

Catégories de représentations	Nombre de représentants	Noms des structures
'Etat	3	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ DNS</li> <li>▪ DNP</li> <li>▪ INFSS</li> </ul>
Société civile	6	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Coalition nationale des OSC/PF</li> <li>▪ AMPPF</li> <li>▪ ONG PSI</li> <li>▪ ONG MSI</li> <li>▪ ONG ASDAP</li> <li>▪ PSI</li> </ul>
PTFs	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ UNFPA</li> </ul>
Représentants des jeunes	2	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Réseau des J/A</li> <li>▪ MAJ/AMPPF</li> </ul>
<b>Total</b>	<b>12</b>	

## Annexe 2 : Structures de la Task-force

### 1. Liste des structures de la Task-force au Mali (6 membres)

Catégories de représentations	Noms des structures	Prénoms & Noms des représentants	Titres et Postes occupés dans les structures	Adresses de contact (Téléphones et emails)
Structures de l'Etat (3 représentants)	Direction nationale de la santé/Division santé de la reproduction	Dr Boré Saran Diakité	Chef de division santé de la reproduction/DNS	Email : <a href="mailto:saranbore66@gmail.com">saranbore66@gmail.com</a> Tel : 00223.76.13.91.55
	Direction nationale de la promotion de la femme	Mme Rose Dembéle	Directrice Nationale de la promotion de la femme	Email : <a href="mailto:rosedembele@yahoo.fr">rosedembele@yahoo.fr</a> Tel : 00223.66.75.03.93
	Direction nationale de la population (DNP)	Mme Barry Kadidia Dabo	Responsable de division communication	Email : <a href="mailto:dabokadidia@yahoo.fr">dabokadidia@yahoo.fr</a> Tel : 00223.76.04.31.61
Société civile : 2 représentants	Coalition nationale des OSC/PF : 1 représentant	Dr Ba Djbril Sall	Coordinateur de projet Amplify Change au Groupe Pivot/santé-Coalition OSC/PF	Email : <a href="mailto:badjibrilsall@yahoo.fr">badjibrilsall@yahoo.fr</a> Tel : 00223.65.99.56.56
	AMPPF Mali (membre IPPF/région)	M. Moussa MBO	Directeur exécutif par intérim	Email : <a href="mailto:mbomoussa@gmail.com">mbomoussa@gmail.com</a>

	Afrique)		AMPPF Mali	Tel : 00223.76.32.68.80
PTFs : 1 représentant	UNFPA Mali	Dr Sadio Diarra	Chargée de programme SR/UNFPA Mali	Email : <a href="mailto:sdiarra@unfpa.org">sdiarra@unfpa.org</a> Tel : 00223.74.19.00.26
<b>Total : 6 structures</b>				

### Annexe 3 : Questionnaire

#### Questionnaire pour l'étude sur l'analyse de l'économie politique du secteur DSSR

**Date** \_\_\_\_\_ /

**Pays** \_\_\_\_\_ /

**Structure** \_\_\_\_\_ /

**Responsable** \_\_\_\_\_ /

**Adresse et contacts** \_\_\_\_\_ /

Questions	Réponses	
<b>1. Développement du secteur DSSR</b>		
Quel a été le développement du secteur DSSR et la législation actuelle dans votre pays (veuillez indiquer les dates et les textes) ?	Date 1 :	Texte :
	Date 2 :	Texte :
	Date 3 :	Texte :
	Date 4 :	Texte :
	Date 5 :	Texte :
<b>2. Acteurs et mandats</b>		
Qui sont les acteurs du secteur DSSR et quels sont leurs mandats dans votre pays ?	Acteur 1 :	Mandat :
	Acteur 2 :	Mandat :
	Acteur 3 :	Mandat :
	Acteur 4 :	Mandat :
	Acteur 5 :	Mandat :
<b>3. Perceptions et appropriation des populations</b>		
Quelles sont les perceptions des populations sur le secteur DSSR dans votre pays ?	Perception 1 :	
	Perception 2 :	

	Perception 3 : Perception 4 : Perception 5 :
Les populations se sont-elles appropriées des services DSSR dans votre pays ?	Oui ___/ Non ___/ Veuillez justifier votre réponse :
<b>4. Financement du secteur DSSR et bénéficiaires</b>	
Quelles sont les sources de financement du secteur DSSR dans votre pays ?	Source 1 : Source 2 : Source 3 : Source 4 : Source 5 :
Quels sont les montants alloués ces dernières années au secteur DSSR (en dollars) dans votre pays ?	2015 : 2016 : 2017 :
Quels sont les principaux bénéficiaires des subventions et des services de DSSR dans votre pays ?	Bénéficiaire 1 : Bénéficiaire 2 : Bénéficiaire 3 : Bénéficiaire 4 : Bénéficiaire 5 :
<b>5. Violence basée sur le genre</b>	
Quels sont les différents types de violence basée sur le genre dans votre pays ?	Type 1 : Type 2 : Type 3 : Type 4 : Type 5 :

Que dit la loi de votre pays en la matière ?	
<b>6. Décisions et leur mise en œuvre dans le secteur DSSR</b>	
Comment les décisions sont-elles prises en matière de DSSR dans votre pays ?	
Quels sont les acteurs impliqués dans les décisions selon vous ?	Acteur 1 : Acteur 2 : Acteur 3 : Acteur 4 : Acteur 5 :
Les décisions sont-elles effectivement mises en œuvre dans votre pays ?	Oui ___/ Non ___/ Veuillez justifier votre réponse :
Quelles sont les difficultés dans la mise en œuvre des décisions en matière de DSSR dans votre pays ?	Difficulté 1 : Difficulté 2 : Difficulté 3 : Difficulté 4 : Difficulté 5 :
<b>7. Perceptions générales sur le secteur</b>	
Quels sont les succès en matière de DSSR dans votre pays ?	Succès 1 : Succès 2 : Succès 3 : Succès 4 : Succès 5 :
Quelles sont les principales résistances en matière de DSSR dans votre pays ?	Résistance 1 : Résistance 2 : Résistance 3 : Résistance 4 :

	Résistance 5
Quels sont les plus grands défis du secteur DSSR dans votre pays ?	Défi 1 : Défi 2 : Défi 3 : Défi 4 : Défi 5 :
Quelles sont les principales opportunités en matière de DSSR dans votre pays ?	Opportunité 1 : Opportunité 2 : Opportunité 3 : Opportunité 4 : Opportunité 5 :
Quelles sont les idéologies/valeurs contraignant le changement en matière de DSSR dans votre pays ?	Idéologie/valeur 1 : Idéologie/valeur 2 : Idéologie/valeur 3 : Idéologie/valeur 4 : Idéologie/valeur 5 :
Quels sont les moteurs traditionnels du changement en matière de DSSR dans votre pays ?	Moteur traditionnel 1 : Moteur traditionnel 2 : Moteur traditionnel 3 : Moteur traditionnel 4 : Moteur traditionnel 5 :
Quels sont les moteurs émergents du changement en matière de DSSR dans votre pays ?	Moteur émergent 1 : Moteur émergent 2 : Moteur émergent 3 :

	<p>Moteur émergent 4 :</p> <p>Moteur émergent 5 :</p>
<p>Quelle est l'influence des groupes suivants à la politique en matière de DSSR dans votre pays ?</p>	<p>Secteur privé :</p> <p>ONG/Société civile :</p> <p>Consommateurs :</p> <p>Médias :</p> <p>Leaders communautaires/religieux :</p> <p>Organisations de jeunes :</p> <p>Organisations de femmes :</p>
<p>Existe-t-il des groupes sociaux, régionaux ou ethniques particuliers moins favorisés en matière de DSSR dans votre pays ?</p>	<p>Oui ___/ Non ___/</p> <p>Veillez justifier votre réponse :</p>
<p>Quels sont les principaux goulets d'étranglement du secteur DSSR dans votre pays?</p>	<p>Goulet d'étranglement 1 :</p> <p>Goulet d'étranglement 2 :</p> <p>Goulet d'étranglement 3 :</p> <p>Goulet d'étranglement 4 :</p> <p>Goulet d'étranglement 5 :</p>
<p>Existe-t-il de la corruption ou du favoritisme en matière de DSSR dans votre pays ?</p>	<p>Oui ___/ Non ___/</p> <p>Veillez justifier votre réponse :</p>
<p><b>8. Recommandations</b></p>	
<p>Veillez formuler cinq recommandations pour améliorer le secteur DSSR dans votre pays.</p>	<p><b>Recommandation 1 :</b></p> <p><b>Recommandation 2 :</b></p> <p><b>Recommandation 3 :</b></p> <p><b>Recommandation 4 :</b></p> <p><b>Recommandation 5 :</b></p>

### 1- NOTE TECHNIQUE DE LA SUBVENTION STRATEGIQUE AMPLIFYCHANGE

#### 1.1 CONTEXTE

Ayant bénéficié d'un premier financement d'AmplifyChange au Mali en Février 2017 et dans la dynamique de consolider les points de synergie développés avec CAEB, Ebenezer International a décidé en mai 2017 de postuler pour le deuxième appel à subvention Stratégique d'AmplifyChange en partenariat avec CAEB et, en facilitant la constitution d'un consortium d'organisations travaillant sur les questions en rapport avec les politiques et les stratégies de la santé de la reproduction. Ainsi, Ebenezer International, CAEB, Humanité & Inclusion et la Coalition des Organisations de la Société Civile pour le repositionnement de la planification familiale en Afrique de l'Ouest francophone ont accepté de mettre ensemble leurs expertises et d'activer leurs réseaux d'organisations, afin de concevoir et de soumettre une proposition de projet compétitive à AmplifyChange.

La note conceptuelle soumise en juillet 2017 a été validée par AmplifyChange en Septembre 2017 et la proposition finale du projet a été soumise à AmplifyChange le 6 novembre 2017. Le Comité d'Evaluation Technique Indépendant et le Conseil Consultatif Indépendant d'AmplifyChange ont considéré la candidature du consortium comme une offre prometteuse pour contribuer aux objectifs d'AmplifyChange et l'ont tous les deux recommandée pour recevoir le financement offert par cette subvention stratégique. Une notification officielle d'AmplifyChange a été adressée au Consortium à la date du 5 mars 2018 à cet effet.

#### 1.2 DEFIS LIES AUX POLITIQUES ET STRATEGIES DSSR EN AFRIQUE DE L'OUEST ET EN AFRIQUE AUSTRALE

Le Mali, le Niger, la Guinée, le Malawi et le Mozambique ont signé et ratifié un certain nombre de traités importants sur les droits des femmes et les droits de l'homme, entre autres :

- la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDEF) ;
- le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) et ;
- le Protocole de la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits des femmes en Afrique, mieux connu sous le nom de Protocole de Maputo. Le Protocole de Maputo inclut spécifiquement une disposition en faveur de l'accès à l'avortement légal et sûr.

Beaucoup de ces pays ont adopté des lois nationales sur la santé de la reproduction, bien que la plupart n'ait pas encore élaboré de stratégies et de directives pour appliquer ces lois. Grâce à leur participation au Partenariat de Ouagadougou, le Mali, le Niger, le Burkina Faso et la Guinée ont élaboré un plan national de mise en œuvre chiffré pour la planification familiale et pris des engagements pour améliorer les services de planification familiale. Le Malawi, le Zimbabwe et le Mozambique ont fait des rapports sur la CEDEF et le Protocole sur le genre de la SADC.

Les défis en Afrique de l'Ouest et en Afrique australe incluent, mais ne sont pas limités à:

- des difficultés d'application de la loi en l'absence de législation d'application;

- des difficultés d'interprétation et de mise en œuvre de certaines dispositions (cas de dispositions relatives à l'avortement);
- peu d'appropriation parmi les détenteurs de droits, les populations et les plus grands bénéficiaires (femmes et jeunes) et les travailleurs de la santé;
- la persistance des violations des droits, en particulier chez les jeunes (pas d'accès à l'information, mariage précoce, pratiques néfastes, VBG, avortements);
- la persistance d'obstacles médicaux et attitudinaux dans les sites d'accouchement (les jeunes sont les plus touchés);
- des droits inefficaces des individus et des couples pour jouir de leur sexualité et de leur santé (en particulier les jeunes);
- l'absence de mécanisme de surveillance de l'application de la loi (OSC, parlementaires);
- des refus d'alignement sur les engagements et la convention internationale ;
- l'absence de normes harmonisées en matière de DSSR conformément aux engagements mondiaux, continentaux et régionaux et la promotion de leur domestication pour la SADC et les pays spécifiques;
- un manque de mécanismes de redevabilité liés à l'UA, à la SADC et aux pays avec des instruments pour suivre les progrès réalisés dans les pays afin d'atteindre les cibles sur les DSSR soutenant la SADC;
- insuffisance d'initiatives de plaidoyer avec des acteurs nationaux pour promouvoir la DSSR pour tous.

### **1.3 Objectif de la Subvention Stratégique**

L'objectif de cette subvention stratégique est double:

- 3) Plaider et aider à améliorer la politique et la stratégie DSSR sur les thèmes prioritaires d'AmplifyChange aux niveaux régional et national dans 4 pays subsahariens en Afrique de l'Ouest (Mali, Guinée, Niger, Burkina Faso) ;
- 4) Faciliter le renforcement des capacités, l'engagement et la mise en réseau des organisations de la société civile pour une meilleure mise en œuvre, et le suivi et évaluation de l'impact des politiques en DSSR dans 4 pays subsahariens en Afrique de l'Ouest (Mali, Guinée, Niger, Burkina Faso).

Des visites d'échanges et des études comparatives seront menées au Malawi et au Zimbabwe.

### **1.4 Résultats attendus de la Subvention Stratégique**

Le projet est conçu pour renforcer les initiatives stratégiques de plaidoyer aux niveaux national et régional, avec comme principaux résultats :

- une planification rigoureuse du plaidoyer de haut niveau dans les pays et la région ;
- un engagement et une influence accrues des OSC sur les processus politiques et budgétaires,
- les changements dans les politiques, les lois et les allocations budgétaires,
- l'amélioration de la qualité et de l'analyse des données
- le renforcement de la capacité des OSC à plaider en faveur de la DSSR,
- l'engagement accru d'alliés potentiels dans l'ensemble des secteurs et des mouvements,
- renforcement de la collaboration entre les OSC en Afrique de l'ouest et en Afrique australe
- la mise en œuvre des idées nouvelles localement conçues, et les leçons apprises partagées

- la participation et le leadership accrus des groupes marginalisés dans les OSCs.

### **1.5 Institutions régionales ou organisations inter-gouvernementales internationales partenaires**

Ce projet travaillera avec 2 principales institutions régionales en Afrique de l'Ouest et en Afrique australe:

- 1) Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS) de la Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO) à Bobo Dioulasso, Burkina Faso;
- 2) Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA), siège régional de l'Afrique de l'ouest à Dakar, au Sénégal;

### **1.6 Zone géographique, régions et pays d'intervention du Projet**

Le projet est mis en œuvre dans les deux régions ci-dessous de l'Afrique Subsaharienne :

- Afrique de l'Ouest: Guinée, Mali, Niger, Burkina Faso ;
- Afrique Australe : Malawi, Zimbabwe, Ouganda.

### **1.7 Rôles et responsabilités au sein du Consortium**

Entre les membres du Consortium, la répartition du travail est faite comme suit:

**La Coalition de la société civile pour le repositionnement de la planification familiale en Afrique de l'Ouest francophone** mettra en œuvre le plaidoyer, le lobbying et l'influence des OSC au Mali, au Niger, en Guinée et au Burkina Faso, de même que les visites d'échanges d'expérience au Malawi et en Ouganda.

Les études et recherches pour la production du pour la production et la diffusion du Rapport sur la performance des DSSR en Afrique subsaharienne pour 6 pays en Afrique de l'Ouest (au Mali, en Guinée, au Niger et au Burkina Faso) et en Afrique Australe (Malawi et Zimbabwe) seront mis en œuvre par **Ebenezer International**.

**Humanité & Inclusion (Ex Handicap International)** mettra en œuvre le renforcement des capacités des organisations de personnes handicapées et des organisations de la société civile.

La coordination du programme, de la gestion de la performance des ressources humaines, de la gestion financière et comptable et du suivi, de l'évaluation et du rapportage de ce projet seront mis en œuvre par **Conseils et Appui pour l'Education à la Base (C.A.E.B.)**. CAEB assurera le rôle de Leader du Consortium et à ce titre, est le signataire de tous les documents régissant les relations de partenariat entre le Consortium et AmplifyChange.

## **2- OBJECTIFS, ATTENTES ET PROFIL RECHERCHE POUR L'ETUDE**

### **2.1 Objectifs de l'Etude**

**Les objectifs de l'étude sont :**

- Réaliser l'analyse de l'économie politique du secteur DSSR avec des recommandations pour le Mali dans le but de soutenir les efforts de plaidoyer des Organisations de la société civile pour le Repositionnement de la Planification Familiale en Afrique de l'Ouest Francophone
- Travailler en étroite collaboration avec la Task Force mise en place au Mali dans le cadre de l'Etude, de même qu'avec la Direction des Programmes Internationaux d'Ebenezer International pour identifier et collaborer efficacement avec les parties prenantes clés du secteur DSSR dans le processus de l'analyse de l'économie politique

### **2.2 Résultat attendu**

- Présenter un rapport final de 30 pages minimum et 50 pages maximum sans compter les annexes, qui capture les éléments essentiels d'une analyse de l'économie politique sectorielle, conformément aux normes de bonnes pratiques internationales et en conformité avec les exigences de la Proposition Technique du Projet ;
- Soumettre un rapport synthétique de 3 pages maximum présentant le déroulement de l'étude

### **2.3 Activités à réaliser**

- Faciliter la mise en place et l'animation de la Task-Force associée à l'étude au Mali
- Réunir, analyser et faire la synthèse de la documentation sur les DSSR pertinente pour les besoins de l'étude
- Concevoir les formulaires appropriés sur la base de la Proposition Technique du Projet et recueillir les informations pertinentes auprès des parties prenantes de la DSSR et procéder à leur analyse et synthèse
- Proposer et faire valider un canevas de rédaction du rapport final sur la base de la Proposition Technique du Projet par la Direction des Programmes Internationaux d'Ebenezer International au moins 15 jours avant la soumission du rapport final
- Rédiger en français le rapport final de l'étude et le rapport synthétique du déroulement de l'étude à soumettre à la Direction des Programmes Internationaux d'Ebenezer International
- Réaliser les différentes phases de l'étude dans les délais requis, tout en assurant une qualité supérieure des livrables

### **2.4 Profil recherché**

- Avoir un Master 2 ou équivalent en politiques publiques, sciences politiques ou autre domaine connexe.

- Avoir une expérience pertinente et démontrable dans le domaine du plaidoyer et / ou du renforcement des politiques publiques et du cadre législatif ;
- Avoir une expérience démontrable dans la pratique des DSSR et en lien avec les réformes en la matière ;
- Avoir une expérience significative dans l'utilisation de méthodologies qualitatives auprès d'un large éventail de parties prenantes ;
- Avoir une expérience démontrable et significative dans l'organisation et l'animation de processus participatifs et de consultations ;
- Avoir au moins 5 ans d'expérience professionnelle dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive ;
- Avoir un réseau professionnel établi dans le secteur des DSSR autant au niveau national et local que régional ;
- Etre parfaitement francophone (écrire et parler correctement le français), une bonne connaissance de l'anglais serait un atout ;
- Connaître le Partenariat de Ouagadougou, ses réalisations, ses défis et enjeux serait un atout.
- Avoir une expérience de travail dans les pays du Partenariat de Ouagadougou serait un atout
- Diplomatie et capacité à faire preuve de discrétion de manière appropriée ainsi qu'à gérer les informations sensibles avec précaution ;
- Excellentes qualités interpersonnelles et capacité à communiquer efficacement avec des publics variés.
- Excellentes capacités d'analyse, de synthèse et compétences pour la production de livrables (rapport d'études, etc.) de haute qualité ;

## 2.5 Durée de la consultation

27 jours de travail entre le 14 Janvier 2019 et le 28 Février 2019 seront nécessaires pour cette consultation et qui pourrait être répartis ainsi :

- **Au début de la consultation** : 5 jours de travail pendant lesquels le consultant aura à prendre connaissance du projet et de ses parties prenantes, et organisera une réunion de cadrage initiale de l'étude avec une Task-Force constituée des représentants d'au moins 2 structures étatiques (1 de la Santé et 1 de la Statistique), 1 structure représentant les PTF en charge des DSSR et un représentant des OSC pour le repositionnement de la planification familiale au Mali
- **Pendant la consultation** : 10 jours de travail pendant lesquels le consultant procédera à la recherche documentaire et aura des réunions avec au moins 10 parties prenantes clefs du secteur DSSR au Mali dont la liste sera élaborée par le Consultant et validée par Ebenezer International
- **A la fin de la consultation** : 12 jours de travail pendant lesquels le consultant rédigera le rapport d'analyse de l'économie politique du Mali, et organisera une réunion de cadrage finale de l'étude avec la Task-Force pour feedbacks au moins 5 jours avant la soumission du rapport final
- **Délai de soumission du rapport final** : Le rapport final intégrant les feed-back de la Task-Force sera transmis par email à la Direction des Programmes Internationaux d'Ebenezer

International le 20 Février 2019 à 17 heures GMT pour validation définitive aux adresses suivantes :

- [ebenezerinternational@gmail.com](mailto:ebenezerinternational@gmail.com)
- [santosgrace90@gmail.com](mailto:santosgrace90@gmail.com)
- [smonecata@gmail.com](mailto:smonecata@gmail.com)

## **2.6 Rémunération: à négocier à la signature du contrat.**

Le paiement de livrables sera effectué selon les termes indiqués dans le contrat de mission et, après réception et validation des produits et livrables par la Direction des Programmes Internationaux d'Ebenezer International.

### **3- CANDIDATURE**

Pour faire acte de candidature, vous pouvez envoyer votre CV avec au moins 3 références et vos propositions technique et financière aux adresses suivantes :

- [ebenezerinternational@yahoo.fr](mailto:ebenezerinternational@yahoo.fr)
- [santosgrace90@gmail.com](mailto:santosgrace90@gmail.com)
- [smonecata@gmail.com](mailto:smonecata@gmail.com)

NB : Ebenezer International conduit cette même étude dans 6 pays en Afrique Sub-saharienne : Mali, Burkina Faso, Niger, Guinée, Malawi et Zimbabwe.

Un consultant peut postuler pour un pays donné, et un groupe de consultants peut postuler pour l'ensemble des 4 pays de l'Afrique de l'Ouest (Mali, Burkina Faso, Niger, Guinée) ou pour l'ensemble des 2 pays de l'Afrique Australe (Malawi et Zimbabwe), sous la responsabilité exclusive d'un Consultant Principal Senior, signataire du contrat avec Ebenezer International.

Dans le cas de la candidature d'un groupe de consultants, le Consultant Principal Senior doit inclure les CV des consultants associés dans la proposition technique.

## **Annexe 5 : Bibliographie**

### **Conventions et textes internationaux :**

1. Les objectifs mondiaux (ODD) à atteindre d'ici 2030
2. La Charte des Nations Unies signée à San Francisco
3. La Déclaration Universelle des Droits de l'Homme de l'Assemblée Générale des Nations Unies
4. Plan d'action du système des Nations Unies pour l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes (ONU-SWAP)
5. La Convention internationale relative aux Droits de l'enfant (CIDE)
6. Convention pour l'Élimination des discriminations envers les femmes (CEDEF) et son protocole en 2000

7. Charte africaine des droits de l'Homme et des peuples et le Protocole à la Charte africaine des droits de l'Homme et des peuples relatif aux droits des femmes en Afrique, dit « Protocole de Maputo » en 2005.

#### **Lois, programmes, plans nationaux :**

1. La loi sur la santé de reproduction a été adoptée en juin 2002<sup>34</sup>
2. Programme National de Lutte contre la Pratique de l'Excision (PNLE) par ordonnance N° 053/PRM du 4 juin 2002
3. Politique Nationale de la Population (troisième génération)
4. Plan Décennal de Développement Sanitaire Social (PDDSS)
5. Plan stratégique de la santé de la reproduction.
6. Plan stratégique de sécurisation des produits de la santé de la reproduction et des produits sanguins au Mali
7. Plan d'action national de planification familiale du Mali
8. Plan d'action multisectoriel santé des adolescents et des jeunes<sup>35</sup>
9. Politique Nationale Genre du Mali (PNG-Mali)
10. Programme de développement socio-sanitaire (PRODESS III)

#### **Rapports:**

1. What is political economy analysis? An introductory text for the ODI workshop on Political Economy Analysis. 23-24 January, 2012. Overseas Development Institute.
2. Leçons tirées du premier cycle de l'examen périodique universel. Santé et droits en matière de sexualité et de reproduction : des engagements à l'action. UNFPA
3. Enquête Démographique et de Santé (EDSM V) 2012-2013. Cellule de Planification et de Statistiques (CPS/SSDSPF). Institut National de la Statistique (INSTAT). Centre d'Études et d'Information Statistiques (INFO-STAT). Bamako, Mali
4. <http://www.france24.com/fr/20120406-rebelles-touaregs-mnla-independance-nord-pays-mali-azawad>
5. [http://adema-pasj-allux.com/index.php?option=com\\_content&view=article&id=105:accord-cadre-cedeao-cnrdr&catid=77&Itemid=435](http://adema-pasj-allux.com/index.php?option=com_content&view=article&id=105:accord-cadre-cedeao-cnrdr&catid=77&Itemid=435)
6. <http://www.un.org/News/fr-press/docs//2012/SC10603.doc.htm>
7. «Mali: le MNLA et Ansar Dine fusionnent», RFI, 27 mai 2012.
8. « Les indépendantistes touareg doublés par les salafistes », Libération, 9 avril 2012.
9. <http://www.un.org/News/Press/docs/2012/sc10870.doc.htm>
10. Sarah Vilpert, « De la Planification familiale à la Santé Sexuelle et Reproductive : Une étude de cas ». Université de Genève. Janvier 2008. Faculté des Sciences Economiques et Sociales. Laboratoire de démographie et d'études familiales. Mémoire de maîtrise
11. Mamadou BOITE, « Connaissances, attitudes et pratiques des jeunes en matière de contraception au niveau des grins ». Thèse présentée à la Faculté de médecine, de pharmacie et d'odonto stomatologie. Année académique : 2009-2010.
12. Bréhima Beridogo; « étude sur les violences faites aux femmes », 2002. MPFEF

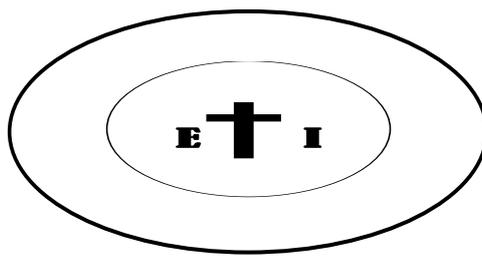
---

<sup>34</sup> Loi N° 02-044 relative à la santé de reproduction du 24 juin 2002.

<sup>35</sup> Santé et droits sexuels et de la procréation des adolescent·e·s au Mali

Analyse des politiques et des programmes : opportunités et défis pour l'UNFPA  
novembre 2017

13. Déclaration de politique de lutte contre le VIH/SIDA au Mali, « Lutter contre le VIH/SIDA, c'est investir dans le développement durable. ». Adoptée par le Gouvernement le 7 avril 2004. Haut conseil national de lutte contre le sida. Présidence de la république du Mali.
14. Rapport du Mali. Mise en œuvre de la Déclaration et du Programme d'action de Beijing (1995) et des textes issus de la vingt-troisième session extraordinaire de l'Assemblée générale (2000). Dans le contexte du vingtième anniversaire de la quatrième Conférence mondiale sur les femmes. Et de l'adoption de la Déclaration et du Programme d'action de Beijing en 2015. Bamako, Juin 2014
15. Programme National de Lutte pour l'abandon de la pratique de l'excision : Politique et Plan d'Action en faveur de l'abandon de la pratique de l'excision.
16. Mamadou BOITE, « Connaissances, attitudes et pratiques des jeunes en matière de contraception au niveau des grins ». Thèse présentée à la Faculté de médecine, de pharmacie et d'odonto stomatologie. Année académique : 2009-2010.
17. Santé et droits sexuels et de la procréation des adolescent·e·s au Mali. Analyse des politiques et des programmes : opportunités et défis pour l'UNFPA, novembre 2017
18. <http://www.un.org/fr/sc/documents/resolutions/2012.shtml>
19. Bulletin 383. Development Policy & Practice. Réaliser le transfert de compétences dans le domaine de la santé : L'expérience de Koulikoro au Mali. MS/CADD : Mamadou Konaté, Brahim Koné, Idrissa Camara, Soumaïla Keita. DRS Koulikoro : Seïbou Guindo, Mamadou Sory Keita. SNV Mali : Dramane Dao, Boubacar Dicko. Sous la direction d'Elsbet Lodenstein et Thea Hilhorst
20. Une ASACO est une entité de la société civile qui est reconnue légalement. En partenariat avec les services du développement social, le ministère de la Santé est chargé de la mise en œuvre de cette approche communautaire, de la formation et la supervision des activités.
21. Yaya Coulibaly, et al. « Rapport de Quantification des produits de la planification familiale pour la période de 2015 à 2018 »
22. Formation des parents sur la communication avec les enfants, adolescent(e)s et jeunes en matière de Santé Sexuelle et Reproductive (SSR). [http://www.familycareintl.org/UserFiles/File/PLAN\\_DE\\_COURS.pdf](http://www.familycareintl.org/UserFiles/File/PLAN_DE_COURS.pdf)
23. <http://bamada.net/planification-familiale-des-jeunes-une-campagne-pour-mieux-sensibiliser>
24. <https://maliactu.net/mali-mutilations-genitales-feminines-le-mali-excise-91-de-ses-filles/>
25. <https://www.mariestopes.ml/qui-sommes-nous/nos-equipes-mobiles-marie-stopes-mali/>
26. Leçons tirées du premier cycle de l'examen périodique universel. Santé et droits en matière de sexualité et de reproduction : des engagements à l'action. UNFPA
27. M'Pè Berthé « Promotion de la femme et de l'enfant : les efforts et les échecs du gouvernement ». 08 Mars 2016. Source: Delta News
28. Jean Pierre James, « Système sanitaire au Mali: Mort ou agonie ? » Le Nouveau Réveil du 21 avril 2018.



## **Ebenezer International**

Ebenezer International, Direction des Programmes Internationaux  
Bamako, Mali, Afrique de l'Ouest  
Immeuble BOZOLA. Route de Guarantiguiougou. Première Plaque  
Rue 447. Porte 566  
Tel : (223) 92 46 75 11 / 72 20 29 80  
Email : [ebenezerinternational.mali@gmail.com](mailto:ebenezerinternational.mali@gmail.com)