



Dambe Funds

L'analyse de l'économie politique du secteur DSSR au Mali

Subvention Partenariat REQG-8JEY-HF



AMPLIFYCHANGE

2^{ème} Edition - Décembre 2022

L'analyse de l'économie politique du secteur DSSR au Mali

Date du rapport final : Décembre 2022

Date de Validation par les Task-forces du Mali, de la Guinée du Niger et du Sénégal :
Décembre 2022

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.....	2
Sigles & acronymes.....	4
Résumé exécutif.....	6
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.....	13
3.1. Contexte du pays.....	13
3.1.1. Contexte culturel et historique.....	13
3.1.2. Contexte politique.....	14
3.2. Développement du secteur DSSR.....	15
3.2.1. Historique.....	15
3.2.2. Situation actuelle (parties prenantes, perceptions, législation, rôles formels / informels et mandats des différents acteurs, niveaux de prise de décision).....	25
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.....	34
3.3. Facteurs de changement dans le secteur.....	36
3.3.1. Idéologies et valeurs contraignant le changement.....	36
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.....	37
3.4.1. Inégalités dans le secteur (des groupes sociaux, régionaux ou ethniques particuliers sont-ils moins favorisés ?).....	37
3.4.2. Mécanismes de prise de décision (comment les décisions sont prises, qui est impliqué, les décisions sont-elles mise en œuvre ?).....	38
3.4.3. Corruption et favoritisme dans le secteur (livraison, achat, attribution des emplois).....	40
3.4.4. Difficultés dans la mise en œuvre des décisions (problèmes de la mise en œuvre dus à quels facteurs humains, politiques ou économiques ?).....	41

3.4.5. Violence basée sur le genre.....	41
4. Conclusion	44
4.1. Qu'est-ce qui fonctionne dans le domaine de la responsabilité dans le secteur?.....	44
4.2. Ce qui ne fonctionne pas encore dans le système : les lacunes, les principaux goulets d'étranglement	44
4.3. Recommandations	45
Annexe 1 : Structures consultées	47
Annexe 2 : Structures de la Task-force	49
Annexe 3 : Questionnaire	51
Annexe 4 : Termes de référence	54
Annexe 5 : Bibliographie.....	59

Remerciements

Ebenezer International souhaite exprimer sa gratitude aux personnes et organisations qui ont rendu cette publication possible. Remerciements à Monsieur Sidiki Koné et Dr. Fad Seydou d'avoir coordonné cette étude ; à Soumaila Moro pour avoir été le point focal au Mali.

Nous souhaitons remercier également les représentants ci-dessous des structures consultées au Mali dans le cadre de l'étude, notamment celles qui ont bien voulu répondre au questionnaire :

▪ REPRESENTANTS DES STRUCTURES CONSULTEES AU MALI

- Dr Ben Moulaye IDRISSE, Directeur Général, ONASR ;
- Monsieur Robert DABOU, Chargé de programme, Unité de Gestion du Projet SWEDD ;
- Monsieur Ibrahim Kalossi, Directeur Adjoint, Direction de la jeunesse ;
- Dr Keïta Fadima TALL, Directrice Nationale du PN-VBG ;
- Monsieur Sekou Arouna SANGARE, Economiste Planificateur, INSTAT ;
- Monsieur Mamoutou DIABATE, Président, Coalition nationale des OSC/PF ;
- Monsieur Sankaria MAIGA, Directeur exécutif, AMPPF ;
- Monsieur Sekou BARRY, Directeur exécutif, ONG JIGUI ;
- Madame Adam DICKO, Directrice exécutive, AJCAD ;
- Dr Ousmane TRAORE, Directeur, ONG ASDAP ;
- Dr Daga MAIGA, Chargée de programme Santé de la Reproduction, UNFPA Mali ;
- Monsieur Maude OLIVIER, Lead du secteur santé, Ambassade du CANADA au Mali ;
- Chef de Service Coopération, Ambassade du Royaume des Pays-Bas au Mali ;
- Monsieur Boubacar DIARRA, Président, Réseau des Jeunes Ambassadeurs du Mali ;
- Madame Farida DEMBELE, Présidente, MAJ/AMPPF ;
- Monsieur Hafizou BONCANA, Président, Afriyan ;
- Monsieur Imam Mamadou TRAORE, Président, Ripode ;
- Dr Bocari DIALLO, Directeur général, INFSS.

Enfin, nous remercions les membres ci-dessous de la Task-force du Mali pour leur coopération et leur soutien tout au long du processus d'examen et d'amélioration du contenu de la présente étude :

▪ MEMBRES DE LA TASK-FORCE DU MALI

- Dr Brehima KONE, Chef de division recherche, Division recherche, Office National de la Santé de la Reproduction (ONASR) ;
- Chef de Service Coopération, Ambassade du Royaume des Pays-Bas au Mali ;
- Monsieur Boubacar DIARRA, Président, Réseau des Jeunes Ambassadeurs du Mali ;
- Monsieur Boubacar Sérémé, Chargé des programmes, Fédération malienne des associations de personnes handicapée (FEMAPH) ;
- Monsieur Namory Traoré, Chargé de plaidoyer, Marie Stopes International Mali ;
- Dr DAGA MAÏGA, Chargée de programme Santé de la Reproduction, UNFPA Mali ;
- Monsieur Robert DABOU, Chargé des programmes de l'Unité de Gestion du Projet SW, Projet Banque mondiale-Mali ;

- Monsieur Anaye SAGARA, Responsable Unité de planification, suivi et évaluation du Programme National de lutte contre les VBG (PN-VBG) ;
- Madame FOFANA Maïmouna KANTE, Responsable de division communication, Direction nationale de la population (DNP) ;
- Monsieur Bokari DIALLO, Directeur Général, Institut National de Formation en Science de la Santé (INFSS) ;
- Monsieur Mamoutou Diabaté, Président de la Coalition des OSC/PF du Mali ;
- Monsieur Moussa MBÖ, Directeur des Programmes de l'AMPPF Mali, AMPPF Mali (membre IPPF/région Afrique) ;
- Dr Boubacar Traoré, Directeur des programmes, Association de Soutien au Développement des Actions de Population (ASDAP).

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
EMOP	Enquête Modulaire et Permanente auprès des Ménages
Equipop	Equilibres & Populations
EV VAEN	Enfants Victimes de Violences, d'Abus, d'Exploitation et de Négligence
FCI	Family Care International
FEMAPH	Fédération malienne des associations de personnes handicapée
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 référence
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

Le Consortium, constitué de Conseils et Appui pour l'Education à la Base (CAEB) et d'Ebenezer International (EI), a reçu un financement qui donne l'opportunité aux organisations membres dudit consortium de renforcer leur appui au plaidoyer auprès des OSC bénéficiaires dans les 4 pays retenus en Afrique de l'Ouest francophone (Guinée, Mali, Niger, Sénégal).

Ses objectifs sont les suivants :

- Assurer l'octroi de subventions à de petites OSC soutenant des initiatives locales de plaidoyer en faveur des DSSR ;
- Fournir des connaissances et faciliter les initiatives de plaidoyer conjointes des petites OSC ;
- Faciliter le soutien au renforcement organisationnel des petites OSC en termes de renforcement des capacités institutionnelles, de gestion, de mobilisation des ressources et de mise en réseau.

Les objectifs de l'étude sont :

- Réviser et actualiser les données pertinentes de l'analyse de l'économie politique du secteur DSSR avec des recommandations pour le Mali ;
- 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.

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.

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.

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 :

- 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 ;
 - ✓ Développer des programmes scolaires sur les DSSR ;

- ✓ Disséminer les textes d'engagement de l'Etat sur les DSSR ;
 - ✓ Elaborer et signer le décret d'application de la loi sur la SR ;
 - ✓ Soutenir et 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 ;
 - ✓ 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.
 - ✓ Mobiliser les ressources domestiques ;
 - ✓ Créer une plateforme multi-sectorielle de la SSR ;
 - ✓ Relire la loi SR et prendre en compte, dans le décret d'application des dispositions permettant de spécifier l'article 13 de ladite loi.
- Pour la conception de projets ou de programmes DSSR :
 - ✓ Soutenir les programmes existants de sensibilisation ;
 - ✓ Lutter efficacement contre la corruption en milieu médical ;
 - ✓ Inclure la justice dans le renforcement des capacités et la synergie ;
 - ✓ 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 ;
 - ✓ Impliquer les leaders et communicateurs traditionnels ;
 - ✓ Impliquer les jeunes dans toutes les prises de décision ;
 - ✓ 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 ;
 - ✓ Renforcer la recherche opérationnelle pour mieux apprendre de la pratique et trouver les facteurs bloquants au niveau des communautés ;
 - ✓ Créer un cadre favorable pour avoir l'accompagnement de l'ensemble des leaders religieux et autres légitimités traditionnelles ;
 - ✓ 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'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 et de violences basées sur le genre, obstacles médicaux, inefficacité des droits, absence de normes harmonisées en matière de droits et santé sexuelle et de la reproduction (DSSR) conformément aux engagements mondiaux, continentaux et régionaux.

Le Consortium, constitué de Conseils et Appui pour l'Education à la Base (CAEB) et d'Ebenezer International (EI), a reçu un financement qui donne l'opportunité aux organisations membres dudit consortium de renforcer leur appui au plaidoyer auprès des OSC bénéficiaires dans les 4 pays retenus en Afrique de l'Ouest francophone (Guinée, Mali, Niger, Sénégal).

Ses objectifs sont les suivants :

- Assurer l'octroi de subventions à de petites OSC soutenant des initiatives locales de plaidoyer en faveur des DSSR ;
- Fournir des connaissances et faciliter les initiatives de plaidoyer conjointes des petites OSC ;
- Faciliter le soutien au renforcement organisationnel des petites OSC en termes de renforcement des capacités institutionnelles, de gestion, de mobilisation des ressources et de mise en réseau.

Le but de cette étude est la mise à jour d'une première édition réalisée grâce à une subvention stratégique d'AmplifyChange qui a permis de réaliser différentes études en Afrique de l'Ouest et en Afrique australe, dans le cadre d'un Consortium constitué de CAEB, de la Coalition Régionale des Organisations de la Société Civile pour le Repositionnement de la Planification Familiale (COSC/PF) pour l'Afrique de l'Ouest Francophone et d'Ebenezer International. Elle porte sur la mise à jour des études précédentes et l'inclusion du Sénégal dans ces études. En particulier, il s'agit de réaliser la mise à jour de l'analyse de l'économie politique du secteur DSSR avec des recommandations pour le Mali.

Les objectifs de l'étude sont :

- Réviser et actualiser les données pertinentes de l'analyse de l'économie politique du secteur DSSR avec des recommandations pour le Mali ;
- 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 clefs du secteur DSSR dans le processus de l'analyse de l'économie politique.

Cette étude a été commanditée par Ebenezer International dans le cadre de la mise en œuvre de son paquet d'activités dans le cadre de ladite subvention.

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 suit¹:

« 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 ?

La Santé de la Reproduction est définie comme un état de bien-être général et dynamique tant physique, mental que social, de la personne humaine, pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement et non pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité. Suite aux recommandations de la 64^{ème} session du comité régional de l'OMS pour l'Afrique, tenue à Cotonou (Bénin), en 2014, les composantes prioritaires de la Santé de la reproduction (SR) sont déterminées comme suit :

- La Santé Maternelle Néonatale et Infantile ;
- La Planification Familiale ;
- La santé et le développement des adolescents et jeunes ;
- La lutte contre les violences basées sur le Genre ;
- La Prise en charge des Infections sexuellement transmissibles et l'Infection à VIH/Sida ;
- La prévention, le dépistage et la prise en charge précoce du cancer du col de l'utérus et des seins ;
- Le dépistage du cancer de la prostate ;
- Le dysfonctionnement sexuel du 3^{ème} âge.

Les stratégies identifiées pour la mise en œuvre de la santé de la reproduction s'articulent autour de/du :

- Plaidoyer et de la mobilisation sociale ;
- La promotion de comportements favorables à la SR ;
- L'accès équitable à des services de qualité ;
- Renforcement des capacités ;
- L'utilisation rationnelle des services et des ressources ;
- La promotion de la recherche.

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.

¹ What is political economy analysis? An introductory text for the ODI workshop on Political Economy Analysis. 23-24 January, 2012. Overseas Development Institute.

La santé et les droits en matière de sexualité et de reproduction (SDSR) consistent en des droits ainsi qu'en des libertés². 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 (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 SDSR, 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 prises de contact avec les responsables du projet, l'élaboration des outils, ainsi que la mise en place de la Task Force et du groupe de structures à contacter pour la collecte des données

Les membres de l'équipe de consultation ont pris contact avec les responsables du projet (Ebenezer International) immédiatement après la signature du contrat ; ce qui a permis une meilleure connaissance du projet et de ses parties prenantes. Un canevas de rédaction fut alors élaboré et présenté par l'équipe à Ebenezer International qui l'a validé sous réserve de prendre en compte un certain nombre de points.

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

Une réunion sur la plateforme WhatsApp, comprenant le coordinateur de la mission et les consultants nationaux des quatre pays (Guinée, Mali, Niger et Sénégal), a permis de mettre tous les acteurs au même niveau de compréhension sur ce qui est attendu de la mission.

Conformément aux objectifs de la mission, une Tak Force et un groupe de structures à contacter furent constitués. La liste des membres de la Tak force et celle du groupe de structures ont été validées par Ebenezer International.

Un questionnaire a été élaboré et présenté à Ebenezer International. Il comprend des questions relatives aux sections du canevas de rédaction présenté par l'équipe de consultation et validée par Ebenezer International.

Le Consultant national a pris, de manière informelle, contact avec les autorités des différentes structures impliquées dans les questions de DSSR. Au cours de ces entretiens informels, le Consultant a expliqué brièvement le but de l'étude. Cette prise de contact a permis aux différents responsables d'avoir une compréhension globale de l'étude.

Le consultant a présenté le questionnaire, expliqué le but de l'étude ainsi que le rôle et la mission de la Task-Force mise en place. Elle est un organe d'orientation, de consultation et de suivi du processus de collecte des données dans le pays. Elle contribuera à ce que les conclusions de l'étude reflètent les réalités du pays en matière de DSSR.

Les participants ont évoqué leurs préoccupations actuelles sur la question de DSSR. Des questions de compréhension et de clarification relatives au fonctionnement de la Task Force et le contenu du questionnaire ont été posées. Des éléments de réponse ont été apportés par le consultant.

2. La deuxième phase s'est déroulée dans le cadre de la recherche documentaire et des entretiens avec les parties prenantes clefs du secteur DSSR dont la liste a été validée par Ebenezer International.

Le questionnaire accompagné d'une brève explication et d'une lettre de transmission (sollicitée par certaines structures) a été envoyé à chaque structure sélectionnée pour le renseignement.

Le Consultant a fait un suivi par des appels téléphoniques et des entretiens. La collecte des données a été confrontée à quelques difficultés :

- La disponibilité des cadres/agents chargés de renseigner le questionnaire ;
- L'unanimité des membres d'une même structure sur des réponses apportées à une question donnée.

Des documents essentiels sur les DSSR ont également été collectés, lus, analysés et exploités.

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 feed-back.

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, dont 49,59% d'hommes. La population urbaine représente 22,54% contre 77,46% de ruraux.

Selon les résultats de la projection 2019 du quatrième Recensement Général de la Population et de l'Habitat de 2009, la population résidente au Mali est estimée à 19 971 999 habitants.

Le Mali se caractérise par l'extrême jeunesse de sa population. Près de la moitié (48,6 %) de la population malienne est âgée de moins de 15 ans.

La population des jeunes de 10 à 24 ans représentait 4. 462.053 habitants soit 30,71% de la population totale.

Selon l'EMOP 2019, le taux de morbidité est de 24,1 %. Les personnes âgées (60 ans et plus) et les enfants de moins de 5 ans sont les plus touchés par le phénomène (44,0 % et 30,7 % respectivement).

Selon les résultats de l'EDS de 2018³, l'indice synthétique de fécondité (ISF) pour les femmes de 15 à 49 ans est de 6,3 enfants par femme. Le taux brut de natalité est de 42,3‰.

L'espérance de vie à la naissance est estimée à 55,6 années (58,4 années pour les femmes contre 53 pour les hommes).

La proportion d'adolescentes ayant commencé leur vie féconde a diminué entre 1995-1996 et 2006, passant de 42 % à 36 %. Cependant, elle n'a pas varié entre 2006 et 2018 (36 %).

La proportion d'adolescentes ayant déjà commencé leur vie féconde est nettement plus élevée en milieu rural (40 %) qu'en milieu urbain (25 %).

3.1.1. Contexte culturel et historique

L'espace auquel appartient le Mali a vu se succéder depuis la fin du III^e 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.

³ Enquête Démographique et de Santé 2018. Institut National de la Statistique (INSTAT) Bamako, Mali. Cellule de Planification et de Statistique Secteur Santé-Développement Social et Promotion de la Famille (CPS/SS-DS-PF) Bamako, Mali. The DHS Program ICF Rockville, Maryland, USA 2019

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 (MNLA) 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).

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 a 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 2012⁴. 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-cadre⁵ le 6 avril 2012, conformément à la Constitution du Mali.

Le 10 avril 2012, le Conseil de sécurité a adopté une déclaration de presse⁶ 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 »⁷.

Mais cette fusion ne durera pas longtemps. Les groupes armés salafistes (Ansar Dine, AQMI et MUJAO) prirent le dessus sur les indépendantistes du MNLA⁸. Ansar Dine, Al-Qaïda 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

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

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.

2085⁹ 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.

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.

Des élections présidentielles ont été organisées en fin juillet 2013 amenant Ibrahim Boubacar KEITA au pouvoir. Réélu en 2018, le Président a été confronté à une grave crise socio-politique qui a conduit, le 18 août 2020, à un autre coup d'Etat. Le pays se trouve, pour la troisième fois, gouvernée par un pouvoir de transition.

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.

3.2.1.1 Contexte 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 Nations¹⁰.

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

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.

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 thématiques¹¹ :

- 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.

3.2.1.2. Contexte national

(a) 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 normalement¹².

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

¹¹ Ibidem

¹² 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.

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 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 1995¹³.

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.

¹³ Ibidem

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 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 ¹⁴ .
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.
Plan d'Action National Budgétisé de Planification Familiale du Mali	2019-2023	Le plan est stratégique et opérationnel. Il a pour objectif d'augmenter le taux de prévalence contraceptive (TPC) moderne à 30% et de réduire le taux de besoins non satisfaits d'ici fin 2023.

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

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

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

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 notamment¹⁵ :

- 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

¹⁵ 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

Lois	Année d'adoption	Observations
La loi sur la santé de reproduction a été adoptée en juin 2002 ¹⁶	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	<ul style="list-style-type: none"> • Le PNLE a, entre autres, pour mission de¹⁷ : • mener des études et recherches sur le phénomène de l'excision ; • 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.
Loi n°2016-066 assistance médicale à la procréation	2016	L'assistance médicale à la procréation s'entend des pratiques cliniques, biologiques ou de toute technique d'effet équivalent permettant la procréation en dehors du processus naturel (Article 3)
Loi n°2018-052 du 11 juillet 2018 portant création de la Direction Générale de la Santé et de l'hygiène publique, créée par la	2018	La Direction a pour mission d'élaborer les éléments de la politique nationale en matière de santé publique, d'hygiène publique et de salubrité, d'en assurer la coordination et le contrôle des services régionaux, subrégionaux et des services rattachés.
Loi N° 2019-014 du 03 juillet 2019 portant création du Programme National d'Abandon des Violences Basées sur le Genre	2019	Le programme a pour missions la prévention, la coordination, le suivi et l'évaluation de toutes les actions pour l'abandon des VBG au Mali.
Plan d'action 2019-2030 du Programme National d'Abandon des Violences Basées sur le Genre	2019	La Vision de cette stratégie est : « Un Mali dans lequel les filles, les garçons, les femmes et les hommes adoptent des comportements et des attitudes favorables à l'abandon des Violences Basées sur le Genre d'ici 2030 ».

¹⁶ Loi N° 02-044 relative à la santé de reproduction du 24 juin 2002.

¹⁷ 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.

Ordonnance N°2020-014/P-RM DU 03 avril 2020 porte création de l'Office National de la Santé de la Reproduction.	2020	L'Office a pour mission de mener des activités de recherche, de formation et de promotion en Santé de la Reproduction (SR).
---	------	---

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 contraceptifs¹⁸.

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

¹⁸ 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.

		la maîtrise progressive de la fécondité au Mali» ¹⁹ .
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 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 ».

¹⁹ Plan d'action national de planification familiale du Mali 2014-2018. Ministère de la santé et de l'hygiène publique. République du Mali

Plan d'action multisectoriel santé des adolescents et des jeunes ²⁰	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)	2011-à nos jours	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 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.

²⁰ 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

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.

(b) 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.

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 ». Pour l'ODD 3, il s'agit de « Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge ».
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)	2014	Il vise 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)	1989	« 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	1981	« 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 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.	1986	Chaque Etat doit : <ul style="list-style-type: none"> • adopter des politiques et cadres juridiques pour réduire l'avortement à risque, • préparer et mettre en œuvre des plans d'action nationaux pour réduire l'incidence des grossesses non désirées et des avortements à risque • offrir des services avortements sans risque dans le cadre des dispositions de la loi.

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 et les services techniques	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 et les services techniques	Il élabore et met en œuvre la politique de l'éducation, particulièrement l'éducation sexuelle	Moyen
Le ministère chargé des finances et les services techniques	Financement de la SR et mobilisation des ressources	Moyen

Le ministère chargé de la femme et de l'enfance et les services techniques	Il élabore et met en œuvre la politique genre	Moyen
Le ministère chargé de la justice et les services techniques	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 et les services techniques	Il élabore des activités socio-éducatives pour les jeunes	Moyen
Le ministère chargé de la Population et les services techniques	Il élabore et met en œuvre la politique de la population	Moyen
L'assemblée nationale	Élaboration, 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 renforcement de capacité, d'offre des services, de sensibilisations et de plaidoyer.	Elevé
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 et de produits	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 considérée comme un 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 prostitués. Pour se cacher de l'opinion publique, certaines femmes, selon certaines sources, préfèrent ne fréquenter les services de PF que la nuit.

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 santé²¹.

La stratégie de renforcement de la participation communautaire a favorisé l'émergence des ASACO²². 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.

²¹ 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

²² 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.

Selon le Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social (PDDSS) 2014-2023, les établissements du secteur privé, à but lucratif et non lucratif, autorisés depuis 1985, sont de plusieurs catégories, notamment médical, paramédical, pharmaceutique et traditionnel. Le nombre d'établissements de soins privés a fortement augmenté au cours des deux dernières décennies. En 2011 on a dénombré 1038 structures privées selon les données de la « carte sanitaire dans sa version mise à jour en 2011 ». Malgré son développement, surtout dans les grandes villes, le secteur privé suit une évolution moins maîtrisée et ses données sont insuffisamment prises en compte par le système d'information sanitaire.

Le secteur pharmaceutique privé qui est en expansion, depuis 1991, commercialise essentiellement les médicaments de spécialités pour environ 70% des volumes de vente. En 2010, le réseau privé comptait plus de 400 officines, (environ 212 à Bamako), et 35 établissements de vente en gros dont la totalité est installée à Bamako. Le nombre des dépôts de vente au détail tenus par des non-pharmaciens dans les zones non couvertes par des officines est estimé à 993. On estime que 50% des demandes des structures publiques sont couvertes par les grossistes privés. Souvent, les principes de bonnes pratiques (stockage, distribution) ne sont pas observés par les acteurs et actrices publics et privés. Aussi, n'existe-t-il pas de cadre de collaboration et/ou de concertation entre les grossistes privés et la Pharmacie Populaire du Mali pour une meilleure planification de l'acquisition des produits pharmaceutiques.

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.²³

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 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.

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.

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

²³ Yaya Coulibaly, et al. « Rapport de Quantification des produits de la planification familiale pour la période de 2015 à 2018 »

l'appui technique de 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.

Selon le Plan d'Action National Budgétisé de Planification Familiale du Mali 2019-2023, le coût total de la mise en œuvre dudit plan s'élève à 72 186 854 157 CFA (124 161 389 USD) dont 32% pour la création de la demande ; 18% pour l'offre et l'accès aux services ; 31% pour la sécurisation des produits, incluant les contraceptifs et les consommables.

Selon les informations recueillies au niveau des structures identifiées dans le cadre de cette étude, les principales sources de financement du secteur DSSR sont :

- Etat ;
- Collectivités territoriales ;
- Organismes de coopération bilatérale :
 - ✓ Ambassade des Pays Bas ;
 - ✓ Ambassade du Canada ;
 - ✓ USAID ;
 - ✓ Ambassade du Danemark, ;
 - ✓ Royaume Unie ;
 - ✓ Coopération Italienne ;
 - ✓ Nuffic/OKP ;
 - ✓ Fondations
- Organismes de coopération multilatérale :
 - ✓ UNFPA, ;
 - ✓ UNESCO ;
 - ✓ UNICEF, ;
 - ✓ SNU, ;
 - ✓ UE, ;

- ✓ Banque Mondiale ;
- ✓ USAID.
- Organismes privés, OSC et Fondations/secteurs privés :
 - ✓ Fondation Orange ;
 - ✓ INERWHEEL ;

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 reproductive²⁴.

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

²⁴ 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

Santé. Elle a pour objectif de mobiliser les décideurs politiques et acteurs au développement autour de la problématique de l'accès des jeunes au service de la planification familiale (PF).²⁵

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 télévision²⁶.

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 San²⁷.

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 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.

²⁵ <http://bamada.net/planification-familiale-des-jeunes-une-campagne-pour-mieux-sensibiliser>

²⁶ <https://maliactu.net/mali-mutilations-genitales-feminines-le-mali-excise-91-de-ses-filles/>

²⁷ <https://www.mariestopes.ml/qui-sommes-nous/nos-equipes-mobiles-marie-stopes-mali/>

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 FNUAP²⁸, 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.

²⁸ 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

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 ;
- 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

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 ambulants). 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 savoir²⁹ :

- La femme reste et demeure une éternelle mineure (elle doit obéissance et soumission à son mari)
- Son consentement n'est pas pris 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

²⁹ M'Pè Berthé « Promotion de la femme et de l'enfant : les efforts et les échecs du gouvernement ». 08 Mars 2016. Source: Delta News

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 :

- Faible accès aux produits SSR ;
- 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 ;
- 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 ;
- Interprétations étonnantes des textes religieux ;
- Pesanteurs socioculturelles ;
- Réticence des leaders traditionnels et religieux ;
- 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 ;
- Insuffisance dans la prise en charge les survivantes des VBG ;
- Problèmes d'accueil des survivantes des VBG ;
- Problèmes spécifiques des albinos en matière de SR ;
- Le rapt dans le cas des VBG.

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, les concepts de jeunes ambassadeurs, de jeunes leaders, de femmes leaders, d'espaces sûrs, de clubs de maris et de futurs maris, expertise MALI JEUNES, les réseaux sociaux, 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, 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.

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 la situation économique.

3.4.1.1 Exposition aux médias

Selon l'EDS de 2018, 39 % des femmes n'utilisent aucun média, que ce soit le journal, la radio ou la télévision pour s'informer contre 31 % des hommes.

L'exposition aux médias varie fortement selon le milieu de résidence. En effet, près de la moitié des femmes du milieu rural (46 %) n'est exposée à aucun média, contre un cinquième (20 %) en milieu

urbain. Les variations sont identiques chez les hommes (37 % en milieu rural contre 14 % en milieu urbain).

Dans les régions, on observe aussi de fortes disparités. Un peu plus de six femmes sur dix dans la région de Mopti (63 %) et 58 % des femmes dans celle de Tombouctou ne sont exposées à aucun média contre 16 % des femmes de Bamako. Chez les hommes, c'est, de loin à Kidal que le pourcentage d'hommes qui ne sont exposés à aucun média est le plus élevé (82 %), suivi des régions de Mopti (56 %) et de Gao (54 %). Par contre, à Bamako, ce pourcentage n'est que de seulement 7 %.

L'exposition aux médias augmente avec le niveau d'instruction. Le pourcentage de femmes exposées à aucun média varie de 46 % parmi celles n'ayant aucun niveau d'instruction à 20 % parmi celles ayant un niveau secondaire ou plus. Chez les hommes, on note la même tendance : 39 % des hommes n'ayant aucun niveau d'instruction ne sont exposés à aucun média contre 18 % parmi ceux ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus.

3.4.1.2 Pratique de la polygamie

Au Mali, malgré la prédominance des unions monogames (63 % des femmes et 81 % des hommes), on constate que la polygamie reste encore une pratique assez courante puisqu'elle concerne 37 % des femmes et 19 % des hommes en union.

Le pourcentage de femmes en union polygame a diminué entre 1996 et 2018, passant de 45 % en 1987 à 37 % en 2018.

La polygamie est plus fréquemment pratiquée en milieu rural qu'en milieu urbain. En effet, 40 % des femmes en milieu rural vivent en union polygame contre 27 % parmi celles du milieu urbain. Chez les hommes, cette proportion est de 21 % en milieu rural contre 10 % en milieu urbain.

Les régions de Kayes (46 %), Sikasso (46 %) et Koulikoro (40 %) enregistrent les proportions les plus élevées de femmes en union polygame. En revanche, c'est dans la région de Kidal (10 %) que la proportion de femmes en union polygame est la plus faible

La proportion de femmes en union polygame diminue avec l'augmentation du niveau d'instruction, passant de 42 % chez les femmes n'ayant aucun niveau d'instruction à 34 % chez celles ayant le niveau primaire et à 20 % chez celles ayant atteint le niveau secondaire ou plus.

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

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 barrières 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).

3.4.3. 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 valable³⁰. 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. 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 ;
- L'insécurité grandissante avec l'influence des islamistes au niveau du nord et centre du pays ;
- Les inégalités de genre qui placent la femme à un niveau nettement inférieur à l'homme ;
- L'interférence de certains leaders religieux ;
- La non fermeté des acteurs de police judiciaire qui n'arrivent pas à appliquer les textes ;
- L'insuffisance dans l'information de la population.

3.4.5. 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^{er} 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

³⁰ Jean Pierre James, « Système sanitaire au Mali: Mort ou agonie ? » Le Nouveau Réveil du 21 avril 2018.

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 vasées sur le genre selon l'EDS de 2018

VBG	Pourcentage
Femmes ayant subi des violences physiques	45 %
Femmes de 15-49 ans en union ou en rupture d'union ayant subi à n'importe quel moment des actes de violence émotionnelle, physique et/ou sexuelle	49 %
Prévalence de l'excision	89 % des femmes de 15-49 ans et 73 % des filles de 0-14 ans

Selon une étude³¹ 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
- 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

³¹ Bréhima Beridogo; « étude sur les violences faites aux femmes », 2002. MFEF

- 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 textes et plans d'actions du gouvernement, notamment les plans de 1996-2000, de 2002-2006, de 2012-2017 ; ainsi que la loi N° 2019-014 du 03 juillet 2019 portant création du Programme National d'Abandon des Violences Basées sur le Genre et son plan d'action 2019-2030.

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 coût 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.

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 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
- L'insuffisance dans le financement des services 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 ;
 - ✓ Développer des programmes scolaires sur les DSSR ;
 - ✓ Disséminer les textes d'engagement de l'Etat sur les DSSR ;
 - ✓ Elaborer et signer le décret d'application de la loi sur la SR ;
 - ✓ Soutenir et 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 ;
 - ✓ 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.
 - ✓ Mobiliser les ressources domestiques ;
 - ✓ Créer une plateforme multi-sectorielle de la SSR ;
 - ✓ Relire la loi SR et prendre en compte, dans le décret d'application des dispositions permettant de spécifier l'article 13 de ladite loi.
- Pour la conception de projets ou de programmes DSSR :
 - ✓ Soutenir les programmes existants de sensibilisation ;
 - ✓ Lutter efficacement contre la corruption en milieu médical ;

- ✓ Inclure la justice dans le renforcement des capacités et la synergie ;
 - ✓ 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 ;
 - ✓ Impliquer les leaders et communicateurs traditionnels ;
 - ✓ Impliquer les jeunes dans toutes les prises de décision ;
 - ✓ 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 ;
 - ✓ Renforcer la recherche opérationnelle pour mieux apprendre de la pratique et trouver les facteurs bloquants au niveau des communautés ;
 - ✓ Créer un cadre favorable pour avoir l'accompagnement de l'ensemble des leaders religieux et autres légitimités traditionnelles ;
 - ✓ 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'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.

Annexe 1 : Structures consultées

N°	Prénoms et Nom	Structure	Fonction	Adresses de contact (Téléphones et emails)
1	Dr Ben Moulaye IDRISS	ONASR	Directeur Général	Email : hayatimoulaye@gmail.com dg@onasr.gov.ml Tel : 00223 76.71.60.84 66.71.60.84
2	Robert DABOU	EGProjet SWEDD	Chargé de programme	Email : rdabou@sweddmali.org Tel : 66.84.23.02
3	Ibrahim Kalossi	Direction de la jeunesse	Directeur Adjoint	Email :
4	Dr Keïta Fadima TALL	PN-VBG	Directrice Nationale du PN-VBG	Email : fadimak1@hotmail.fr Tel : 00223.66.78.44.93
5	Sekou Arouna SANGARE	INSTAT	Economiste Planificateur	Email : sekouarouna.sangare@insat.gov.ml Tel : 00223.79.34.02.42/69.74.27.88
6	Mamoutou DIABATE	Coalition nationale des OSC/PF	Président	Email : diabatemamout@yahoo.fr Tel : 00223.76.75.85.96/66.75.85.96
7	Sankaria MAIGA	AMPPF	Directeur exécutif	Email : sankariamaiga@gmail.com Tel : 00223.73.56.56.85
8	Sekou BARRY	ONG JIGUI	Directeur exécutif	Email : sekoubarry@gmail.com Tel :00223.76.43.18.13
9	Adam DICKO	AJCAD	Directrice exécutive	Email : dicko.adam@yahoo.fr Tel :00223. 78.79.58.59
10	Dr Ousmane TRAORE	ONG ASDAP	Directeur de ASDAP	Email : ousmane.traore@asdapmali.org Tel : 00223.66.72.07.67
11	Dr Daga MAIGA	UNFPA	Chargée de programme SR/UNFPA Mali	Email : dmaiga@unfpa.org Tel : 00223.76.28.89.28
12	Maude OLIVIER	Ambassade du CANADA	lead du secteur santé	Email : maude.olivier@international.gc.ca
13	Service Coopération de l'Ambassade des Pays Bas au Mali	Ambassade du Royaume des Pays-Bas	Chef de service de coopération	Email : bam@minbuza.nl Tel : +22344978200
14	Boubacar DIARRA	Réseau des J/A	Président du réseau des JA	Email : diarraboubacar777@gmail.com

				Tel : 00223.72.44.71.27
15	Farida DEMBELE	MAJ/AMPPF	Présidente	Email : faridadembele@gmail.com Tel : 00223.72.30.78.58
16	Hafizou BONCANA	Afriyan	Président	Email : hafizou@hotmail.com Tel :
17	Imam Mamadou TRAORE	Ripode :	Président	Email : matratema@yahoo.fr Tel : 00223.79.11.39.99
18	Dr Bocari DIALLO	INFSS	Directeur général	Email : bokarydiallofr@yahoo.fr Tel : 00223.66.92.45.98

Annexe 2 : Structures de la Task-force

N°	Prénom & Nom	Structure	Adresses de contact (Téléphones et emails)
1	Dr Brehima KONE	Division recherche, Office National de la Santé de la Reproduction (ONASR)	Email : bmkkone@hotmail.com Tel : 00223 76.71.60.84/66.71.60.84
2	Mr Anaye Sagara	Programme National de lutte contre les VBG (PN-VBG)	Email : saga_anaye@yahoo.fr Tel : 00223.76380942/+22366568924
3	Mme FOFANA Maïmouna KANTE	Direction nationale de la population (DNP)	Email : maimounakante@gmail.com Tel : 00223.79.43 86 29
4	Bokari DIALLO	Institut Nation de Formation en Science de la Santé (INFSS)	Tel : 00223.66.92.45.98 Email : bokarydiallofr@yahoo.fr
5	M. Namory Traoré	Coalition nationale des OSC/PF et Marie Stopes International Mali	Email : namory@msimali.org Tel : +22376286060
6	M. Moussa MBÖ	AMPPF Mali (membre IPPF/région Afrique)	Email : mbomoussa@gmail.com Tel : 00223.76326880
7	Boubacar DIARRA	Réseau des JA/SR/PF	Email : diarraboubacar777@gmail.com Tel : 00223.72.44.71.27

N°	Prénom & Nom	Structure	Adresses de contact (Téléphones et emails)
8	Dr Boubacar Traoré	Association de Soutien au Développement des Actions de Population (ASDAP)	Email : boubacar.traore@asdapmali.org Tel : 00223.74.50.02.82
9	Boubacar Sérémé	Fédération malienne des associations de personnes handicapée (FEMAPH)	Email: bubasereme99@yahoo.fr Tel: +223 76 11 39 24
10	Robert Dabou	Projet SWEDD	Email: rdabou@sweddmali.org Tel : +223 66 84 2302
11	Dr DAGA MAÏGA	UNFPA Mali	Email : dmaiga@unfpa.org Tel : 00223.76.28.89.28

	Acteur 4 : Acteur 5 :
Les décisions sont-elles effectivement mises en œuvre ?	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 :
6. Perceptions générales sur le secteur	
Quels sont les améliorations constatées, depuis 2018, en matière de DSSR dans votre pays ?	Amélioration 1 : Amélioration 2 : Amélioration 3 : Amélioration 4 : Amélioration 5 :
Les résistances ont-elles diminué depuis 2018 en matière de DSSR dans votre pays ?	Oui ___/ Non ___/ Veuillez justifier votre réponse :
Quels sont les plus grands défis du secteur DSSR dans votre pays ?	Défi 1 : Défi 2 : Défi 3 : Défi 4 : Défi 5 :
Quelles sont le nouvelles idéologies/valeurs contraignant le changement en matière de DSSR dans votre pays ?	Idéologie/valeur 1 : Idéologie/valeur 2 : Idéologie/valeur 3 :

	<p>Idéologie/valeur 4 :</p> <p>Idéologie/valeur 5 :</p>
<p>Quels sont les moteurs émergents du changement en matière de DSSR dans votre pays ?</p>	<p>Moteur émergent 1 :</p> <p>Moteur émergent 2 :</p> <p>Moteur émergent 3 :</p> <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>De 2018 à nos jours, existe-t-il des nouveaux 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>De 2018 à nos jours, la corruption s'est-elle aggravée en matière de DSSR dans votre pays ?</p>	<p>Oui ___/ Non ___/</p> <p>Veillez justifier votre réponse :</p>
<p>7. Recommandations</p>	

<p>Veillez formuler cinq recommandations pour améliorer le secteur DSSR dans votre pays, en tenant compte des changements lors des quatre dernières années.</p>	<p>Recommandation 1 :</p> <p>Recommandation 2 :</p> <p>Recommandation 3 :</p> <p>Recommandation 4 :</p> <p>Recommandation 5 :</p>
---	--

Annexe 4 : Termes de référence

1- NOTE TECHNIQUE DE LA SUBVENTION PARTENARIAT AMPLIFYCHANGE

1.1 CONTEXTE

Fort de la réussite de la mise en œuvre de la Subvention Stratégique BR5S-UVKV-T8, le Consortium constitué de Conseils et Appui pour l'Éducation à la Base (**CAEB**), de la Coalition Régionale des Organisations de la Société Civile pour le Repositionnement de la Planification Familiale (**COSC/PF**) pour l'Afrique de l'Ouest Francophone et d'Ebenezer International (**EI**) a postulé avec succès le 20 juillet 2020 pour la deuxième phase de ladite subvention, sous le numéro E4HQ-2W3R-TV. Les expériences réussies avec AmplifyChange ont encouragé CAEB et Ebenezer International à postuler en Consortium au premier appel d'AmplifyChange pour la Subvention Partenariat, sous le numéro REQG-8JEY-HF. Le Consortium a reçu une notification d'attribution de ce financement à la date du 13 décembre 2021. Le montant total du budget est de 1 500 000 GBP, soit 1 155 375 000 F CFA et pour une durée de 3 ans, allant du 1^{er} juin 2022 au 31 Mai 2025, avec **CAEB** comme lead.

Cette subvention donne l'opportunité aux organisations membres dudit consortium d'assurer l'octroi de subventions à de plus petites OSC pour promouvoir des initiatives de DSSR menées localement et faciliter le renforcement de leurs capacités institutionnelles et managériales. En outre, elle permettra d'assurer le renforcement des capacités des petites OSC en matière de mobilisation des ressources et de mise en réseau des OSC, de communication sur les résultats programmatiques et leurs impacts, la promotion des connaissances pour l'appui au plaidoyer auprès des OSC bénéficiaires dans les 4 pays retenus en Afrique de l'Ouest francophone (Mali, Guinée, Niger, Sénégal).

Le consortium collaborera avec les coalitions de la société civile, les partenaires techniques et financiers pertinents et les autorités gouvernementales dans les pays d'intervention de la subvention pour créer une synergie des efforts nationaux et régionaux de plaidoyer et de lobbying des petites OSC en faveur des DSSR.

1.2 DEFIS LIES A LA PARTICIPATION EFFECTIVE DES PETITES OSC A LA CONCEPTION ET AU PILOTAGE DES PROJETS DSSR

CAEB et Ebenezer International ont travaillé en consortium avec les 9 pays du Partenariat de Ouagadougou dans le cadre de précédentes subventions Stratégiques d'AmplifyChange (Mali, Guinée, Burkina Faso, Niger, Côte d'Ivoire, Togo, Benin, Mauritanie, Sénégal). Ces pays ont réalisé beaucoup de progrès pour améliorer les prestations de services et la fourniture de produits DSSR aux couches vulnérables. Ils ont aussi produit les « Plans d'action nationaux budgétisés pour la planification familiale » (PANB/PF) avec des composantes de plaidoyer importantes pour les OSC à tous les niveaux.

Ce projet fournira aux petites OSC des ressources pour mettre en œuvre des priorités nationales de plaidoyer alignées sur le PANB/PF au Mali, en Guinée, au Niger et au Sénégal. Il contribuera à lever les

défis spécifiques auxquels les petites OSC sont confrontées dans la poursuite de leurs efforts de promotion et de plaidoyer en faveur des DSSS, à savoir :

1. La difficulté d'accès aux financements à court et à moyen termes pour les petites OSC ;
2. Les défis liés à la constitution des consortiums incluant de petites OPH et OSC pour réaliser des projets DSSR ;
3. La portée des projets DSSR essentiellement limitée aux zones urbaines, les zones rurales bénéficiant de peu d'attention et de moyens limités ;
4. L'insuffisance ou le manque de données sur les DSSR dans les communautés ;
5. L'accès très limité aux ressources par les petites OPH pour le plaidoyer en faveur des DSSR et la mobilisation communautaire ;
6. La faible capacité institutionnelle et organisationnelle des petites OSC ;
7. L'impact négatif du COVID 19 sur les ressources et les activités des OSC travaillant sur les DSSR ;
8. Le besoin crucial de l'assistance technique pour renforcer les capacités des agents étatiques et des communautés à promouvoir les DSSR au niveau infranational (préfectoral et communal).

1.3 Objectif de la Subvention Partenariat

L'objectif de cette subvention est triple :

- 1) assurer l'octroi de subventions aux petites OSC soutenant des initiatives pour le plaidoyer local en matière de DSSR ;
- 2) fournir des connaissances et faciliter les initiatives conjointes de plaidoyer des petites OSC ;
- 3) faciliter le renforcement des capacités organisationnelles et le soutien aux petites OSC en termes de capacités institutionnelles, de gestion, de mobilisation de ressources et de mise en réseau.

1.4 Résultats attendus de la Subvention Partenariat

Le projet est conçu pour renforcer les initiatives de plaidoyer des petites OSC aux niveaux national et infranational, avec comme principaux résultats :

- un accès accru et plus facile des petites OSC aux financements DSSR ;
- une meilleure allocation des ressources DSSR au niveau national et infranational;
- une planification rigoureuse du plaidoyer aux niveaux national et infranational;
- 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 petites OSC à plaider en faveur des DSSR ;
- l'engagement accru d'alliés potentiels dans l'ensemble des secteurs et des mouvements ;
- le renforcement de la collaboration entre les OSC aux niveaux national et sous-régional en Afrique de l'Ouest;
- 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 Zone géographique, région et pays d'intervention du Projet

Le projet est mis en œuvre dans quatre pays d'Afrique de l'Ouest en Afrique Subsaharienne, à savoir la Guinée, le Mali, le Niger, et le Sénégal.

1.6 Rôles et responsabilités au sein du Consortium

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

La gestion financière et comptable, le suivi, l'évaluation et le rapportage à AmplifyChange seront mis en œuvre par **Conseils et Appui pour l'Education à la Base (C.A.E.B.)**. Aussi, CAEB va assurer l'octroi de subventions à de plus petites OSC pour promouvoir des initiatives de DSSR menées localement et faciliter le renforcement des capacités institutionnelles et managériales dans les 4 pays retenus en Afrique de l'Ouest francophone (Mali, Guinée, Niger, Sénégal). 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.

Ebenezer International mènera les études et recherches pour la production et la diffusion d'une base de données factuelles en vue d'appuyer le plaidoyer, y compris la cartographie des principaux canaux de financement de la santé sexuelle et reproductive et les initiatives de plaidoyer financées par pays au Mali, en Guinée, au Niger et au Sénégal. Aussi, elle facilitera la conception et le financement des initiatives de partage d'expérience, d'apprentissage et de mise en réseau des dirigeants des OSC. Enfin, **Ebenezer International** assurera le renforcement des capacités des petites OSC en matière de mobilisation des ressources et de mise en réseau des OSC bénéficiaires, de communication sur les résultats programmatiques et leurs impacts, la promotion des connaissances pour l'appui au plaidoyer auprès des OSC bénéficiaires dans les 4 pays retenus en Afrique de l'Ouest francophone (Mali, Guinée, Niger, Sénégal).

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

2.1 But et objectifs de l'Etude

But de l'étude

Le but de l'étude est de mettre à jour des études menées dans le cadre de nos précédentes subventions stratégiques AmplifyChange en vue d'aider les petites OSC à comprendre et à tirer parti de ces études pour un plaidoyer efficace dans leurs contextes respectifs. Aussi, une cartographie des principaux canaux de financement de la santé sexuelle et reproductive au Mali, en Guinée, au Niger et au Sénégal, permettra d'éclairer les termes de référence pour le recrutement des plus petites OSC bénéficiaires de la Subvention de Partenariat.

En effet, sans données et informations de base à jour, les petites OSC ne seront pas en mesure de formuler des initiatives de plaidoyer et des arguments pertinents qui puissent influencer les décisions, les politiques et les lois en matière de DSSR dans leurs contextes respectifs. Aussi, la méconnaissance des donateurs actuels et de leurs priorités en termes de thématiques liés aux DSSR peut conduire à la duplication des financements DSSR dans les pays d'intervention.

Les trois objectifs de l'étude sont :

- **Mise à jour de la base de preuves soutenant le plaidoyer dans le but de soutenir les efforts de plaidoyer des parties prenantes des DSSR.**

Il s'agira pour ce volet de l'étude, de réaliser les activités suivantes :

- Réviser et actualiser les données pertinentes de l'analyse de l'économie politique du secteur DSSR avec des recommandations pour le Mali, la Guinée et le Niger ;

- Réviser et actualiser les données pertinentes de l'analyse de l'indice du pays favorable aux DSSR pour six pays de l'Afrique Subsaharienne (Mali, Guinée, Burkina Faso, Niger, Malawi et Zimbabwe) en y incluant les données du Sénégal ;
- Réviser et actualiser les données pertinentes de l'analyse comparative ciblée de la littérature en lien avec les DSSR en Afrique de l'Ouest (Mali, Guinée, Burkina Faso, Niger) en y incluant les données du Sénégal ;
- Réaliser l'analyse de l'économie politique du secteur DSSR avec des recommandations pour le Sénégal.

- **Cartographie des principaux canaux de financement des DSSR au Mali, en Guinée, au Niger et au Sénégal.**

Ce volet de l'étude vise à identifier les thématiques prioritaires, les zones d'interventions, les principaux bénéficiaires, les enveloppes budgétaires et les périodes des interventions, de même que les principaux critères d'allocation des bailleurs pertinents du secteur DSSR par pays.

- **Travailler en étroite collaboration avec les membres des Task-Forces mise en place dans les 4 pays dans le cadre des études citées ci-dessus, de même qu'avec la Direction des Programmes Internationaux d'Ebenezer International.**

Cette collaboration vise à identifier et à collaborer efficacement avec les parties prenantes clefs du secteur DSSR dans le processus de la Consultation et faciliter un atelier de validation des données des études pour une journée par pays qui sera animé par le Consultant en présentiel ou en session virtuelle.

2.2 Résultats attendus

- Les rapports des études révisées, actualisées ou réalisées avec 30 pages minimum et 50 pages maximum pour chaque rapport d'étude indiqué ci-dessous, sans compter les annexes, conformément aux normes de bonnes pratiques internationales et en conformité avec les exigences de la Proposition Technique du Projet :
 - Analyse de l'économie politique du secteur DSSR avec des recommandations pour le Mali ;
 - Analyse de l'économie politique du secteur DSSR avec des recommandations pour la Guinée ;
 - Analyse de l'économie politique du secteur DSSR avec des recommandations pour le Niger ;
 - Analyse de l'économie politique du secteur DSSR avec des recommandations pour le Sénégal ;
 - Analyse de l'indice du pays favorable aux DSSR pour sept pays de l'Afrique Subsaharienne (Mali, Guinée, Burkina Faso, Niger, Sénégal, Malawi et Zimbabwe) ;
 - Analyse comparative ciblée de la littérature en lien avec les DSSR en Afrique de l'Ouest (Mali, Guinée, Burkina Faso, Niger, Sénégal), selon le modèle de l'Afrique Australe ;
 - Cartographie des principaux canaux de financement des DSSR au Mali, en Guinée, au Niger et au Sénégal.
- 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, en Guinée, au Niger et au Sénégal ;
- Réunir, analyser et faire la synthèse de la documentation pertinente sur les DSSR pour les besoins de l'étude ;
- Concevoir les formulaires appropriés pour les études et les faire valider par Ebenezer International, sur la base de la Proposition Technique du Projet, recueillir les informations pertinentes auprès des parties prenantes des DSSR et procéder à leur analyse et synthèse ;
- Proposer et faire valider un canevas de rédaction des rapports finaux par la Direction des Programmes Internationaux d'Ebenezer International au moins 45 jours avant leurs soumissions, sur la base de la Proposition Technique du Projet ;
- Rédiger en français le rapport final de chaque étude, de même que 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

Le/la consultant(e) doit répondre aux critères ci-dessous :

- Avoir un Master 2 ou équivalent en politiques publiques, santé publique, sciences politiques ou autre domaine connexe ;
- Démontrer une grande expertise des conventions et protocoles internationales, de même que les lois, politiques stratégies internationales, régionales, sous régionales et nationales en lien avec les DSSR ;
- 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 objectives, scientifiquement et juridiquement acceptables, pour la conduite d'études aux niveaux international, régional ou sous régional ;
- Avoir au moins 10 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 en Afrique de l'Ouest ;
- Être parfaitement francophone (écrire et parler correctement le français) ;
- 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 ;
- Faire preuve de diplomatie et de discrétion de manière appropriée et prouver sa capacité 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

Quatre-vingt-dix (90) jours de travail entre le 15 Juillet 2022 et le 30 Octobre 2022 seront nécessaires pour cette consultation et qui pourrait être répartis ainsi :

- **Première phase : démarrage de la consultation** - 5 jours de travail pendant lesquels le consultant aura à prendre connaissance du projet et de ses parties prenantes. Le consultant suggéra une liste de 10 personnes par pays qui sera approuvée par Ebenezer International pour

constituer la Task-Force. Il établira une relation de travail cordiale avec les membres des Task-Force mis en place dans les pays (Mali, Guinée, Niger, Sénégal) dans le cadre de l'étude.

- **Deuxième phase : collecte et analyse des données** - 40 jours de travail pendant lesquels le consultant procédera à la recherche documentaire, aux échanges avec les parties prenantes pertinentes, à la collecte des données et à l'analyse des rapports d'études mentionnées ci-dessus.
- **Troisième phase : Production des drafts des rapports** - 30 jours de travail pendant lesquels le consultant produira et partagera le premier draft des rapports avec les membres des Task-Force mis en place dans les pays (Mali, Guinée, Niger, Sénégal) dans le cadre des études antérieures pour feedbacks au moins 10 jours avant la soumission des rapports finaux.
- **Quatrième phase : Production et soumission des rapports finaux** - 15 jours de travail pendant lesquels le consultant produira les rapports finaux intégrant les feed-back des Task-Forces de chaque pays qu'il soumettra à la Direction des Programmes Internationaux d'Ebenezer International au plus tard le Lundi 31 Octobre 2022 à 16 heures GMT pour validation définitive.

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 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 :

- konivogui@ebenezerinternational.org
- edembele@ebenezerinternational.org

NB :

- Seuls les candidats présélectionnés seront contactés par Ebenezer International pour les prochaines étapes.
- Ebenezer International se réserve le droit d'arrêter le processus de sélection dès l'obtention d'une candidature satisfaisante.
- Aucun dossier fourni ne sera retourné aux candidats par Ebenezer International.

Annexe 5 : Bibliographie

Conventions et textes internationaux :

1. Les objectifs mondiaux (ODD) à atteindre d'ici 2030. Organisation des Nations Unies 2015.
2. La Charte des Nations Unies signée à San Francisco. Organisation des Nations Unies 1945.
3. La Déclaration Universelle des Droits de l'Homme de l'Assemblée Générale des Nations Unies. Organisation des Nations Unies 1948.
4. Plan d'action du système des Nations Unies pour l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes (ONU-SWAP). Organisation des Nations Unies 2014
5. La Convention Internationale relative aux Droits de l'Enfant (CIDE). Organisation des Nations Unies 1989

6. Convention pour l'Élimination des Discriminations Envers les Femmes (CEDEF). Organisation des Nations Unies 1981.
7. Charte africaine des droits de l'Homme et des peuples. Organisation de l'unité africaine 1986
8. Protocole à la Charte africaine des droits de l'Homme et des peuples relatif aux droits des femmes en Afrique, dit « Protocole de Maputo ». Commission de l'Union africaine 2005

Lois, programmes, plans nationaux :

1. Loi N° 02 – 044 / du 24 juin 2002 Relative à la santé de la reproduction. Présidence du Mali : 2002
2. Ordonnance N° 053/PRM du 4 juin 2002 portant création du Programme National de Lutte contre la Pratique de l'Excision (PNLE). Présidence du Mali : 2022
3. Politique Nationale de la Population (troisième génération). Ministère de l'Aménagement du Territoire et de la Population 2016.
4. Plan Décennal de Développement Sanitaire Social (PDDSS). Secrétariat permanent du PRODESS. Cellule de planification et de statistique secteur sante, développement social et promotion de la famille ; 2014
5. Plan d'action multisectoriel santé des adolescents et des jeunes
6. Politique Nationale Genre du Mali (PNG-Mali). Ministère de la promotion de la femme, de l'enfant et de la famille 2011
7. Loi n°2016-066 assistance médicale à la procréation. Présidence du Mali ; 2016
8. Loi n°2018-052 du 11 juillet 2018 portant création de la Direction Générale de la Santé et de l'hygiène publique. . Présidence du Mali ; 2018
9. Loi N° 2019-014 du 03 juillet 2019 portant création du Programme National d'Abandon des Violences Basées sur le Genre. Présidence du Mali ; 2019
10. Plan d'Action National Budgétisé de Planification Familiale du Mali 2019-2023. Division de la Planification Familiale 2019
11. Plan d'action 2019-2030 du Programme National d'Abandon des Violences Basées sur le Genre. Ministère de la promotion de la femme, de l'enfant et de la famille 2019
12. Ordonnance N°2020-014/P-RM DU 03 avril 2020 portant création de l'Office National de la Santé de la Reproduction. Présidence du Mali ; 2020

Rapports:

1. What is political economy analysis? An introductory text for the ODI workshop on Political Economy Analysis.. Overseas Development Institute 2012.
2. Sarah Vilpert ; « De la Planification familiale à la Santé Sexuelle et Reproductive : Une étude de cas ». Université de Genève. Faculté des Sciences Economiques et Sociales. Laboratoire de démographie et d'études familiales. Mémoire de maîtrise 2008.
3. Santé et droits en matière de sexualité et de reproduction : des engagements à l'action. Fonds des Nations Unies pour la population, New York, UNFPA ; 2014.
4. 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 ; 2010.
5. Bréhima Beridogo; « étude sur les violences faites aux femmes », MPFEF ; 2002.
6. 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.
7. 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 ; 2004.

8. 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
9. Santé et droits sexuels et de la procréation des adolescent·e·s au Mali. Analyse des politiques et des programmes : opportunités et défis. UNFPA ; 2017
10. 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
11. M'Pè Berthé « Promotion de la femme et de l'enfant : les efforts et les échecs du gouvernement ». Delta News ; 2016
12. Yaya Coulibaly, et al. « Rapport de Quantification des produits de la planification familiale pour la période de 2015 à 2018 »
13. Enquête Démographique et de Santé 2018. Institut National de la Statistique (INSTAT) Bamako, Mali. Cellule de Planification et de Statistique Secteur Santé-Développement Social et Promotion de la Famille (CPS/SS-DS-PF) Bamako, Mali. The DHS Program ICF Rockville, Maryland, USA 2019



Ebenezer International, Direction des Programmes Internationaux

Rue 605 /Porte 16 Baco-Djicoroni ACI. Près de l'Agence SOTELMA, non loin du fleuve Niger.

Bamako, Mali, Afrique de l'Ouest

Tel : (223) 93 51 04 55 / 73 23 45 02

Email : contact@ebenezerinternational.org

www.ebenezerinternational.org