NATIONS
UNIES

CCPR

Pacte International relatifs aux droits civils et politiques

Distr.
GÉNÉRALE

CCPR/CO/77/MLI/Add.1
30 novembre 2007

Original: FRANÇAIS

EXAMEN DES RAPPORTS PRÉSENTÉS PAR LES ÉTATS PARTIES EN VERTU DE L'ARTICLE 40 DU PACTE

COMMENTAIRES DU GOUVERNEMENT DE LA REPUBLIQUE MALIENNE SUR LES OBSERVATIONS FINALES DU COMITÉ DES DROITS DE L'HOMME*

[27 novembre 2007]

* Conformément aux informations communiquées aux États parties concernant le traitement de leurs rapports, les services d'édition n'ont pas revu le présent document avant sa traduction par le secrétariat.

Point n° 7 :

La Constitution du 25 février 1992 consacre la forme républicaine et laïque de l'Etat. Elle souscrit dans son préambule 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 et proclame la défense de la femme et de l'enfant.

Cette Constitution dispose en son article 116 que les traités ratifiés ont une autorité supérieure à celle des lois.

En vertu de cette disposition, il n'est pas nécessaire de procéder de façon systématique à l'incorporation de tous les instruments juridiques internationaux. En effet, ces instruments sont, dès leur ratification, applicables. Tout citoyen peut donc invoquer l'application du Pacte devant les juridictions nationales.

Malgré cette disposition, force est de reconnaître que les cas d'invocation directe du Pacte devant les juridictions par les citoyens sont rares. Ceci est dû d'une part, à la méconnaissance de cette disposition et d'autre part, à la faible diffusion du Pacte.

Pour faciliter l'application du Pacte et des autres instruments juridiques internationaux de protection des droits de l'homme, le Gouvernement a initié et mis en œuvre des programmes de vulgarisation et de formation des praticiens du droit.

Dans ce cadre, le Gouvernement a mis en place en 2004, à l'intention des magistrats, des avocats et des auxiliaires de justice, un programme de formation sur les conventions ratifiées dans le domaine des droits de l'homme. Le but visé par ce programme est de susciter leur application par les magistrats et leur invocation devant les juridictions par les avocats et les citoyens.

Point n° 8 :

La Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme a été créée en 1996. Mais, pour diverses raisons, elle n'a pas réellement fonctionné.

C'est ainsi que le Gouvernement a procédé, en 2006, à la relecture du texte de création de cette Commission et mis en place, conformément aux principes de Paris, une nouvelle Commission, dénommée Commission Nationale des Droits de l'Homme. Aux termes de son texte de création, la Commission a pour mission principale de contribuer à la promotion et à la protection des droits de l'homme ainsi que de prévenir la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants.

Les membres de la nouvelle Commission nationale des droits de l'homme ont été déjà désignés le 8 juin 2006 et son bureau élu, le 17 novembre 2006.

Point n° 9 :

L'avènement de la paix, matérialisée par la signature du Pacte national, a permis la relance des activités économiques et sociales avec le retour de l'Administration, des partenaires qui s'étaient retirés suite au conflit (Organisations Non Gouvernementales, Projets et Programmes) et l'installation de nouveaux intervenants.

Dans la mouvance du Pacte National, les autorités politiques ont engagé un vaste processus de décentralisation qui a abouti à la création de collectivités territoriales (Régions, District, Cercles et Communes) sur l'ensemble du territoire national. Des structures furent créées pour accompagner les collectivités territoriales dans l'exercice de leur compétence : Comités Régionaux d'Orientation, Comités Locaux d'Orientation et Centres de Conseil Communaux.

Tenant compte de la particularité du Nord, et en réponse aux engagements pris dans le Pacte National, le Gouvernement du Mali a mis en place des mécanismes spécifiques pour impulser et encourager le développement du Nord. Au nombre de ces mécanismes figure en bonne place la création du Commissariat au Nord, puis l'Autorité pour le Développement Intégré du Nord (ADIN).

La question du développement du Nord - Mali est unanimement admise comme étant l'une des causes principales des évènements douloureux de 1990 dans les 6, 7, et 8ème régions qui ont abouti à la signature, le 11 avril 1992, du Pacte National.

Pour la mise en œuvre de ce Pacte, le Commissariat au Nord a contribué à :

- l'organisation de la flamme de la paix, le 27 mars 1996, à Tombouctou ;
- l'intégration de 2900 ex-combattants dans la Fonction Publique ;
- le rapatriement des personnes déplacées (300 000 personnes) ;
- la réinsertion socio-économique des personnes déplacées ;
- la démobilisation et le désarmement de tous les ex-combattants de l'ensemble des mouvements armés ;
- la réinsertion socio-économique de près de 9000 ex-combattants à travers le financement du Programme d'Appui à la réinsertion des ex-combattants du Mali (PAREM) transformé par la suite en projet de Consolidation des Acquis de la Réinsertion dans le Nord - Mali (CAR-NORD).

Le projet CAR – NORD a eu à mobiliser, de 2001 à 2005, dans le cadre de la réinsertion des ex-combattants, la somme de six milliard cent quarante deux millions quatre cent soixante quatre mille sept cent quatre vingt six francs CFA (6 142 464 786 F CFA).

Par ailleurs, de 2001 à 2005, l'Agence Nationale d'Investissements des Collectivités Territoriales (ANICT) a fait un investissement total de 1 158 773 892 F CFA dans la seule région de Kidal.

Les actions du PAREM, de CAR - NORD et de l' ANICT, conjuguées avec celles des autres intervenants, ont permis le retour des réfugiés et des personnes déplacées, créé des emplois et amélioré dans l'ensemble le niveau de vie des populations, par la création d'activités génératrices de revenus et la fluidité des échanges transfrontaliers et avec le reste du pays.

Point n° 10 :

Le projet de code des personnes et de la famille qui attend d'être adopté abrogera en effet toutes les dispositions discriminatoires à l'endroit des femmes figurant dans le code du mariage et de la tutelle.

En 2005, une commission de finalisation a été créée auprès du Premier Ministre pour procéder à l'examen du projet de code, en relation avec le Ministère de la Justice, chargé de le présenter et de le défendre devant l'Assemblée Nationale.

L'axe de la réforme est la prise en compte des droits des femmes et des enfants, notamment par la suppression de toutes les limitations à la capacité juridique de la femme mariée. Les éléments de proposition de la réforme ont abouti à la relecture de toutes les dispositions discriminatoires contenues dans les textes ainsi qu'à l'élaboration de dispositions nouvelles pour combler le vide juridique en matière de succession.

Point n° 11 :

La République du Mali a souscrit à de nombreuses conventions et déclarations comportant des dispositions relatives à la promotion et à la protection de la santé des enfants et des femmes. Certaines de ces dispositions prévoient expressément l'élimination des mutilations génitales féminines. On peut citer entre autres :

- La Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (1979) ;

- Le Pacte international relatif aux droits civils et politiques et le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (1966) ;
- La Convention relative aux droits de l'enfant (1989) ;
- La Déclaration et le Programme d'action de Vienne adoptés par la Conférence mondiale sur les droits de l'homme (1993) ;
- La Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes (1993) ;
- Le Protocole à la Charte Africaine des droits de l'Homme et des Peuples relatif aux droits des femmes adopté le 11 juillet 2003 à Maputo, lors du second sommet de l'Union Africaine ;
- La Charte africaine des droits et du bien être de l'Enfant (1990).

Tout cela montre que le Gouvernement du Mali est conscient de la nécessité de légiférer sur la question de l'excision par l'adoption de mesures interdisant cette pratique. En effet, toute sa démarche actuelle tend vers cet objectif. La question qui se pose est de savoir quel est le moment idéal ? Faut-il légiférer maintenant sans être sûr de l'application effective de la loi ou faut-il chercher l'adhésion de la majorité des composantes de la société en se donnant les moyens de l'application effective de la loi? Cette dernière démarche, faite de pédagogie et en même temps de visibilité et d'actions directes, semble porter des fruits, en témoigne la régression, année après année, du taux de la pratique. Ainsi, de 94% en 1996, le taux est tombé à 91% en 2001. Cette tendance à la baisse sera confirmée par la prochaine enquête démographique et de santé qui sera publiée en 2007.

La démarche pédagogique qui, sans nier l'intérêt d'une loi, est confirmée par le Président de la Ligue des Droits de l'Homme de France qui, en 1993, témoignant lors d'un procès de maliens pour excision avait déclaré : « …On ne jette pas une coutume par la fenêtre, on descend marche après marche. La conduite à tenir pour nous est l'éducation. On voit que dans les études faites sur l'excision, plus les gens sont pauvres et non scolarisés, plus il y a d'excision. Avec l'éducation, l'information, on peut descendre marche après marche la coutume [1]».

Le Gouvernement du Mali, en organisant la Conférence sous régionale sur l'excision à Bamako, les 21 et 22 février 2006 et l'atelier d'élaboration d'un plan d'action, s'est résolument engagé sur la voie de l'adoption d'une loi. En effet, cet atelier a élaboré la démarche à suivre en tenant compte de l'expérience des pays voisins, pour cheminer vers une législation. Cet atelier avait réuni toutes les parties prenantes : Etat, société civile et partenaires dans le cadre d'une

[1] In Martine Lefeuvre-Déotte, *L'excision en procès: un différend culturel ?* Paris: l'Harmattan, 1997, p.77

démarche consensuelle et participative. En définitive, le Gouvernement du Mali est conscient qu'à côté de la démarche pédagogique, il s'avère nécessaire de se donner un moyen législatif pour accélérer l'abandon de la pratique de l'excision au Mali. Il s'y atèle justement en concertation avec la société civile et le Parlement.

Point n°12 :

Il est vrai qu'il n'y a pas de texte spécifique sur les violences domestiques faites aux femmes, mais toutes les formes de violences sont couvertes par le code pénal qui les réprime.
Par ailleurs, le Mali dispose depuis 2005 d'un Plan national de lutte contre les violences faites aux femmes et aux filles (2006- 2011).

En outre, de nombreuses actions de sensibilisation sont menées par les organisations de la société civile sur la question des violences à l'endroit des femmes, des agents de santé, de la police et des praticiens du droit, auxquels des formations sont dispensées sur la CEDEF et les autres instruments internationaux relatifs aux droits des femmes. Certaines associations féminines ont ouvert des centres d'écoute, d'information et d'assistance juridique et judiciaire en faveur des femmes, ce qui a largement contribué à une certaine conscientisation des femmes par rapport à l'exercice effectif de leurs droits.

Dans le cadre de la mise en œuvre du Programme décennal de la Justice (PRODEJ), des réseaux de para juristes sont mis en place dans toutes les régions du Mali pour conseiller et aider les femmes qui ont besoin d'assistance juridique.

Ce dispositif vient d'être renforcé avec le démarrage de nouveaux projets :

- le projet « Accès des femmes à la justice » financé par le Gouvernement du Japon à travers la Banque mondiale ;
- le projet de mise en place de para juristes dans les 703 communes, financé par le Royaume des Pays –Bas et exécuté par un consortium d'ONG féminines. L'objectif de ces projets est non seulement de rapprocher la justice des usagers, mais aussi d'informer les populations en général et les femmes en particulier sur leurs droits en mettant un accent sur les violences faites aux femmes.

Point n° 13 :

Par rapport à la participation à la vie politique, le quota pour une représentation égale des hommes et des femmes dans la vie publique et politique n'est pas légalement institué.

Cependant, le Programme de réforme institutionnelle, en cours, ouvre le débat sur l'intégration de l'approche genre au sein des institutions de l'Etat.

En plus, aux termes de la loi n° 05-047 du 18 août 2005 portant Charte des partis politiques, 10% du montant annuel des crédits affectés au financement des partis politiques, sont destinés à financer ceux-ci proportionnellement au nombre de femmes élues députés et de femmes élues conseillères communales. L'objectif visé par cette mesure est d'inciter les partis politiques à promouvoir les candidatures des femmes.

Par rapport à l'éducation, la politique éducative actuelle du Mali met l'accent sur la consolidation ou la révision des mesures spécifiques de la première phase du Programme Décennal de Développement de l'Education (PRODEC) ainsi que sur les mesures spécifiques à prendre pendant la deuxième phase.

Dans la phase II du Programme d'Investissement dans le Secteur de l'Education (PISE), les priorités du Gouvernement sont entre autres :

- la réaffirmation de la priorité accordée à l'Education de base, particulièrement à l'Enseignement Fondamental, en mettant un accent particulier sur la scolarisation des Filles (SCOFI) et la formation des femmes, la Formation initiale et Continue des Enseignants (FICE), le Développement de la Petite Enfance (DPE), l'Education des Enfants à Besoins Educatifs Spéciaux (EBES) et l'Education Non Formelle (ENF).
- l'engagement à développer comme deuxième priorité, un Enseignement Technique et Professionnel et une Formation Professionnelle (ETFP) performants, adaptés aux besoins de l'économie nationale compte tenu du contexte sous-régional ;
- l'engagement à développer un Enseignement Secondaire Général (ESG) et un Enseignement supérieur (ES) de qualité, notamment en réalisant une meilleure maîtrise des flux et en procédant à une réforme des filières/séries ;
- l'engagement à promouvoir la Recherche Scientifique et Technologique (RST) et à la mettre au service du développement.

Par ailleurs, pour réduire les différents écarts entre filles et garçons en termes de parité et d'égalité, particulièrement en milieu rural dans les zones les plus défavorisées et pour accroître la proportion de femmes dans les Instituts de formation des maîtres et dans le corps enseignant, le programme créera une dynamique d'accélération de la scolarisation des filles, basée sur les stratégies comme :

- la réduction des charges financières liées à la scolarisation au niveau des familles pauvres afin d'améliorer la fréquentation scolaire des filles, avec un appui de l'Etat au Comité de Gestion Scolaire de chaque école publique ;
- l'extension de la couverture des écoles fondamentales au second cycle en milieu rural ;
- l'élaboration des curricula en tenant compte du genre ;
- l'acquisition de fournitures scolaires et matériels didactiques individuels (caravanes du livre ; dotation de 50% des écoles du premier cycle d'un coin de lecture et 25% du second cycle d'une bibliothèque) ;
- la transformation des écoles communautaires en écoles publiques/communales ;
- la mise en place de petits fonds de roulement pour appuyer le fonctionnement quotidien des écoles fondamentales ;
- le transfert des ressources de l'Etat aux Collectivités territoriales (communes) dès 2007.

Afin de réduire les distances écoles - domiciles et assurer une continuité éducative, il est prévu de mettre en œuvre des stratégies comme :

- la mise en place de Cartes Scolaires Communales,
- la mise en place à travers le programme d'infrastructures du PISE II d'écoles de premier cycle complet avec les 6 années d'étude et d'écoles plus proches des élèves,
- la construction de 2350 salles de classe en moyenne par an pour le premier cycle et de 1000 environ pour le second cycle.

Il est à noter que depuis 2000 toutes les nouvelles infrastructures sont dotées de latrines séparées (filles et garçons).

Malgré l'existence d'une offre éducative et les dispositions prises pour rapprocher le plus possible l'école des populations pour soulager les parents des frais de scolarité, le constat est que certains parents n'envoient toujours pas leurs enfants à l'école. Les filles en général, les filles rurales en particulier, sont les premières victimes de cette situation. Plusieurs facteurs expliquent ce manque d'enthousiasme parmi lesquels : le faible rendement externe qui contribue à entamer la confiance de certains parents qui ne perçoivent pas l'utilité de l'école ; le non respect de l'éthique professionnelle par certains enseignants qui rend les parents réticents à l'envoi des filles à l'école ; la persistance des pesanteurs culturelles.

Afin de stimuler la demande éducative et d'assurer le maintien des filles à l'école, outre les stratégies citées plus haut, il est prévu dans la phase II du PISE des stratégies comme :

- des campagnes de sensibilisation à la scolarisation des enfants en milieu rural notamment celle des filles, avec des thèmes concernant les parents,
- des campagnes de sensibilisation sur l'éthique par l'administration scolaire et certains syndicats, ainsi que l'élaboration et la diffusion d'une charte de l'enseignant,
- la dynamisation des Associations de Mères d'Elèves (AME) et la généralisation de cette stratégie à l'ensemble du Pays ;
- la transformation depuis 2004 du Lycée Ba Aminata Diallo en lycée de filles uniquement,
- la transformation de l'Institut de Formation des Maîtres de Sikasso pour recevoir uniquement des filles.

Pour que les filles s'intéressent aux disciplines scientifiques, il est organisé depuis 7 ans un concours de sélection des jeunes filles de 11ème sciences (SE, SB, Technique Industrie, Technique Génie Civil) pour le Camp d'Excellence pour jeunes filles de Cheick Modibo DIARRA.

Point n° 14 :

Le Gouvernement du Mali a adopté en mai 2002 un Cadre stratégique de Lutte Contre la Pauvreté (CSLP) servant de cadre de référence à toutes les politiques de développement. La 2ème génération de ce document intitulé Cadre Stratégique pour la Croissance et la Réduction de la pauvreté (CSCRP) 2007-2011 est en cours de validation.

Le CSLP et le CSCRP prennent en compte les orientations et les objectifs de développement du millénaire, fixés en 2000, sous l'égide des Nations Unies. Dans ce cadre, le Gouvernement du Mali, s'est engagé à tout mettre en oeuvre pour éradiquer la pauvreté, défendre la dignité humaine et l'égalité à travers la réalisation d'un certain nombre d'objectifs pour le millénaire. A cet effet, en matière de santé, les objectifs ci-après, notamment d'impacts, ont été retenus :

- réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans ;
- réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle ;
- stopper la propagation du VIH/SIDA en inversant la tendance actuelle ;
- maîtriser le paludisme et d'autres grandes maladies en inversant la tendance actuelle.

Pour l'atteinte de ces objectifs à l'horizon 2015, le Département de la santé et celui du Développent social, de la Solidarité et des Personnes Agées, à travers le Programme de Développement Sanitaire et Social (PRODESSS I) pour la période 1999-2004, ont mis en œuvre

un ensemble de stratégies et d'interventions visant à réduire sensiblement les niveaux des indicateurs visés par les OMD. Ces stratégies et interventions ont été développées essentiellement autour de cinq volets à savoir :

- l'extension de la couverture sanitaire et l'amélioration de la qualité des services ;
- la lutte contre les exclusions sociales ;
- le financement alternatif de la santé ;
- le développement des ressources humaines et le renforcement institutionnel.

En 2003, le Cadre de Dépenses à Moyen Terme (CDMT) 2003-2007 pour le secteur de la santé a été adopté pour l'opérationnalisation de la composante santé du CSLP. La phase II du PDDSS, dénommée PRODESS II 2005-2009, également élaborée de façon participative, est en cours d'exécution.

Les tableaux ci-dessous indiquent les résultats obtenus
de 2002 à 2005 par rapport à certains indicateurs clés.

Consultations prénatales :

Evolution du taux de couverture CPN (%) par région de 2002 à 2005

Régions	**Niveau en 2002**	**Niveau en 2003**	**Niveau en 2004**	**Niveau en 2005**
Kayes	39	48	71	76
Koulikoro	49	51	65	70
Sikasso	67	64	78	74
Ségou	51	74	96	81
Mopti	45	48	77	75
Tombouctou	28	31	35	46
Gao	33	34	30	50
Kidal	25	29	30	43
Bamako	79	90	88	91
Total Mali	**54**	**59**	**75**	**75**

L'évolution du taux de CPN a été positive dans toutes les régions. Cependant la moyenne nationale (75%) est stationnaire entre 2004 et 2005 à cause des contre performances enregistrées en 2005 dans certaines régions.

Accouchements assistés

Evolution du taux d'accouchements assistés (%) par région de 2002 à 2005

Régions	**Niveau en 2002**	**Niveau en 2003**	**Niveau en 2004**	**Niveau en 2005**
Kayes	23	26	34	40
Koulikoro	40	38	45	53
Sikasso	52	53	66	64
Ségou	32	39	49	50
Mopti	23	29	30	34
Tombouctou	14	15	18	24
Gao	19	15	17	20
Kidal	9	14	14	18
Bamako	90	93	94	97
Total Mali	**40%**	**42%**	**49%**	**53%**

En 2005, la moyenne nationale (53%) était légèrement plus élevée par rapport à 2004 (49%). Ces résultats appréciables sont liés, entre autres, à l'extension de la couverture sanitaire, la mise en œuvre de stratégies novatrices touchant plus d'enfants et de femmes enceintes.

L'accessibilité des populations aux services de santé

Evolution du nombre de centre de santé communautaire (CSCOM)

par région de 2002 à 2005

Régions	**Nombre de CSCOM prévu dans les PDSC**	**Niveau en 2002**	**Niveau en 2003**	**Niveau en 2004**	**Niveau en 2005**
Kayes	183	89	94	110	115
Koulikoro	167	82	85	88	103
Sikasso	186	136	141	142	152
Ségou	167	106	123	127	134
Mopti	128	83	94	102	109
Tombouctou	77	25	31	35	41
GAO	93	31	37	39	40

Régions	**Nombre de CSCOM prévu dans les PDSC**	**Niveau en 2002**	**Niveau en 2003**	**Niveau en 2004**	**Niveau en 2005**
Kidal	13	5	5	6	7
Bamako	56	48	50	50	52
Total	**1070**	**605**	**660**	**699**	**753**

Sur une prévision de 1109 CSCOM dans les PDSC (plan de développement sanitaire des cercles), 753 ont été réalisés en fin juin 2005 soit un taux de réalisation de 68%. Le nombre de CSCOM fonctionnels est passé de 699 à 753 en fin 2005 soit une augmentation de 54 CSCOM.

Evolution de l'accessibilité de la population au PMA (paquet minimum d'activités) dans les rayons de 5 et 15 km

Accessibilité PMA	**Années**			
	2002	**2003**	**2004**	**2005**
Rayon de 5 Km autour d'un CSCOM Fonctionnel (%)	44	46	47	50
Rayon de 15 km autour d'une structure de santé offrant le PMA en centre fixe et des activités de stratégie avancée/mobile (%)	**68**	**69**	**71**	**75**

Les résultats obtenus ci-dessus sont fort encourageants malgré les différents goulots d'étranglement et seront renforcés au cours de la mise en œuvre du PRODESS II. En effet, de gros efforts sont déployés pour réduire les tendances actuelles en terme de mortalité maternelle, néonatale et infanto juvénile, morbidité et mortalité pour ce qui concerne les maladies prioritaires. A titre d'exemple, de 1995 à 2000 :

- la mortalité infantile a diminué de 123% à 113% ;
- la mortalité infanto juvénile a diminué de 258% à 229% ;
- la mortalité néonatale a diminué de 68,4% à 50%.

Les progrès enregistrés au niveau des quintiles les plus pauvres de la population en terme de réduction de la mortalité infantile, la mortalité infanto juvénile, la prise en charge des enfants malades, les accouchements assistés et les consultations prénatales, reflètent les efforts consentis en direction de ces couches, notamment à travers l'extension de la couverture sanitaire, l'organisation de stratégies mobiles et avancées et l'organisation du système de référence – évacuation avec un partage des coûts entre les familles, les communautés et l'Etat.

L'élaboration du PRODESS II a pris en compte le développement des 7 volets devant améliorer la performance du système de santé :

- Volet accessibilité géographique aux services de santé des districts sanitaires ;
- Volet disponibilité des ressources humaines qualifiées de qualité ;
- Volet disponibilité des médicaments, vaccins et consommables ;
- Volet amélioration de la qualité des services de santé, augmentation de la demande et lutte contre la maladie ;
- Volet accessibilité financière, soutien à la demande et participation ;
- Volet amélioration de la qualité des services dans les hôpitaux et les établissements ;
- Volet de renforcement des capacités institutionnelles qui va créer un environnement favorable à la production de santé. Ces programmes intègrent les interventions efficaces à impact démontré sur la mortalité infanto juvénile et maternelle.

Pour la réduction significative de la mortalité maternelle, néonatale, infantile et infanto juvénile, d'importants efforts seront déployés en direction de la mère et de l'enfant qui sont des cibles privilégiées dans le cadre du développement sanitaire. Les interventions prioritaires porteront entre autres, sur la prise en charge des problèmes de puberté à la ménopause, la diffusion et l'application des politiques, normes et procédures (PNP) révisées en santé de la

reproduction (SR), la réorientation de la consultation prénatale (CPN) classique à la CPN recentrée, qui met l'accent sur la prise en charge des complications liées à la grossesse et sur le dépistage des grossesses à risque.

En outre, elle prend en compte la préparation de l'accouchement et la prévention de certaines endémies majeures qui sont source de complications chez la femme enceinte. Il s'agit de : le paludisme (traitement présomptif intermittent ou TPI), utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticides (MII) ; le VIH ; la prévention des hémorragies du post-partum ; l'approche des soins obstétricaux d'urgence (SOU) basée sur l'application des protocoles de prise en charge des urgences obstétricales et l'évolution des performances sur les besoins obstétricaux non couverts (BONC).

En effet, l'évaluation de la stratégie novatrice appelée « Stratégie d'Accélération pour le Développement et la Survie de l'Enfant (SASDE) expérimentée dans trois régions a largement contribué à réduire de façon significative les taux de mortalité infantile et maternelle. Cette stratégie a été étendue aux autres régions en 2004 et se poursuit avec satisfaction.

Les activités de la prévention de la transmission mère enfant du VIH (PTME) et de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) devront intégrer le paquet minimum d'activités (PMA).

En matière de planification familiale (PF), l'accent sera mis sur :

- l'augmentation de la prévalence contraceptive, afin de satisfaire les besoins en planification familiale non couverts des femmes en union, en tenant compte des préférences des femmes en matière de méthodes contraceptives (méthodes courtes ou longues durées) ;
- l'accessibilité des adolescents et des adultes femmes et hommes aux services de planification familiale, en leur offrant des prestations de PF adaptées et accessibles.

En ce qui concerne la lutte contre les pratiques préjudiciables à la santé de la fille et de la femme, en particulier l'excision, l'approche intersectorielle impliquant les institutions chargées de la promotion de la femme, de l'enfant et de la famille, de la société civile sera intensifiée. La prise en charge médicale ou la référence des complications issues des pratiques sera assurée. La pratique de l'excision dans les structures sanitaire fera l'objet de mesures réglementaires appropriées visant à terme son interdiction totale.

Dans le domaine de la santé de la reproduction des jeunes et adolescents (SRJA), des dispositions seront prises afin d'accroître leurs connaissances à l'effet de minimiser les

comportements à risque à travers le renforcement des capacités d'intervention et de coordination des centres pour jeunes, l'engagement et l'implication des ONG et associations de jeunes et femmes pour la promotion de la santé reproductive.

Concernant la lutte contre les IST/VIH/SIDA, le paludisme et d'autres maladies posant des problèmes de santé publique (paludisme, pneumonie chez les enfants de moins de 5 ans diarrhées chez les enfants de moins de 5 ans, IST/VIH/SIDA, tuberculose, schistosomiases, onchocercose, trypanosomiases, hépatite B filarioses lymphatiques…) différentes mesures ont été adoptées.

Le plan sectoriel de lutte contre le VIH/SIDA 2005-2009 a été validé. Il prévoit des actions dans le domaine de la prévention et de la prise en charge. Ce plan sera soutenu, en plus du budget d'Etat et des partenaires traditionnels, par différentes opportunités de financement : Fonds mondial, le MAP, BAD, PPTE entre autres.

La mise en œuvre de la nouvelle politique relative à la prise en charge du paludisme a été renforcée à partir de 2005.

Les interventions nécessaires qui seront développées au cours du prochain quinquennat pour réduire de façon significative la morbidité et la mortalité liées à ces différentes maladies sont axées sur :

- la formation/recyclage du personnel de santé, de relais communautaires, des membres d'associations, des élus ;
- le renforcement du système de référence-évacuation avec l'implication des tradipraticiens encadrés à cet effet ;
- le dépistage systématique du VIH, notamment chez les femmes enceintes, en vue de leur prise en charge gratuite à l'aide d'ARV, le dépistage et la prise en charge des cas de tuberculose, de schistosomiases chez les personnes suspectes ;
- l'organisation de campagne de dépistage et de traitement de masse contre l'onchocercose sous directive communautaire dans les zones a risque ;
- l'approvisionnement adéquat des établissements de santé en matériels et réactifs de laboratoire ;
- l'intensification des activités de communication pour le changement de comportement (CCC) en vue de l'utilisation intensive des moustiquaires imprégnées par les ménages notamment les plus pauvres.

La prévention de la transmission par voie sexuelle des IST/VIH/SIDA se fera par la distribution des préservatifs notamment aux groupes à haut risque et le renforcement de la communication pour le changement de comportement, avec la participation des radios de proximité, les medias traditionnels de communication, les leaders d'opinion et les pairs éducateurs, la prévention de la transmission par voie sanguine se fera par le renforcement de la sécurité transfusionnelle et l'utilisation des instruments stérilisés.

La prévention de la transmission mère- enfant (PTME) se fera par la prise en charge des couples mère- enfant avant et après l'accouchement, et leur famille dans le cadre de l'initiative malienne d'accès aux anti-rétroviraux (IMAARV) ; le traitement à la naissance des enfants nés de mères séropositives aux ARV et leur suivi 18 mois après ; les soins et soutiens aux enfants de mères séropositives et aux veuves et orphelins du SIDA.

La lutte contre les IST/VIH/SIDA portera aussi sur les volets suivants :

- la formation du personnel sur l'approche syndromique ;
- la mise en place des équipements de laboratoire et la disponibilité des réactifs pour les tests et confirmations ;
- l'approvisionnement en médicaments spécifiques pour les infections opportunistes ;
- le renforcement et l'extension de la prise en charge psychosociale et médicale des PVVIHS (personnes vivant avec le VIH), counseling et visite à domicile ;
- le soutien aux PVVIH et aux groupes vulnérables, la trithérapie gratuite aux ARV des PVVIH dépistées ;
- le dépistage systématique du VIH de tous les demandeurs au niveau des centres de santé de référence et des centres de dépistage volontaire ;
- la transfusion de sang sécurisé aux receveurs.

Le renforcement de la surveillance sentinelle sera organisé grâce à la formation du personnel en surveillance épidémiologique, la mise à disposition des réactifs, l'équipement des sites sentinelles, la supervision et les enquêtes appropriées.

Le renforcement de la collaboration inter sectorielle pour faire face à la pandémie se fera à la contractualisation avec les départements impliqués, les ONG et les associations et le secteur privé.

Le VIH/SIDA a occasionné la recrudescence de la tuberculose, ce qui a amplifié l'ampleur de cette maladie sociale encore insuffisamment combattue. Les interventions conséquentes à mener viseront :

- le renforcement des capacités des laboratoires en équipements et réactifs pour l'établissement du diagnostic ;
- la formation du personnel en DOTS (observance directe du traitement) et la décentralisation de cette stratégie au niveau CSCOM ;
- l'approvisionnement régulier des établissements de santé publique et communautaires en médicaments spécifiques ;
- la prise en charge de l'ensemble des cas dépistés par la méthode de DOT ;
- le suivi et la supervision régulière du personnel par les niveaux districts (CSREF) et national.

La lutte contre le paludisme sera centrée sur la promotion des mesures préventives, le renforcement de la capacité du personnel et des relais communautaires. Ainsi, l'intervention prioritaire portera sur la promotion de la subvention et de l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticides (mii) notamment aux femmes enceintes et aux enfants âgés de moins de cinq ans, la promotion du traitement préventif intermittent à la sulfadoxine pyriméthamine chez les femmes enceintes les 4^{eme} et 8^{eme} mois de la grossesse lors des CPN.

La nature anti-vectorielle sera organisée de façon intersectorielle avec l'implication effective des collectivités territoriales et portera sur l'assainissement, notamment l'évacuation des eaux usées et le traitement des gîtes larvaires.

Le diagnostic précoce et le traitement adéquat à domicile des cas simples de paludisme seront effectués au niveau ménage avec l'appui des relais communautaires suivis et encadrés ; l'amélioration de la prise en charge correcte des cas simples et compliqués de paludisme chez les enfants atteints de fièvre dans l'ensemble des établissements de santé à travers l'application de directives techniques révisées, compte tenu du niveau actuel de résistance à la chloroquine. L'évaluation des activités se fera à travers le suivi et la supervision intégrée. La recherche-action sur la chimiorésistance sera poursuivie pour vérifier l'efficacité des nouveaux schémas thérapeutiques nationaux en cours de finalisation. La recherche de vaccin efficace et efficient sera poursuivie avec le centre d'excellence national de l'OMS de la faculté de médecine et d'odontostomatologie de l'Hôpital du Point G.

Le partenariat avec les acteurs du secteur privé, les ONG, les Associations et autres acteurs intéressés sera renforcé autour de la promotion de l'utilisation des supports imprégnés d'insecticides. Le département de la santé développera à cet effet, des modèles de contractualisation qui seront évalués d'accords parties.

En matière d'intervention pour le changement de comportement (CCC), un accent particulier sera mis sur la définition et l'application d'un paquet d'informations essentielles en direction des ménages les plus pauvres. La capacité technique des membres des associations de femmes et de jeunes sera renforcée dans le cadre d'un développement sanitaire harmonieux au niveau communautaire ; la subvention des activités spécifiques de promotion de la santé des organisations féminines ; le renforcement et l'accélération de la mise en œuvre de l'initiative « un cercle, une ONG ». Des paquets d'informations et de services à base communautaire seront développés selon les besoins par zone. Les medias modernes et traditionnels notamment de proximité seront davantage mis à contribution.

Dans le cadre de la recherche en santé, en vue d'améliorer la qualité des prestations, l'utilisation et la performance des services et de maîtriser les principaux déterminants relatifs à la morbidité et la mortalité liées aux maladies prioritaires, les compétences notamment du personnel des équipes des districts sanitaires seront renforcées à travers la réalisation de sessions de formation/recyclage, la mise à disposition à la demande des moyens adéquats aux responsables des établissements. Les résultats des travaux d'études et de recherche seront rendus disponibles à tous les niveaux pour leur utilisation adéquate selon les besoins du terrain.

La mise en œuvre du PRODESS II va contribuer à l'amélioration des performances et des résultats dans le secteur. Les interventions efficaces à grand impact sur la mortalité maternelle et infantile devront être soutenues en vue de leur application optimale à travers les programmes retenus.

Ainsi le Mali pourra tendre significativement vers l'atteinte des objectifs du Millénaire.

Point n° 17 :

La lutte contre le trafic des enfants constitue une préoccupation majeure pour le Gouvernement du Mali. C'est pourquoi après le Plan d'action d'urgence de lutte contre le trafic transfrontalier d'enfants entre le Mali et la Côte d'Ivoire de mars 2000, il a élaboré un Plan d'action national 2002 – 2006 de lutte contre la traite des enfants.

L'un des axes stratégiques de ce plan d'action national est la répression des auteurs de traite d'enfants.

Le Mali a ratifié la Convention n°182 concernant l'interdiction des pires formes de travail des enfants et l'action immédiate en vue de leur élimination et de la Convention n°138 concernant l'âge minimum d'admission à l'emploi.

Le Code Pénal malien définit et réprime à son article 244 le trafic d'enfants. Toute personne reconnue coupable de ce fait est passible d'une peine allant de 5 à 20 ans de réclusion criminelle.

Des ateliers de formation et d'information ont été organisés sur la traite des enfants à l'endroit des intervenants (acteurs gouvernementaux et de la société civile) et de la population. Au cours de ces ateliers, l'attention a été attirée sur l'article 244 du Code Pénal en mettant l'accent sur les éléments constitutifs de la traite d'enfants, les auteurs et les victimes ainsi que les étapes de la procédure contre les auteurs.

En 2004, un noyau de 30 formateurs sur la protection des enfants en situation de traite a été formé. Il est constitué d'agents des services de sécurité, de l'action sociale et des ONG. Aujourd'hui, après six (06) ateliers de formation, 144 intervenants ont été formés. Au terme de ces formations, les capacités des participants ont été renforcées, notamment dans l'identification des auteurs et victimes de traite, sur les dispositifs juridiques, les étapes de la procédure contre un auteur.

Par ailleurs, dans le cadre de la protection de l'enfant en danger, le Code de Protection de l'Enfant crée « un devoir de signaler », en vertu duquel toute personne est tenue d'informer le Délégué à la protection de l'enfance des situations dangereuses dans lesquelles un enfant se trouverait (Article 73). L'instauration d'une telle obligation de renseignement, à la charge de tous les éléments de la communauté, créé d'une manière implicite un devoir de surveillance et de protection des enfants par tout membre de la communauté.

D'autre part, les structures de surveillance communautaires en matière de lutte contre la traite des enfants, qui sont au nombre de 364 réparties entre 5 régions sur 8, jouent un rôle essentiel dans la poursuite contre les auteurs de traite et leurs complices, car elles interviennent pour l'élaboration et la diffusion de l'information autour des questions de prévention et de protection contre le trafic des enfants; et la cessation de la spirale de l'indifférence et de l'impunité, deux phénomènes favorisant la reproduction des situations de traite.

Point n° 18

La préoccupation par rapport à la situation des filles migrantes est réelle et constitue un fait d'actualité. Mais le Gouvernement a entrepris un certain nombre d'actions allant dans le sens de l'amélioration de leur situation.

C'est ainsi que pour la promotion des droits des adolescentes, un projet a été initié dans le cadre d'un partenariat entre le Gouvernement et trois Agences du système des Nations Unies : UNICEF, UNFPA et PNUD.

Le projet visait entre autres :

- la formation à la citoyenneté, au lobbying et à la mise en place de réseaux internes et externes de filles migrantes ;
- l'introduction de la micro finance avec les filles migrantes alphabétisées ;
- l'information/formation des filles migrantes sur leurs droits (particulièrement le droit de la famille et le droit du travail) pour servir de relais sociaux dans leur milieu de vie.

La mise en œuvre de ce projet a permis d'atteindre un certain nombre de résultats : l'organisation permanente de sessions d'alphabétisation au profit de 4000 adolescentes migrantes et marginalisées, la formation de 386 relais sociaux en santé de la reproduction, la réalisation des séances d'information et de sensibilisation sur la santé de la reproduction dans les centres d'alphabétisation.

La première journée nationale des adolescentes, tenue à San (région de Ségou), a regroupé plus de 800 personnes dont plus de 500 adolescentes venues de toutes les régions du pays.

Mais ces formations et sensibilisations n'ont pas permis d'atteindre les résultats escomptés. Cela pose un certain nombre de problèmes, à savoir l'orientation exclusive de ces formations sur le milieu urbain et les professionnels, l'absence de plan de suivi des agents formés, la non prise en compte dans les différents programmes de formation des vrais acteurs que sont les parents et les enfants et enfin la pertinence des stratégies de formation.

Il reste aussi que ce projet, qui est arrivé à terme, attend d'être renouvelé et devra tenir compte des conclusions tirées de l'expérience.

Point n° 19 :

La loi malienne permet au juge de statuer sur une demande de mise en liberté provisoire, même si cette mesure n'est pas encore applicable en matière de garde à vue.

Cependant, si au cours de la garde à vue, le Procureur estime qu'il n'existe pas de charges suffisantes pour justifier la détention du prévenu, il décide de la libération de ce dernier au bout de 48 heures. Les textes maliens sur la garde à vue offrent des garanties pour les droits et liberté

du prévenu. En effet, la présence de l'avocat à la phase de l'enquête préliminaire, la prolongation du délai de garde à vue conditionnée à l'accord du Procureur, constituent des éléments favorisant la protection des droits du citoyen.

Par ailleurs, le Gouvernement du Mali, à travers le Ministère de la Justice et celui de la Sécurité Intérieure, a entrepris des formations sur la déontologie et le strict respect des textes, à l'intention des magistrats, auxiliaires de justice, personnel de l'administration pénitentiaire, officiers et agents de police.

L'objectif visé est d'instaurer une culture de respect des droits humains dans les activités de tous les acteurs de la justice et plus spécifiquement celles de la police judiciaire.

Des instructions ont été données aux parquets de mieux superviser les officiers et agents de police qui relèvent de leurs juridictions pour éviter des cas de violations des droits.

Pour ce qui concerne les conditions de détention au sein des commissariats de police ou de gendarmeries, malgré ses moyens limités, le Mali a accompli des progrès notables, notamment en rénovant les cellules de garde à vue ou en séparant les femmes des hommes ou les enfants des adultes.

Point n° 20 :

Depuis le conflit de 1989 entre la Mauritanie et le Sénégal, un grand nombre de réfugiés a bénéficié de l'asile sur le territoire du Mali, particulièrement dans la région frontalière de Kayes. Une protection juridique et une assistance matérielle ont été assurées par la Délégation du HCR au Mali, en partenariat avec le Centre Canadien de Coopération Internationale (CECI) jusqu'en août 1998. Suite au retrait de la Délégation du HCR au Mali, la Commission Nationale Chargée des Réfugiés (CNCR) a pris le relais.

Un recensement de ces réfugiés mauritaniens a été conjointement organisé en 1999 par la Délégation du HCR et la Commission Nationale chargée des Réfugiés. A l'issue de ce recensement, environ **600** réfugiés répartis dans différentes localités de la région de Kayes ont été dénombrés. Ces réfugiés ont été enregistrés, et leurs dossiers constitués par famille et par localité, au niveau du Secrétariat de la Commission Nationale Chargée des Réfugiés.

Ce nombre a augmenté avec l'arrivée d'autres réfugiés suite au coup d'Etat manqué de juin 2003 en Mauritanie. Au 31 décembre 2005, leur nombre était de 6303.

Afin d'évaluer les conditions de séjour de ces réfugiés dans la région de Kayes, une mission conjointe H.C.R./C.N.C.R., dirigée par le Représentant Régional du HCR à Dakar, a été

organisée du 13 au 18 octobre 2003 afin d'échanger avec les autorités administratives et les réfugiés et de trouver une solution à leurs préoccupations (identification et remise de documents administratifs) sur place. A l'issue de cette mission, il avait été décidé par le HCR que tous les demandeurs d'asile mauritaniens seront pris en prima faciès à partir de l'année 2004. Mais pour des raisons de restriction budgétaire, cette mesure n'a pu être mise en œuvre.

Cependant, tous les demandeurs d'asile de nationalité mauritanienne qui se sont présentés au Secrétariat de la CNCR ont pu bénéficié et continuent de bénéficier de l'assistance juridique, à travers les documents administratifs : attestation de réfugié et attestation tenant lieu d'acte de naissance, leur permettant de circuler librement.

Les réfugiés mauritaniens, résidant dans le District de Bamako, titulaires de carte de réfugié, bénéficient de l'assistance médicale et de l'assistance scolaire pour les enfants en âge d'aller à l'école.

Par ailleurs, il y a lieu de signaler que le Mali n'est pas signataire de la Convention du 28 septembre 1954 relative au statut des apatrides ni de celle relative à la réduction des cas d'apatridie du 30 août 1961. A cet effet, aucun demandeur d'asile ou réfugié mauritanien n'a le statut d'apatride.

Le Gouvernement, à travers la Commission Nationale Chargée des Réfugiés, suit avec attention la situation des réfugiés et demandeurs d'asile mauritaniens vivant sur le territoire.

Il y a lieu de rappeler que dans le domaine des doits humains relatifs aux réfugiés, le Mali a ratifié les instruments juridiques internationaux suivants :

- la Convention de Genève du 28 juillet 1951 relative au statut des réfugiés ;
- le Protocole relatif au statut des réfugiés du 31 janvier 1967 ;
- la Convention de l'OUA du 10 septembre 1969 ;
- les différents instruments relatifs aux droits de l'homme et au droit humanitaire.

Bamako, le 31 octobre 2007.

_____