



© 2003 Center for Reproductive Rights

www.reproductiverights.org

formerly the Center for Reproductive Law and Policy



Les Droits des Mineures en Matière de Santé Reproductive au Mali

Rapport Alternatif

Centre pour le droit et les politiques en matière de santé reproductive
Association des juristes maliennes (AJM)

septembre 1999

Préparé pour la 22ème Session du Comité sur les droits de l'enfant

Table des Matières

Les Droits des Mineures en Matière de Santé Reproductive au Mali

	Page
Principaux points de préoccupation	3
A. Les droits des mineures en matière de santé reproductive Articles 6 et 24 de la Convention Relative aux Droits de L'Enfant (CRDE)	5
1. La fécondité des mineures et leur accès aux soins de santé reproductive, y compris la planification familiale et la maternité sans risque	5
2. L'avortement	8
3. Le VIH/SIDA et les maladies sexuellement transmissibles (MST)	9
B. Le droit à l'éducation (Articles 17, 24 (2)(e), 28 et 29 de la CRDE)	11
1. L'accès à l'éducation de base sans discrimination	11
2. L'accès à l'éducation sexuelle	13
C. Le mariage et les mineures (Article 2 de la CRDE)	14
1. L'âge minimum d'entrée en union	14
D. Les violences sexuelles et physiques à l'encontre des mineures (Articles 19 et 34 de la CRDE)	15
1. Les violence sexuelles	16
2. Les mutilations génitales féminines/l'excision	17

Introduction

Le présent rapport a pour but de fournir au Comité sur les droits de l'enfant (ci-après, le Comité) des informations visant à compléter le rapport périodique qui sera présenté par le gouvernement du Mali au Comité lors de sa 22^{ème} session. Il a été préparé et rédigé par le Centre pour le droit et les politiques en matière de santé reproductive (CRLP) et l'Association des juristes maliennes (AJM).

Les organisations non gouvernementales telles que le CRLP et l'AJM peuvent jouer un rôle essentiel en fournissant au Comité des informations crédibles, fiables et indépendantes concernant le statut juridique et la situation réelle des mineures, ainsi que les efforts fournis par les gouvernements pour se conformer aux dispositions de la Convention relative aux droits de l'enfant, qu'ils ont ratifiée. En outre, si les recommandations du Comité peuvent se fonder solidement sur la réalité de la vie des mineures, les ONG peuvent y avoir recours pour faire pression sur leurs gouvernements afin que ceux-ci promulguent ou mettent en œuvre les changements juridiques ou politiques qui s'avèrent nécessaires.

La discrimination à l'encontre des mineures est très répandue dans toutes les sociétés. Cette discrimination viole un grand nombre de droits des mineures et appelle des mesures urgentes. Toutefois, le présent rapport se concentre essentiellement sur les droits des mineures en matière de santé reproductive, sur les lois et les politiques liées à ces droits, ainsi que sur les réalités qui affectent ces droits au Mali. Aux termes de l'article 1 de la Convention relative aux droits de l'enfant, ces dispositions s'appliquent à toute personne âgée de moins de 18 ans. Les mineures sont quotidiennement confrontées aux questions relatives à la sexualité, à l'égalité entre les sexes et à la santé reproductive. Les droits des mineures en matière de santé reproductive font donc partie intégrante du mandat du Comité.

Ainsi qu'il a été énoncé à la Conférence internationale sur la population et le développement, tenue au Caire, en 1994, et à la Quatrième Conférence mondiale sur les femmes, tenue à Pékin, en 1995, les droits en matière de santé reproductive « correspondent à certains droits de l'homme déjà reconnus dans des législations nationales, des instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme et d'autres documents qui sont le fruit d'un consensus, » dont la Convention relative aux droits de l'enfant. Le paragraphe 746 du Programme d'action du Caire énonce qu'« [a]vec l'appui de la communauté internationale, les pays devront protéger et promouvoir le droit des adolescents à l'éducation, à l'information et aux soins dans le domaine de la santé en matière de reproduction. » Les droits en matière de santé reproductive sont d'une importance capitale pour la santé et l'égalité des mineures et il est donc essentiel de prêter une grande attention aux efforts fournis par les États parties à la Convention pour les garantir.

Le présent rapport lie différentes questions fondamentales relatives aux droits en matière de santé reproductive aux dispositions pertinentes de la Convention relative aux droits de l'enfant. Chaque question se divise en deux sections distinctes. La première, qui est ombrée, traite des lois et des politiques pertinentes du Mali, ainsi que des dispositions correspondantes de la Convention relative aux droits de l'enfant en cours de discussion. L'information dans la première section est tirée essentiellement du chapitre sur le Mali de l'ouvrage intitulé Femmes à travers le monde: Lois et politiques affectant leur vie reproductive—Afrique francophone. Cet ouvrage fait parti d'une série de rapports couvrant toutes les régions du monde que le CRLP est en train de préparer en collaboration avec des ONG nationales. L'AJM a rédigé le chapitre du Mali, qui a été édité par le CRLP et le Groupe de recherche femmes et lois au Sénégal (GREFELS). La seconde section se penche sur la mise en œuvre et l'exécution des lois et des politiques—en d'autres termes, sur la réalité de la vie des mineures. L'AJM a fourni presque toutes les informations figurant dans cette section.

Le rapport a été coordonné et édité par Kathy Hall Martinez et Maryse Fontus pour le CRLP,

avec l'assistance de Sophie Lescure, et Sarah Netburn, ainsi que par Maître Djourté Fatimata Dembelé, pour l'Association des juristes maliennes.

Avec environ 46% de moins de 15 ans, la population malienne est caractérisée par sa jeunesse.¹ Au Mali, les adolescentes âgées de 15 à 19 ans contribuent pour près de 14% à la fécondité totale des femmes.² L'Enquête Démographique et de Santé de 1995–1996 note que 42% des adolescentes ont commencé leur vie féconde: 34% ont déjà eu un enfant et 8% sont enceintes pour la première fois.³ Il est donc particulièrement important de répondre aux besoins de ce groupe en matière de santé reproductive.

Septembre 1999

Principaux points de préoccupation

1. L'accès aux soins en matière de santé reproductive, planification familiale (Articles 6 et 24)

Il est indispensable que les mineures soient mieux informées sur l'accès aux services de planification familiale. L'inaccessibilité des services et le manque d'information constituent les principales causes du taux élevé de la fécondité chez les adolescentes. Les grossesses précoces sont un facteur important de mortalité chez les jeunes mères ainsi que pour leurs enfants qui sont très touchés par la mortalité infantile. En effet, le quotient de mortalité infantile est de 25% à 53% plus élevé que lorsque la mère est âgée de 20 ans ou plus.

Par manque d'information, l'utilisation de contraceptifs est souvent associée à la débauche ce qui fait que la sexualité des mineures se déroule de manière clandestine et lorsqu'elles contractent une grossesse, l'avortement clandestin (l'avortement étant sévèrement réprimé par la loi) est pratiqué dans des conditions sanitaires et hygiéniques déplorables.

Le Mali a l'obligation au terme de l'article 24 d'offrir aux adolescents les moyens d'exercer leurs droits d'accès aux services de planification familiale. Les mesures adoptées par le gouvernement afin de résoudre ces problèmes n'ont pas eu le résultat escompté, entre autre à cause de l'insuffisance du budget de l'état consacré au secteur de la santé.

2. L'avortement (Articles 6 et 24)

Le Mali doit clarifier son cadre législatif, mieux informer, éduquer et communiquer avec les mineures dans le but de pouvoir mettre fin à la multiplication des avortements clandestins et à l'infanticide. La contradiction qui existe entre les textes juridiques (Code Pénal, Constitution) qui interdisent l'avortement, et la politique nationale de population qui le permet pour des raisons thérapeutiques a de graves conséquences sur la santé des femmes. Au Mali, l'avortement est à l'origine d'un décès maternel sur vingt.

3. Le VIH/SIDA, et les maladies sexuellement transmissibles (MST) (Article 24)

Le Mali à l'obligation au titre de l'article 24(2) d'informer les mineurs et de leur donner accès à l'éducation en matière de santé sexuelle. Il est essentiel d'intégrer dans l'éducation sexuelle un enseignement concernant les voies de transmission du VIH/SIDA et des MST. Malgré une connaissance de l'existence du SIDA chez 79,8% des femmes âgées de 15 à 19 ans, une femme sur deux déclare ne rien avoir changé à son comportement sexuel en matière d'utilisation des préservatifs. Il en ressort que le niveau de progression du SIDA est effrayant et qu'un futur désastreux est probable si des mesures vigoureuses ne sont pas prises. Malgré les efforts du gouvernement malien par le biais le « Programme national de lutte contre le SIDA », le rythme de progression ne cesse d'augmenter.

4. L'éducation (Articles 17, 24, 28 et 29)

Il est indispensable que la femme ait le même accès à l'éducation que l'homme. Le taux d'inscription à l'école primaire des femmes en âge d'être scolarisées est de 27%, contre 41% chez les hommes. Pour l'enseignement secondaire, il est de 6% contre 12%. Les mesures qui ont été prises par le gouvernement pour augmenter le niveau de scolarisation des femmes n'ont pas abouti. En effet, il

est indispensable de tenir compte des problèmes spécifiques des femmes. En raison de la distribution traditionnelle des rôles familiaux, les jeunes épouses sacrifient souvent leur éducation aux tâches domestiques et à la maternité, ceci étant source de discrimination à leur rencontre en termes de scolarisation.

5. Le mariage (Article 2)

Au Mali, la loi et la coutume permettent aux femmes de se marier très jeunes (15 ans est l'âge minimum auquel une fille puisse se marier, contre 18 ans pour les hommes). Cette pratique est discriminatoire et viole les droits des adolescentes à l'éducation et à la santé, ainsi que leurs droits aux titres des articles 6, 17, 24, 28 et 29.

Par ailleurs, bien que les mariages forcés soient interdits, la pratique est toujours en vigueur.

6. Les violences sexuelles (Articles 19 et 34)

Au Mali, il n'existe aucune disposition réprimant le viol conjugal qui n'est pas considéré comme une infraction. Les procédures visant à signaler les délits sexuels ne sont pas adéquates eut égard à la situation délicate dans laquelle se trouvent les victimes, si bien que très souvent un sentiment de culpabilité, s'empare des victimes qui abandonnent toutes poursuites. Les femmes portent rarement plainte en matière de viol ou de sévices sexuels et la pression sociale est telle qu'elles décident souvent de mettre fin à leur procédure avant d'obtenir satisfaction.

7. Les mutilations génitales féminines/l'excision (Articles 19 et 34)

Au Mali, il n'existe pas de loi réprimant les mutilations génitales féminines. Cependant, ayant pris conscience de l'impact négatif de cette pratique sur la santé des femmes, le gouvernement a manifesté sa volonté d'entreprendre des actions en vue de sa suppression. C'est ainsi que le Comité national pour l'éradication des pratiques néfastes à la santé de la femme et de l'enfant a été créé. Il s'est également tenu en juin 1997 un séminaire national sur la définition d'une stratégie d'éradication de l'excision qui a donné lieu à l'élaboration d'un plan quinquennal d'action 1998-2002. Les autorités devraient, toutefois, considérer la possibilité de passer une loi pénale sanctionnant les personnes qui refusent de cesser cette pratique.

Au Mali, 94% des femmes en âge de procréer ont été victimes de mutilations génitales. Cette pratique est très ancrée dans la culture malienne: 80% des femmes excisées souhaitent que cette pratique continue. L'excision n'a jamais été réprimée au Mali et la justice malienne n'a jamais enregistré de plainte, même en cas de décès. Un plan quinquennal d'action de 1998 à 2002 vise à éradiquer l'excision.

Les Droits des Mineures en Matière de Santé Reproductive au Bénin

A. Les droits des mineures en matière de santé reproductive (Articles 6 et 24 de la CRDE)

Introduction

L'article 6 de la Convention Relative aux Droits de L'Enfant (CRDE) énonce que tout enfant a un droit inhérent à la vie et que les Etats parties assurent dans toute la mesure du possible la survie et le développement de l'enfant. L'article 24 élargit les droits énoncés dans l'article 6, en reconnaissant le droit qu'a l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible.

En conséquence, ces dispositions imposent aux gouvernements l'obligation d'assurer l'accès des mineures aux services en matière de santé reproductive. En l'absence de ces services, les mineures peuvent avoir des grossesses non désirées susceptibles d'entraîner la mort ou la maladie, en raison de leur immaturité physique et du manque de services de soins de santé maternelle adéquats.

Le Comité sur les droits des enfants s'est déclaré vivement préoccupé de l'accès des mineures aux services de santé reproductive⁴, et a noté que les gouvernements doivent prévoir des soins de santé maternelle adéquats et s'attaquer aux questions relatives à la grossesse et au VIH/SIDA chez les mineures.⁵

1. La fécondité des mineures et leur accès aux soins de santé reproductive, y compris la planification familiale et la maternité sans risque

Lois et politiques

Le droit à la santé est consacré à tous les citoyens maliens par l'article 17 de la Constitution.⁶

La politique sanitaire du Mali est fondée sur ce principe d'universalité qui fait de la santé un droit fondamental de tout malien et de l'action sanitaire, une œuvre sociale de solidarité de l'Etat, des collectivités et de l'individu.⁷ La concrétisation de l'objectif de la santé pour tous passe par la réalisation des objectifs intermédiaires suivants: améliorer l'état de santé de la population en réduisant la mortalité maternelle et infantile ainsi que la morbidité et la mortalité dues aux maladies; étendre la couverture sanitaire; rendre le système de santé viable et performant en intégrant la politique socio-sanitaire dans celle du développement socio-économique du pays.⁸ Le Ministère de la Santé, de la solidarité, et des personnes âgées est l'organe d'exécution des politiques du gouvernement en matière de santé. La Division Santé familiale et communautaire fait partie de ce ministère. Cette Division a notamment pour mission de donner une place de choix à la santé de la mère et de l'enfant, d'intégrer la planification familiale comme élément de santé, et de créer des institutions capables de réduire très sensiblement la mortalité et la morbidité maternelle et infantile.⁹

En 1990, le Gouvernement à travers le Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales, a mis en œuvre un projet pilote de distribution à base communautaire de contraceptifs dans les zones rurales et de marketing social dans les zones urbaines et rurales. Les services de planification familiales sont en outre disponibles dans les huit Régions administratives ainsi que dans le district de Bamako. Le Ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes âgées ainsi que le Ministère chargé de la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille initient et encouragent les activités d'IEC sur les méthodes contraceptives et, les conséquence néfastes des grossesses précoces.

En 1991, le Mali s'est doté d'une Déclaration de politique nationale de population qui s'articule autour des principes suivants: le respect de la protection de la famille; la possibilité donnée aux couples et aux individus de décider librement et en toute responsabilité de la taille de leur famille et de l'espace des naissances de leurs enfants; le respect des droits fondamentaux des enfants; la nécessité d'œuvrer pour l'intégration de la femme dans le processus de développement.¹⁰

Afin d'atteindre ces objectifs, le gouvernement propose plusieurs stratégies, dont notamment: la sensibilisation des populations sur les méfaits des mariages précoces; l'accès plus facile aux méthodes de planification familiale afin de porter la prévalence à 60% d'ici l'an 2020; la protection des adolescentes contre les grossesses précoces et indésirables; la lutte contre les pratiques traditionnelles ayant des effets nocifs sur la santé des filles, telles que l'excision; l'élaboration des lois pour protéger les enfants contre toute forme d'exploitation.¹¹ Prodiguer à la mère et à l'enfant les soins prénatals, d'accouchement et postnatals constituent l'une des composantes de la politique menée par le gouvernement en matière de santé de la reproduction.

La maîtrise progressive de la fécondité constitue l'un des volets essentiels de la Politique nationale de population. Les stratégies préconisées pour réaliser cet objectif comprennent, notamment: la sensibilisation des populations sur les méfaits des mariages précoces; l'accès plus facile aux méthodes contraceptives; la protection des adolescentes contre les grossesses précoces grâce au renforcement et à la généralisation de la scolarisation des filles, ainsi que l'introduction des questions de population dans l'enseignement scolaire et parascolaire; la sensibilisation de la population sur les avantages d'une parentalité responsable; la sensibilisation des hommes sur les avantages de la planification familiale; le maintien de l'interdiction d'avorter en tant que moyen de régulation des naissances, mais son autorisation pour des raisons majeures comme la santé de la mère et de l'enfant qu'elle porte.¹²

Quant à la Politique nationale de population, son cadre institutionnel et organisationnel comprend des organes de planification et de suivi, des organes d'exécution, et des organes de programmation et de coordination.¹³ Les organes de planification et de suivi sont (1) le Comité Régional de Développement, (2) les Commissions Nationales de Planification, notamment la Commission Nationale des Ressources Humaines et de la Population, (3) le Comité de Direction du Plan, (4) le Conseil Economique et Social, et (5) le Conseil Supérieur du Plan.¹⁴

La loi française de 1920 interdisant l'incitation à l'avortement et la propagande anticonceptionnelle a été abrogée et une ordonnance autorisant la propagande anticonceptionnelle a été prise en 1972. Ainsi, aucune forme de contraception n'est interdite au Mali. Une ordonnance présidentielle autorisant la mise à disposition des contraceptifs comme moyen de planification familiale a été adoptée en 1971. Auparavant, la femme mariée ne pouvait utiliser l'une des méthodes contraceptives sans l'autorisation de son mari. Cependant, grâce à la lettre circulaire du 25 janvier 1992, les femmes maliennes ont désormais le droit d'obtenir des contraceptifs sans le consentement de leur mari.¹⁵

La pratique

Bien que le gouvernement malien ait retenu la santé pour tous comme objectif fondamental de sa politique sanitaire, la réalisation de cet objectif se trouve malheureusement confrontée à plusieurs contraintes, notamment: la faiblesse du budget de l'état consacré au secteur de la santé, la dispersion de la population dans le Nord du pays et la forte proportion de la population à risque.¹⁶

Les services de planification familiale sont officiellement intégrés dans les services de santé maternelle et infantile depuis l'adoption de la stratégie des soins de santé primaires en 1978.¹⁷ Cependant, selon l'Enquête démographique et de santé de 1995-1996, seulement 18% des femmes

ont déjà utilisé une méthode contraceptive¹⁸, mais seulement 8% en utilisait une au moment de l'enquête: 3% utilisaient une méthode traditionnelle ou populaire, 5% utilisaient une méthode moderne.¹⁹

L'inaccessibilité des services et le manque d'informations sur la planification familiale constituent les principales causes du taux élevé de la fécondité des adolescentes.²⁰ Les études réalisées démontrent que seulement 21% des jeunes femmes savent où se procurer une méthode contraceptive moderne. Lorsqu'on considère la différence entre les zones urbaines et rurales, on constate que le taux change dramatiquement: 49% des jeunes femmes dans les zones urbaines savent où se procurer une méthode contraceptive moderne, par rapport à 10% dans les zones rurales.²¹ Il ressort de l'analyse de la situation sanitaire du Mali que, non seulement le personnel médical n'est pas en nombre suffisant pour répondre aux préoccupations sanitaires des populations mais qu'il n'est pas suffisamment formé pour répondre aux besoins spécifiques des mineures. De même, l'insuffisance des infrastructures chargées du suivi ainsi que le coût élevé des services offerts constituent de véritables obstacles pour celles qui sont issues de milieux défavorisés.

La fécondité des femmes maliennes est très précoce. On constate que dès l'âge de 15 ans, près de 10% des femmes ont commencé leur vie féconde et cette proportion augmente régulièrement et assez rapidement avec l'âge: à 17 ans, 46% des femmes ont déjà un enfant ou sont enceintes, et à 19 ans, plus des deux tiers des femmes (69%) ont déjà commencé leur vie féconde, la grande majorité ayant déjà eu un enfant (63%).²² La précocité de la fécondité est beaucoup plus accentuée en milieu rural où l'on enregistre 49% d'adolescentes ayant commencé leur vie féconde, dont 40% sont déjà mères, par rapport au milieu urbain (30%).²³

Le taux de fécondité des adolescentes âgées de 15 à 19 ans est de 199 pour mille.²⁴ La grande majorité de ces grossesses précoces a lieu dans le cadre du mariage, car au Mali, seulement 4-6% des grossesses chez les adolescentes ont lieu hors mariage.²⁵ On constate également une corrélation négative entre le niveau d'instruction et la maternité précoce. Les mineures adolescentes enceintes sont souvent victimes de marginalisation de la part de certains enseignants qui se font les défenseurs de valeurs anciennes et les découragent afin qu'elles puissent quitter l'école. Certaines après leur accouchement ont le courage de reprendre leurs études, mais la grande majorité choisissent la voie de l'abandon. Les grossesses précoces constituent avec les mariages les principaux motifs d'échec scolaire des filles.

Les grossesses précoces constituent également un facteur de risque de mortalité plus important pour les jeunes mères et pour les enfants de ces adolescentes. Les enfants des jeunes mères de moins de 20 ans sont plus touchés par la mortalité infantile, de 25% à 53% plus que ceux des mères âgées de 20 ans ou plus.²⁶

Le gouvernement encourage certains types d'informations relatives à la contraception. Les médias (radio et télévision) jouent un rôle important dans la diffusion d'informations sur la planification familiale en général, ainsi que sur les différentes méthodes de contraception. Lorsqu'elles prennent part à des activités d'IEC ou lorsqu'elles ont accès aux médias (radio, télévision) les mineures adolescentes sont susceptibles de recevoir des informations qui sont véhiculées sur les différentes méthodes de planification familiale. Cependant la faible fréquence de diffusion des messages, ainsi que les difficultés d'accès des mineures aux outils d'information, font qu'elles ne disposent que de connaissances parcellaires.

Les agents du développement communautaire mènent des activités d'information en milieu rural. Très souvent, les mineures ne rencontrent pas un accueil favorable de la part des personnes compétentes, certains de ces informateurs allant jusqu'à adopter un comportement réprobateur préférant donner aux intéressées une leçon de morale.

La mentalité existante associe l'utilisation des contraceptifs par les mineures à la débauche. La con-

traception ne se conçoit que dans le cadre de l'espace des naissances chez un couple marié. L'IEC qui est faite n'est pas assez souvent adaptée aux besoins des mineures. En outre ces séances se tiennent à des heures de travail ou de cours, horaires qui les rendent inaccessibles aux intéressées. Les agents qui interviennent en milieu rural n'incluent pas assez les besoins des mineures de manière spécifique dans leurs programmes.

Les ONG sont devenues de véritables acteurs dans l'utilisation des contraceptifs et de la planification familiale. Elles aident à mettre en œuvre les stratégies adoptées par le gouvernement dans les zones d'intervention. Elles utilisent généralement pour cela la radio et la télévision afin de faire passer leurs messages.

2. L'avortement

Lois et politiques

Le Code pénal définit l'avortement comme l'acte qui « consiste dans l'emploi de moyens ou de substances en vue de provoquer l'expulsion prématurée du fœtus, quel que soit le moment de la grossesse où cette expulsion est pratiquée ». ²⁷ Le texte précise que l'avortement concerne un enfant qui n'a pas encore vu le jour et est caractérisé même si le fœtus naît vivant ou survit aux manœuvres abortives. ²⁸

Le Code pénal ne reconnaît explicitement aucun motif pour la pratique de l'avortement. Quelles que soient les circonstances et les conditions dans lesquelles la grossesse a été contractée ainsi que ses conséquences, aucune exception n'est prévue par le texte réprimant l'avortement. Toute action qui tend à une publicité pour cet acte, tombe indubitablement sous le coup de la loi, et est donc punissable.

Cependant, les différents Codes de déontologie des professions sanitaires et para-sanitaires, ainsi que certains passages de la Déclaration de politique nationale de la population plaident en faveur de l'existence d'une permission légale prévue dans le Code pénal qui estime qu'il n'y a ni crime, ni délit lorsque l'homicide, les blessures, les violences et les coups étaient commandés par la nécessité actuelle ou la légitime défense de soi-même ou d'autrui. ²⁹

La Déclaration de politique nationale de population a noté que la multiplication ces dernières années, des avortements clandestins et d'autres pratiques, constituait une crise sociale qu'il était difficile d'ignorer encore longtemps. ³⁰ Aussi, la promotion de la planification familiale pour la maîtrise de la fécondité et la sauvegarde de la famille est devenue une nécessité et constitue l'un des volets essentiels de la Politique nationale de population. Parmi les stratégies envisagées dans ce cadre, figure le maintien de l'interdiction d'avorter en tant que moyen de régulation des naissances, mais son autorisation pour des raisons majeures comme la santé de la femme et de l'enfant qu'elle porte. ³¹ Des appuis financiers sont apportés aux services qui luttent contre les avortements clandestins par une sensibilisation des grossesses précoces et non désirées. Le Ministère chargé de la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille a initié plusieurs séances de tables rondes à la radio et à la télévision, conférences, débats sketches et pièces de théâtre.

Il existe donc une contradiction entre le Code Pénal qui interdit l'avortement pour quelque raison que ce soit, et la Politique Nationale de Population qui le permet pour des raisons thérapeutiques.

La pratique

La sexualité des mineures se déroulant de façon clandestine, lorsqu'elles contractent une grossesse, une très grande majorité avec le concours de proches parents optent pour l'avortement clandestin qui généralement est pratiqué dans des conditions sanitaires et hygiéniques déplorables. En cas de complication, la tentative d'avortement ou l'avortement est si sévèrement réprimés par la loi que la mineure et les personnes impliquées ont recours à l'automédication ou à des soins clandestins afin d'échapper à la poursuite judiciaire ou à la réprobation sociale. C'est uniquement en cas d'extrêmes complications qu'elles consentent à rejoindre des structures sanitaires compétentes qui, à ce stade, sont souvent impuissantes à faire face à la situation. Selon une étude des hôpitaux au Mali réalisée en 1982, les femmes ayant eu des complications suite à un avortement représentent seulement 0.5% des admissions aux services d'obstétrique, cependant, elles constituent au moins 4% des décès maternels.³²

Selon l'UNICEF, l'avortement est à l'origine d'un décès maternel sur vingt au Mali.³³ Malgré ce taux élevé et l'existence d'un texte très répressif, très peu de cas ont fait l'objet de poursuite en raison du fait que l'acte d'avortement lui-même est rarement dénoncé, même s'il y a eu décès de la femme.

La politique adoptée par le gouvernement doit permettre de résoudre en partie le problème par des activités d'information, d'éducation, et de communication (IEC). En outre, la relecture des textes en vue d'une amélioration du cadre législatif aura un impact favorable sur le taux de décès.

L'élaboration d'un projet de loi visant à libéraliser l'avortement n'a pas encore été envisagé.

3 Le VIH/SIDA et les maladies sexuellement transmissibles (MST)

Lois et politiques

Il n'existe pas encore de texte sur le SIDA au Mali. Il n'existe aucune loi ni aucun texte ayant pour objet de traiter, soigner, protéger ou sanctionner les porteurs de MST.

Le centre spécial d'appui et de conseil aux porteurs de VIH dispense des informations et des conseils aux personnes atteintes du SIDA. Les services médicaux traitent également les maladies opportunistes que présentent les patients. Les mineures bénéficient de ces services lorsqu'elles fréquentent les structures sanitaires.

La pratique

Au Mali, il y a une sexualité précoce exposant les adolescentes aux risques de grossesses et de MST. Selon le rapport le plus récent de l'ONUSIDA, le taux de prévalence pour l'ensemble de la population est de 1,67%.³⁴ De ce fait, le Mali ne figure pas encore parmi les pays les plus touchés. Il faut cependant signaler que la progression de l'épidémie est inquiétante depuis l'apparition du premier cas en 1984.

Actuellement, le nombre d'adultes séropositifs est estimé à 84.000, dont 42.000 femmes.³⁵ Le nombre d'enfants séropositifs est estimé à 4.800, et on compte 33.000 orphelins dus au SIDA.³⁶ Depuis le début de l'épidémie, on a recensé 44.000 cas de SIDA déclarés parmi les adultes et les enfants.³⁷ Malgré les efforts déployés par le gouvernement dans le PNLS, le rythme de progression du SIDA est

effrayant. Les prédictions des modèles de simulation sur l'évolution de la maladie au cours des cinq dernières années indiquent un doublement du nombre de cas d'infections. Une évolution pessimiste est probable si des mesures vigoureuses ne sont pas prises, et le système de santé aura de plus en plus de personnes malades du SIDA à prendre en charge.³⁸

Les jeunes maliennes connaissent bien l'existence du SIDA. En effet, 79,8% des femmes âgées de 15 à 19 ans ont déclaré connaître ou avoir entendu parler de cette maladie, contre 89,6% des hommes du même âge.³⁹ Cependant, ce niveau élevé de connaissances a peu d'impact sur l'utilisation des préservatifs. Une femme sur deux a déclaré ne rien avoir changé à son comportement sexuel depuis qu'elle a entendu parler du SIDA.⁴⁰

La connaissance des MST n'est pas aussi élevée que celle du SIDA. Seulement 46,5% des femmes âgées de 15 à 19 ans ont déclaré connaître ou avoir entendu parler d'au moins une MST.⁴¹ En considérant les épisodes déclarés de MST, on constate que les proportions sont très faibles parmi les jeunes. Au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête, 1,2% des femmes âgées de 15 à 19 ans ont déclaré avoir contracté une quelconque MST, contre 6% des hommes du même âge.⁴² Malgré l'amélioration de la qualité des services offerts, depuis quelques années les MST sont en nette progression parmi les jeunes. Les mineures du fait qu'elles ne reçoivent pas suffisamment d'informations sur les problèmes de sexualité sont les plus exposées. Lorsqu'elles contractent des MST, elles choisissent l'automédication par crainte de la répudiation sociale conduisant à leur isolement.

Conscient de la gravité de l'épidémie du SIDA, le gouvernement malien a mis en place un Programme national de lutte contre le SIDA (PNLS) qui vise à la réduction de la propagation des MST et du SIDA par le renforcement des capacités diagnostiques, le renforcement de la sécurité transfusionnelle, le développement de la collaboration intersectorielle dans la lutte contre le SIDA et l'organisation de la solidarité autour de la lutte contre le SIDA.⁴³

Dans le cadre de la mise en œuvre de la stratégie du PNLS, un Centre spécial d'appui et de conseils aux porteurs du VIH a été créé. Auprès du PNLS, les ONG et associations sont très actives dans la prévention, leurs stratégies étant surtout axées sur l'IEC.

Quant à la politique relative au traitement du VIH, elle réside dans la prise en charge et le suivi des personnes infectées par le VIH. Le traitement des maladies opportunistes chez les malades du SIDA et le traitement des MST avec des médicaments essentiels génériques à coût réduit dans les formations sanitaires périphériques sont notamment prévus. L'activité de conseil pour les séropositifs sera entreprise dans toutes les villes carrefours, dans les centres d'écoute et de conseils, garantissant l'anonymat et une prise en charge respectant la dignité humaine.⁴⁴ Mais toutes les patientes ne bénéficient pas de ces soins pour plusieurs raisons: l'insuffisance des structures sanitaires offrant ces services et le coût élevé du traitement des maladies opportunistes font que les patientes ne disposent pas de ressources financières suffisantes pour avoir accès à ces services.

Bien que la Constitution du Mali protège les droits de la personne infectée par le VIH, il n'en demeure pas moins qu'à l'école, le manque d'information, l'intolérance et les préjugés sociaux sont des causes de discrimination contre les mineures atteintes du VIH-SIDA. Cette discrimination se traduisant par l'isolement physique et psychologique.

B. Le droit à l'éducation (Articles 17, 24 (2)(e), 28 et 29 de la CRDE)

Introduction

L'article 28 de la CRDE reconnaît le droit de l'enfant à l'éducation sur la base de l'égalité des chances et l'article 29 énonce que l'éducation doit viser plusieurs facteurs favorisant le développement de l'enfant dans toute la mesure de ses potentialités. L'article 24(2) garantit le droit de l'enfant d'être informé et d'avoir accès à l'éducation en matière de santé. En outre, l'article 17 reconnaît l'importance de la fonction remplie par les médias et prévoit que l'enfant doit avoir accès à une information et à des matériels provenant de sources diverses. Ainsi, ces articles établissent le lien entre l'éducation, le droit de ne pas subir de traitement discriminatoire fondé sur le sexe et le droit à la santé de la reproduction.

Le Comité a noté que les filles représentent deux tiers des 100 millions d'enfants qui, à travers le monde, ne bénéficient pas d'une éducation de base, et que le taux d'alphabétisation des adolescentes est beaucoup plus faible que celui des adolescents.⁴⁵ En conséquence, le Comité considère que l'éducation est un outil indispensable pour améliorer les perspectives d'avenir des mineures, et recommande que les gouvernements adoptent et mettent en œuvre des lois et des politiques afin de réduire les obstacles à la scolarisation des mineures.⁴⁶ En outre, le Comité exhorte les gouvernements à s'assurer que les mineures aient accès à l'éducation de base et à l'éducation sexuelle, afin d'honorer leurs obligations aux termes de la Convention.⁴⁷ Des programmes d'éducation sexuelle devraient donc être disponibles pour les mineures afin de leur permettre d'exercer leurs droits en matière de santé sexuelle et reproductive comme le prévoit l'article 24.

1. L'accès à l'éducation de base sans discrimination

Lois et politiques

La Constitution reconnaît le droit à l'éducation. Elle dispose: « Tout citoyen a droit à l'instruction. L'enseignement public est obligatoire, gratuit et laïc. L'enseignement privé est reconnu et s'exerce dans les conditions définies par la loi ».⁴⁸

Dès son accession à la souveraineté nationale, le Mali a adopté la réforme de 1962 pour répondre aux nouvelles exigences d'un Etat indépendant. Cette réforme visait quatre objectifs essentiels dont l'enseignement de masse et de qualité, et la liaison de l'école à la vie.

Le Plan d'action national pour la survie, le développement et la protection de l'enfant vise les objectifs suivants d'ici l'an 2000:⁴⁹

- Porter à 10% le taux de préscolarisation des enfants de 3 à 6 ans;
- Relever le taux de scolarisation à 60% d'ici l'an 2000;
- Relever le taux de scolarisation des filles à 50%;
- Réduire à 50% le taux d'analphabétisme d'ici l'an 2000;
- Relever à 40% le taux d'alphabétisation des femmes d'ici l'an 2000.

Préoccupé par le problèmes de la sous-scolarisation des filles, le gouvernement a mis en place en

1990 un volet « Scolarisation des filles » dans le domaine de l'enseignement primaire. Ce projet a été étendu à l'ensemble du territoire depuis 1995. Les activités réalisées dans le cadre de ce projet permettent de tenir compte de la situation des filles en zone rurale.

En 1992, par décision No. 0882/SECEB, la Cellule nationale de scolarisation des filles a été créée. Placée sous la tutelle de la Direction nationale de l'enseignement fondamental, la Cellule est chargée d'élaborer les éléments de la politique nationale dans le domaine de la scolarisation des filles et de sa mise en œuvre.

La pratique

Les dispositions prises par les autorités pour augmenter le taux de scolarisation des enfants maliens ont atteint le résultat recherché: de 1980 à 1996, le taux brut de scolarisation dans les écoles primaires est passé de 26% à 45%; celui des écoles secondaires est passé de 8% à 10%.⁵⁰

Cependant, la croissance n'a pas été identique pour les deux sexes. Le taux de scolarisation des filles est en nette régression par rapport à celui des garçons. Le taux d'inscription à l'école primaire chez les filles en âge d'être scolarisées était de 27% contre 41% chez les garçons.⁵¹ Pour l'enseignement secondaire, il était de 6% pour les filles et de 12% pour les garçons.⁵²

Cet écart est principalement dû au fait que la femme ne jouit pas du même accès à l'éducation que l'homme. Le taux d'alphabétisation est de 23% chez les femmes alors qu'il avoisine les 39% chez les hommes.⁵³ L'homme perpétue le nom alors que la femme est appelée par son mariage à aller «servir» une autre famille. De ce fait, les sommes qui sont investies pour l'instruction de la fille sont considérées comme étant un investissement perdu. En outre les filles constituent une main d'œuvre qui aide aux tâches domestiques leurs mères submergées de travaux. Il existe également une méfiance des parents à l'égard de l'école qui inculque aux filles des valeurs qui n'ont rien à voir avec les réalités sociales, ces filles étant les futures gardiennes des valeurs socioculturelles.

La politique d'expansion générale de l'éducation de base est certes une condition nécessaire mais non suffisante pour permettre la scolarisation massive des filles. Celle-ci requiert l'inclusion des problèmes spécifiques aux filles. Le système éducatif lui-même n'incite pas toujours les parents à faire de la scolarisation des filles une question prioritaire. Les infrastructures scolaires sont insuffisantes et de mauvaise qualité. L'enseignement dispensé n'est pas toujours adapté aux besoins de la communauté et ne prépare pas à la vie pratique. Avec la recrudescence des troubles en milieu scolaire beaucoup de parents ont le sentiment que les filles perdent leur temps à l'école.

Depuis quelques années, le gouvernement a mis en place auprès du Ministère chargé de l'Education de base, une cellule de scolarisation des filles ayant pour tâche de réduire l'écart entre garçons et filles. En 1990, le Département de l'Education a initié un projet de scolarisation des filles. Ce projet avait pour objectifs:

- D'augmenter le taux d'inscription des filles au niveau du premier cycle de l'enseignement fondamental en améliorant la qualité de leur enseignement et le contenu des programmes;
- De réduire le taux de redoublement et d'abandon pour les filles;
- D'améliorer la participation féminine dans le corps d'enseignant au niveau du premier cycle de l'enseignement fondamental.

Mais dans la réalité, l'enseignement n'étant pas gratuit, les filles issues des milieux défavorisés ont

très peu accès à l'école compte tenu du coût élevé de l'inscription et des fournitures scolaires.

Le programme décennal de l'éducation qui vient d'être mis en œuvre doit conduire à la prise en charge de tous les problèmes liés à l'éducation, notamment ceux rencontrés par les filles des zones rurales et des milieux défavorisés.

De nombreuses ONG ont pour objectif de promouvoir la scolarisation des filles surtout en milieu périurbain et rural où les filles sont « utilisées » aux tâches domestiques. Dans ces zones, les parents sont réticents à se séparer de leurs filles. Les ONG qui couvrent ces milieux apportent un appui matériel à la famille et prennent en charge les frais de scolarisation et de fournitures scolaires des filles. Certaines ONG assurent le suivi de ces filles en leur dispensant des cours de rattrapage afin de les maintenir à l'école. Des messages sont diffusés à la radio et à la télévision ainsi que des chansons pour inciter les parents à envoyer leurs filles à l'école.

2. L'accès à l'éducation sexuelle

Lois et politiques

La politique initiée dans ce domaine vise la sensibilisation des adolescentes contre les grossesses précoces et indésirables grâce à l'introduction, notamment, des questions de population dans l'enseignement scolaire et parascolaire.

La pratique

Il n'y a pas de véritable programme d'éducation sexuelle. Les informations parcellaires qui sont données ne sont pas adaptées aux besoins des jeunes et la plupart des messages prônent l'abstinence pour les mineures. Le personnel enseignant lui-même n'a pas reçu une formation adéquate lui permettant de mener des activités d'IEC efficaces dans ce domaine. Seules les mineures qui ont atteint un niveau d'instruction élevé reçoivent des notions rudimentaires relatives aux grossesses précoces et indésirables ainsi que quelques aspects de la reproduction.

Les adolescentes qui ne fréquentent pas l'école dans leur grande majorité sont laissées de côté. En outre beaucoup de parents sont réticents à ce que leur fille reçoive une seule éducation et considèrent que cette éducation est une incitation des mineures à la débauche. Les ONG susceptibles d'intervenir dans ce domaine rencontrent de véritables contraintes rendant leurs actions difficiles et inefficaces. Les adolescentes peuvent avoir accès aux informations à travers les campagnes de sensibilisation menées par certains départements ministériels et certaines ONG. Ces campagnes sont menées par voie de presse audiovisuelle non accessible pour la plupart des mineures.

Le Ministère de l'Éducation a introduit dans l'enseignement scolaire des cours sur la vie familiale et sur la population.⁵⁴ Des efforts sont également déployés envers les enfants non-scolarisés. Les stratégies préconisées pour les atteindre comprennent: la formation des médias sur les questions de population et de planification familiale; la formation des femmes et des coopératives sur la vie familiale; l'organisation de séminaires sur les questions relatives à la population; ainsi que la réalisation de matériels audiovisuels et de programmes d'alphabétisation.⁵⁵

Les ONG se sont également investies dans ce domaine. Ainsi, l'Association malienne pour le bien-

être familial (AMPPF) offre ses services par le biais d'activités d'information, d'éducation et de communication: elle confectionne des chemisettes, des sacs, et des affiches qu'elle distribue aux jeunes; produit des spots à la radio et à la télévision; organise des activités pour les jeunes; coordonne des dialogues instructifs et éducatifs; prodigue des conseils et; rend des visites aux maisons.⁵⁶

C. Le mariage et les mineures (Article 2 de la CRDE)

Introduction

L'article 2 de la CRDE garantit à tout enfant les droits énoncés dans la Convention, sans discrimination. Toutefois, dans de nombreux pays, la limite d'âge minimum d'entrée en union est basse. Cette pratique discriminatoire sape les droits des adolescentes à l'éducation et à la santé.

Ainsi, l'âge précoce auquel la loi ou la coutume permet aux filles de se marier, dans de nombreuses cultures, est source de discrimination à leur rencontre en termes de scolarisation. En effet, en raison de la distribution traditionnelle des rôles familiaux, les jeunes épouses sacrifient souvent leur éducation aux tâches domestiques et commencent à procréer.⁵⁷ Le Comité sur les droits des enfants a également noté que les femmes ne peuvent être préparées au mariage, émotionnellement et physiquement, à un âge si précoce.⁵⁸ Le Comité s'est donc déclaré préoccupé du fait que le mariage précoce des filles est source de discrimination à leur rencontre, parce que leurs droits au titre des articles 6, 17, 24, 28 et 29, sont compromis. En conséquence, le Comité recommande que l'âge minimum d'entrée en union soit haussé, et qu'il soit le même pour les garçons et pour les filles.

1. L'âge minimum d'entrée en union

Lois et politiques

Selon les dispositions du Code du mariage et de la tutelle, le mariage ne peut être contracté que par un jeune homme âgé d'au moins 18 ans ou une jeune fille âgée d'au moins 15 ans, sauf dispense du Ministre de la Justice.⁵⁹

Le mariage forcé est interdit par le Code du mariage qui dispose: « Il n'y a pas de mariage lorsqu'il n'y a pas consentement ».⁶⁰

Le Code du mariage et de la tutelle impose la publication des bans et la publicité de la cérémonie du mariage. Ceci permet à toute personne ayant connaissance d'un ouvrage irrégulier d'en informer les autorités compétentes. En imposant également aux futurs époux la production d'une pièce d'identité, la loi donne la possibilité à l'officier de l'Etat civil de refuser de célébrer un mariage dont les futurs époux n'ont pas l'âge requis.

En outre le Code de mariage et de tutelle punit tout officier d'état civil qui procède à la célébration d'un mariage où les époux n'ont pas l'âge requis. Le parent qui conteste également le mariage de son enfant mineur peut porter cette contestation devant l'officier d'Etat civil qui doit immédiatement surseoir à la célébration. Si celui-ci passe outre, le parent peut saisir le procureur de la République. Des activités d'IEC sont également menées par les ministères compétents pour sensibiliser les parents sur les dangers des mariages précoces.

La pratique

Les données de l'Enquête démographique et de santé 1995-1996 (l'EDS) montrent que les femmes maliennes se marient très jeunes. Le pourcentage des femmes qui étaient en union à 15 ans est très élevé (22%). A 22 ans, 93% des femmes actuellement âgées de 25-49 ans étaient déjà en union. A 25 ans, la quasi-totalité des femmes maliennes (96%) sont en union.⁶¹ Parmi les femmes âgées de 25-49 ans, une sur deux était déjà mariée à l'âge de 16 ans (âge moyen).⁶²

Néanmoins, bien que l'amplitude soit très faible, il semble que le calendrier de la primo-nuptialité ait subi de légères modifications, dans le sens d'un vieillissement, au fil des générations: l'âge moyen à la première union passe de 15,8 ans pour les femmes des générations anciennes (âgées de 45-49 ans) à 16,3 ans pour les femmes des générations récentes (âgées de 20-24 ans).⁶³ On peut aussi noter une diminution récente des mariages très précoces: 23% des femmes de 45-49 ans étaient déjà mariées à 15 ans, contre 19% des femmes de 20-24 ans, et 16% de 15-19 ans quand l'enquête a eu lieu.⁶⁴

Bien que les mariages forcés soient interdits, la pratique est toujours en vigueur. C'est la fille mineure qui généralement est victime de cette situation qui du reste ne devrait pas se produire, l'officier de l'État civil étant tenu de se rendre compte du consentement personnel des époux. Mais très souvent un tel mariage est célébré sous la pression morale que les parents exercent sur la fille. Certains officiers de l'état civil sont également complices de cette situation. Le mariage coutumier à lui seul n'a aucune valeur juridique. En milieu urbain, la plupart de ces mariages sont célébrés pour contourner la loi qui pose un empêchement. En milieu rural les populations ne sont pas suffisamment sensibilisées quant à l'existence du contenu de Code du mariage faisant de la célébration civile une des conditions de validité du mariage. Le mariage coutumier d'un point de vue social donne une légitimité au mariage, les intéressés pouvant commencer une vie commune aussitôt après cette célébration.

D. Les violences sexuelles et physiques à l'encontre des mineures (Articles 19 et 34 de la CRDE)

Introduction

L'article 19 de la CRDE prévoit que les Etats parties doivent prendre toutes les mesures appropriées pour protéger l'enfant contre toute forme d'abus et de violence. De même, en vertu de l'article 34, les Etats parties s'engagent à prendre toutes les mesures appropriées pour protéger l'enfant contre toutes les formes d'exploitation et de violence sexuelles. Quand les filles sont victimes de sévices sexuels, de violence domestique, d'exploitation à des fins commerciales et sexuelles, et de mutilations génitales féminines, leurs droits au titre de ces dispositions sont violés. En outre, ces actes contreviennent au droit des mineures à la santé, prévu à l'article 24.

Les mineures constituent la majorité des victimes de sévices sexuels.⁶⁵ En conséquence, le Comité s'est alarmé de la prévalence de toutes les formes de violence sexuelle perpétrées à l'encontre des mineures.⁶⁶ Le Comité considère que les questions de violence conjugale, d'exploitation sexuelle, de pornographie infantine et de viol relèvent des sévices sexuels. Plus spécifiquement, le Comité met l'accent sur la nécessité d'éradiquer la pratique des mutilations génitales féminines (MGF) et d'autres pratiques traditionnelles néfastes à la santé des mineures,⁶⁷ car ces pratiques contreviennent à leur droit à l'intégrité physique, et à la santé et à leur droit de ne pas être victimes de violence.⁶⁸

1. Les violences sexuelles

Lois et politiques

Les crimes et délits sexuels contre les mineures sont punis et réprimés de sanctions pénales. Ces crimes et délits comprennent: l'attentat à la pudeur, le viol, l'excitation à la débauche.

L'attentat à la pudeur sur un enfant âgé de moins de quinze ans, consommé ou tenté avec/sans violence est puni de cinq à dix ans de travaux forcés et facultativement de un à vingt ans d'interdiction de séjour.⁶⁹

«Si le crime a été commis sur la personne d'un enfant au-dessous de quinze ans accomplis, le coupable sera condamné aux travaux forcés de cinq à vingt ans, et facultativement à l'interdiction de séjour de un à vingt ans».⁷⁰ Lorsque l'attentat est commis sans violence, sur une mineure de plus de quinze ans et de moins de vingt ans, par un ascendant, chargé d'éducation ou surveillance, serviteur à gage, la peine est de trois mois à deux ans d'emprisonnement et/ou une amende de 20 000 à 200 000 francs.⁷¹

Le viol est puni de cinq à vingt ans de travaux forcés et facultativement d'un à cinq ans d'interdiction de séjour. Deux circonstances aggravantes sont prévues: le viol commis à l'aide de plusieurs personnes et le viol commis sur un enfant de moins de quinze ans. Lorsque le viol est commis avec les deux circonstances aggravantes, la peine est celle des travaux forcés à perpétuité.⁷²

«L'individu qui aura accompli ou tenté d'accomplir l'acte sexuel autorisé coutumièrement sur une fille âgée de moins de quinze ans, sera puni de un à cinq ans d'emprisonnement, sans préjudice des peines qu'il encourra pour les crimes ou délits commis à l'occasion de l'accomplissement de cet acte».⁷³ Seront complices, toutes personnes, parents, qui auront aidé, facilité l'auteur des actes dans les faits.⁷⁴

L'excitation à la débauche de la jeunesse, avec/sans consentement, est punie de six mois à trois ans d'emprisonnement ainsi que d'une amende de 20 000 à 100 000 francs et facultativement d'un à dix ans d'interdiction de séjour.⁷⁵

Le crime d'inceste n'est pas mentionné tel quel par le Code pénal, mais l'attentat à la pudeur commis par un ascendant, sur la personne d'un enfant de moins de quinze ans, ou sur un mineur de plus de quinze ans mais de moins de vingt et un ans, est puni par la loi.⁷⁶ Il ne peut y avoir sursis à l'exécution de la peine lorsque l'acte a été commis par un ascendant ou par une personne ayant autorité sur l'enfant.⁷⁷

Le Code pénal puni l'enlèvement par séduction sans fraude, violence, menace d'un enfant de moins de quinze ans. La peine sera de cinq à dix ans de travaux forcés et facultativement de cinq à vingt ans d'interdiction de séjour.⁷⁸

La traite ainsi que la mise en gage des personnes est interdite et punie des peines prévues par le Code pénal.⁷⁹ Lorsque l'infraction a été commise sur un enfant de moins de quinze ans, elle constitue une circonstance aggravante.

Conscient de la vulnérabilité des enfants, le gouvernement a élaboré un Code de protection sociale de l'enfant qui sera présenté dans un bref délai à l'Assemblée Nationale en vue de son adoption. Le cas spécifique des mineures sera pris en compte dans ce contexte.

Les violences conjugales sont interdites et constituent au plan civil un motif de divorce. Ces violences sont également passibles de sanctions dans le cadre de la répression des coups et blessures volontaires punis par le Code pénal.

La pratique

Il n'existe pas de statistiques fiables en matière de viol des filles mineures bien qu'on entende de plus en plus parler de cas de viols. Il en est de même des sévices sexuels et autres atteintes sexuelles à l'encontre des mineures hormis les cas d'excision. Les familles des victimes portent rarement plainte pour des considérations d'honneur et de dignité. Il faut noter que pour les seules années 1998-1999, une dizaine de cas de viols et de sévices sexuels ont été signalés au niveau du centre d'information, de consultation et d'assistance juridique animé par l'Association des juristes maliennes.

Les procédures visant à signaler les délits sexuels ne sont pas soumises à des conditions particulières et ne sont pas de ce fait adéquates eut égard à la situation délicate dans laquelle se trouvent très souvent les victimes. Même si l'instruction est secrète, le jugement intervient dans des conditions pénibles pour les victimes qui souvent ont l'impression d'avoir commis une faute. Il n'existe pas de mécanisme spécifique permettant aux enfants de dénoncer les atteintes sexuelles dont ils sont les victimes. Les parents de l'enfant ou le tuteur sont ceux qui le représentent lors de ces procédures, toutes les dispositions sont prises afin de sauvegarder les intérêts du mineur qui peut être personnellement entendu par le juge dans le cadre des enquêtes. Sans pouvoir donner de chiffre, lorsqu'il existe des indices contre l'auteur du crime, ce dernier est toujours mis en accusation par acquis de droit.

Lorsque les femmes requièrent l'application des textes de lois pour violences conjugales, viols ou sévices sexuels, les juges appliquent la loi si les déclarations sont fondées. Il faut cependant signaler que les femmes portent rarement plainte ou même si elles le font, la pression sociale est telle qu'elles mettent fin à la procédure avant d'avoir obtenu satisfaction. De même, il n'existe aucune disposition réprimant le viol conjugal lequel n'est pas considéré comme une infraction.

2. Les mutilations génitales féminines/l'excision

Lois et politiques

Au Mali, il n'y a pas de loi réprimant de façon expresse et spécifique les mutilations génitales féminines. Cependant, certains textes peuvent être utilisés pour paillier à ce vide juridique. Ainsi, la Constitution dispose que «[l]a personne humaine est sacrée et inviolable. Tout individu a droit à la vie, à la liberté, à la sécurité, et à l'intégrité de sa personne». ⁸⁰ De plus, les actes de torture, les sévices et traitements inhumains, cruels, dégradants ou humiliants sont interdits. «Tout individu, tout agent de l'état qui se rendrait coupable de tels actes soit de sa propre initiative, soit sur instruction sera puni conformément à la loi». ⁸¹

Quant au Code pénal, il dispose que «[t]out individu qui, volontairement, aura porté des coups ou fait des blessures ou commis toute autre violence ou voie de fait, s'il est résulté de ces sortes de violences une maladie ou incapacité de travail personnelle pendant plus de vingt jours, sera puni d'un emprisonnement de un à cinq ans et d'une amende de 20.000 à 500.000 francs... » ⁸² En cas de préméditation, la peine sera de 5 à 10 ans de travaux forcés. ⁸³ Lorsque les violences les blessures ou les coups auront été suivi de mutilation, amputation etc... la peine sera de 5 à 10 ans de travaux forcés. ⁸⁴ En cas de préméditation la peine est portée de 5 à 20 ans de travaux forcés. ⁸⁵

L'article 171 punit les traitements d'épreuves et autres pratiques nuisibles à la santé. Il prévoit que «[q]uiconque, sans intention de donner la mort, aura administré volontairement à une personne des substances ou se sera livré sur elle, même avec son consentement, à des pratiques ou manœuvres qui auront déterminé ou auraient pu déterminer une maladie ou une incapacité de travail, sera puni de six mois à trois ans d'emprisonnement et facultativement de 20.000 à 200.000 francs d'amende et de un à 10 ans d'interdiction de séjour. ⁸⁶ S'il en résulte une maladie ou une incapacité permanente, la peine

sera de cinq à dix ans de travaux forcés. L'interdiction de séjour de cinq à dix pourra être prononcée.⁸⁷ Si la mort s'en est suivie, la peine sera de cinq à vingt ans de travaux forcés et, facultativement, de un à vingt ans d'interdiction de séjour».⁸⁸

Certains juristes maintiennent que ces articles ne sont pas applicables dans le cas de l'excision car ils nécessitent un élément intentionnel. Le coup et la blessure faits doivent être conscients, c'est-à-dire que l'auteur doit savoir qu'il causait dommage à l'intégrité corporelle de la victime. En plus, l'acte doit être volontaire, c'est-à-dire que l'auteur doit avoir agi dans le dessein de nuire à la victime.⁸⁹

Cependant, ces juristes soutiennent que l'article 168 du Code pénal est applicable dans le cas de l'excision car il ne nécessite pas d'élément intentionnel. Il dispose que «[c]elui qui, par maladresse, imprudence, inattention, négligence ou inobservation des règlements, aura involontairement porté des coups, fait des blessures, ou occasionné des maladies à autrui, sera puni d'un emprisonnement de trois mois à deux ans et d'une amende de 20.000 à 300.000 francs ou de l'une de ces deux peines seulement».⁹⁰

La pratique

La pratique de l'excision est très répandue au Mali. Elle concerne 94% des femmes en âge de procréer.⁹¹ Elle se pratique dans toutes les régions du Mali et le milieu urbain est autant concerné que le milieu rural (95% à Bamako, 96% pour le milieu rural).⁹² Seules les communes de Tombouctou et de Gao ont des niveaux de pratique très bas (9%) et la religion ne semble pas jouer un rôle important dans la pratique, puisque la très grande majorité des femmes sont excisées quelle que soit leur religion.⁹³ Cependant l'appartenance ethnique semble jouer un rôle important: seulement 17% des femmes tamacheck et 48% des femmes sonrhâï sont excisées.⁹⁴

L'excision apparaît comme une pratique fortement ancrée dans la culture malienne: 80% des femmes excisées souhaitent que cette pratique continue.⁹⁵ Parmi les raisons évoquées, 61% des femmes font référence à la coutume et la tradition, et 26% d'entre elles pensent qu'il s'agit d'une bonne tradition; 16% évoquent une nécessité religieuse, 6% l'hygiène et 5% pensent que cette pratique permet de préserver la virginité et la moralité.⁹⁶

Parmi toutes ces femmes, 13% estiment qu'il faut arrêter cette pratique.⁹⁷ Ce chiffre atteint 53% lorsque l'on interroge des femmes non excisées: 45% de cet échantillon évoquent pour cela des complications médicales, 30% estiment qu'il s'agit d'une mauvaise tradition, 14% disent que la pratique peut avoir des effets négatifs sur le désir sexuel, 13% pensent que l'expérience est douloureuse et 5% trouvent que c'est une atteinte à la dignité de la femme; 9% n'ont pas donné de raison pour l'arrêt de cette pratique.⁹⁸

Un autre aspect extrêmement important dont il faut tenir compte est le rajeunissement de l'âge à l'excision: cet âge passe de 8,8 ans pour les femmes de 45 à 49 ans (4% seulement des femmes ont été excisées après l'âge de 15 ans) à 6,7 ans pour les fillettes qui subissent cette pratique aujourd'hui. En ce qui concerne les filles aînées des femmes ayant participé à l'enquête, 72% de celles qui sont excisées, l'ont été entre 0 et 4 ans.⁹⁹

Bien que les responsables des actes d'excision puissent être poursuivis sur le plan pénal, l'excision n'a jamais été réprimée au Mali et la justice malienne n'a jamais enregistré de plainte dans ce sens même en cas de décès.¹⁰⁰ Cet acte dangereux pour la santé des petites filles et des femmes semble bénéficier, sinon d'une permission légale, du moins d'une permission de la coutume qui en assurerait l'impunité.¹⁰¹

Ayant pris conscience de l'impact négatif de cette pratique sur la santé des femmes, le gouvernement du Mali a manifesté sa volonté d'entreprendre des actions en vue de sa suppression.¹⁰² C'est dans

ce contexte que le Comité national pour l'éradication des pratiques néfastes à la santé de la femme et de l'enfant a été créé par le Commissariat à la promotion des femmes.¹⁰³ En juin 1997, s'est tenu un séminaire national sur la définition d'une stratégie d'éradication de l'excision qui a donné lieu à l'élaboration d'un plan quinquennal d'action 1998-2002.¹⁰⁴

¹ Déclaration de la Politique de Population du Mali, p. 9 (8 mai 1991). (OR, EDS 1995-1996, pg. 3).

² Cellule de Planification et de Statistique, Ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes Agées, Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique, et Macro International Inc. Enquête Démographique et de Santé 1995-1996, p. 57 (1996) [ci-après EDS 1995-1996].

³ *Id.*

⁴ UN Doc. CRC/C/62 at 617; UN Doc. HR/CRC/99/17 (1999); HR/CRC/99/13 (1999).

⁵ UNICEF, Implementation Handbook for the Convention on the Rights of the Child 611, et seq. (1998) [ci-après Implementation Handbook].

⁶ Constitution of the Republic of Mali (1992), art. 17, *translated in* Constitutions of the Countries of the World (Gisbert H. Flanz, ed., 1997).

⁷ Ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes Agées, Déclaration de la Politique Sectorielle de Santé et de Population, p. 1 (1995) [ci-après, Politique Sectorielle de Santé].

⁸ *Id.*, p. 2.

⁹ Ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes Agées, Direction Nationale de la Santé Publique, Division Santé Familiale et Communautaire, Exposé sur la Santé de la Reproduction par Dr Madina SANGARE, p. 4 (1er septembre 1997).

¹⁰ Ministère de l'Economie, du Plan et de l'Intégration, Déclaration de la Politique Nationale de Population du Mali, p. 22 (8 mai 1991) [ci-après, Politique Nationale de Population].

¹¹ *Id.*, p. 24-43.

¹² *Id.*, p. 27-28.

¹³ *Id.*, p. 45.

¹⁴ *Id.*

¹⁵ Circulaire No. 005 MSP-AS/CAB du 25 janvier 1992.

¹⁶ Politique Nationale de Population, p. 3.

¹⁷ Communication du Dr Arkia TOURE, Les ONG et la Planification Familiale, Séminaire du Groupe Pivot et Survie de l'Enfant (27-29 septembre 1993).

¹⁸ EDS 1995-1996, p. 66.

¹⁹ *Id.* p. 68.

²⁰ UNFPA Proposed Projects and Programmes: Recommendation by the Executive Director, Assistance to the Government of Mali, DP/FPA/CP/130, p. 7 (2 April 1992).

²¹ *Into a New World: Young Women's Sexual and Reproductive Lives*, Alan Guttmacher Institute, p. 54 (1998).

²² EDS 1995-1996, p. 57.

²³ *Id.*

²⁴ United Nations Population Fund (UNFPA), *The State of World Population*, p. 67 (1998).

²⁵ *Into a New World: Young Women's Sexual and Reproductive Lives*, précité note 21.

²⁶ Ministère de l'Economie, du Plan et de l'Intégration, Déclaration de la Politique Nationale de Population du Mali, p.26 (8 mai 1991) [ci-après, Politique Nationale de Population].

- ²⁷ Code pénal, art. 170.
- ²⁸ Code pénal, art. 170, alinéa 2.
- ²⁹ Code pénal, art. 176.
- ³⁰ Politique Nationale de Population, p. 26.
- ³¹ *Id.*
- ³² Maternal Mortality: A Global Factbook, WHO, p. 154 (1991) WHO/MCH/MSM/91.3.
- ³³ République du Mali, UNICEF, Analyse de la Situation des Femmes et des Enfants au Mali, p. 30 (1997).
- ³⁴ UNAIDS, Report on the Global HIV/AIDS Epidemic, p. 65 (June 1998).
- ³⁵ *Id.*
- ³⁶ *Id.*
- ³⁷ *Id.*, p. 68.
- ³⁸ *Id.*
- ³⁹ EDS 1995-1996, p. 212.
- ⁴⁰ *Id.*, p. 223.
- ⁴¹ *Id.*, p. 208.
- ⁴² *Id.*, p. 209.
- ⁴³ Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social, 1998-2007, p. 46.
- ⁴⁴ *Id.*
- ⁴⁵ Implementation Handbook, *précité* note 5, p. 375.
- ⁴⁶ UN Doc. HR/CRC/99/10 (1999).
- ⁴⁷ Voir Implementation Handbook, *précité* note 5; UN Doc. HR/CRC/99/11 (1999).
- ⁴⁸ Const. du Mali, TITRE I, art. 18.
- ⁴⁹ Analyse de Situation des Enfants et des Femmes au Mali, UNICEF, p. 85 (1997).
- ⁵⁰ World Development Indicators, The World Bank, p. 79 (1999).
- ⁵¹ The State of the World's Children: Education, UNICEF, p. 107 (1999).
- ⁵² *Id.*
- ⁵³ *Id.*
- ⁵⁴ UNFPA Proposed Projects and Programmes: Recommendation by the Executive Director, Assistance to the Government of Mali, DP/FPA/CP/130, p. 6 (2 April 1992).
- ⁵⁵ UNFPA Proposed Projects and Programmes: Recommendation by the Executive Director, Assistance to the Government of Mali, DP/FPA/CP/130, p. 6 (2 April 1992).
- ⁵⁶ Country Profile: Mali, International Planned Parenthood Federation (visited June 23, 1999) <<http://www.ippf.org/regions/countries/mli/index.htm>>.
- ⁵⁷ Voir Implementation Handbook, *précité* note 5.
- ⁵⁸ Voir HR/CRC/99/17, *précité* note 4; UN Doc. HR/CRC/99/4 (1999).
- ⁵⁹ Code du Mariage et de la Tutelle, TITRE I, Chapitre II, art. 4.
- ⁶⁰ Code du Mariage et de la Tutelle, TITRE I, Chapitre V, art. 10.
- ⁶¹ EDS 1995-1996, p. 92.
- ⁶² *Id.*
- ⁶³ *Id.*
- ⁶⁴ *Id.*
- ⁶⁵ United Nations Population Fund, State of World Population 1997 37 (1997).

Les Droits des Mineures en Matière de Santé Reproductive au Mali

⁶⁶ Voir HR/CRC/99/17 précité note 4; HR/CRC/99/13 (1999).

⁶⁷ Voir HR/CRC/99/17, précité note 4; *Rights of the Child*, CHR res. 1997/78 para. 5(a), 5(b), 5(c).

⁶⁸ *Convention on the Rights of the Child*, art. 24, 19, 34 opened for signature Nov. 20, 1989, G.A. Res. 44/25, UN G.A.O.R., 44th Sess., Supp. No. 49, UN Doc. A/44/49 [ci-après *Convention*].

⁶⁹ Code pénal, art. 180, alinéa 3.

⁷⁰ *Id.*, alinéa 4.

⁷¹ *Id.*, alinéa 6.

⁷² *Id.*, art. 181, alinéa 4.

⁷³ *Id.*, art. 182, alinéa 1.

⁷⁴ *Id.*, alinéa 2.

⁷⁵ *Id.*, art. 183, alinéa 1.

⁷⁶ *Id.*, art. 180.

⁷⁷ *Id.*, art. 181.

⁷⁸ *Id.*, art. 188.

⁷⁹ *Id.*, arts. 189 et 190.

⁸⁰ Const. du Mali, TITRE I, art. premier.

⁸¹ *Id.*, art. 3.

⁸² Code pénal, art. 166.

⁸³ *Id.*, alinéa 2.

⁸⁴ *Id.*, alinéa 3.

⁸⁵ *Id.*, alinéa 4.

⁸⁶ *Id.*, art. 171, alinéa 1.

⁸⁷ *Id.*, alinéa 2.

⁸⁸ *Id.*, alinéa 3.

⁸⁹ Maître Soyata Maiga DIALLO, Groupe d'Appui à la Réforme Juridique, p. 6.

⁹⁰ *Id.*

⁹¹ Ministère de la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille, Plan National d'Eradication de l'Excision à l'Horizon 2007, p. 3 (29 juillet 1998).

⁹² *Id.*

⁹³ *Id.*

⁹⁴ *Id.*

⁹⁵ *Id.*

⁹⁶ *Id.*

⁹⁷ *Id.*

⁹⁸ *Id.*

⁹⁹ *Id.*, p. 4.

¹⁰⁰ *Id.*, p. 5.

¹⁰¹ *Id.*, p. 6.

¹⁰² *Id.*, p. 2.

¹⁰³ *Id.*, p. 3.

¹⁰⁴ *Id.*

