



## La protection sociale et les enfants en Afrique de l'Ouest et du Centre : Le cas du Mali

Février 2009



# RÉPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple - Un But - Une Foi



Bureau Régional de l'UNICEF  
pour l'Afrique de l'Ouest et du  
Centre

Ministère du Développement Social, de la  
Solidarité et des Personnes Agées

Secrétariat Général

Direction Nationale de la Protection Sociale  
et de l'Economie Solidaire



## La protection sociale et les enfants en Afrique de l'Ouest et du Centre : *Le cas du Mali*

« Unissons-nous pour  
les enfants »

## PREFACE

La protection sociale est désormais perçue au plan mondial comme une composante clef dans les stratégies de réduction de la pauvreté. Elle constitue un maillon important des efforts visant la réduction de la vulnérabilité économique, sociale, alimentaire/nutritionnelle et d'autres chocs et stress. Elle est particulièrement importante pour les enfants eu égard à l'ampleur de leur vulnérabilité, comparativement aux adultes, et également compte tenu du rôle que la protection sociale peut jouer pour assurer une nutrition adéquate ainsi qu'un meilleur accès aux services sociaux de base (éducation, santé, eau et assainissement).

La protection sociale n'est pas uniquement perçue comme garant d'un niveau de revenu ou de consommation d'un ménage mais aussi comme un moyen de prévoyance pour les ménages vis-à-vis des stratégies négatives de survie en situation de chocs exogènes qui exposerait les personnes à la vulnérabilité et les conséquences survenant suite aux risques sociaux divers. Chez les enfants en particulier, une des pratiques nuisibles est le retrait de l'école. La protection sociale constitue également une voie pour promouvoir la productivité des ménages en augmentant leur capacité d'achat d'intrants et pour soutenir le développement des enfants. La prise en compte de ces dimensions de la protection sociale, est l'un des facteurs qui pourrait aider à briser le cycle de pauvreté et contribuer à la croissance économique.

La présente étude intitulée « La protection sociale et les enfants en Afrique de l'Ouest et du Centre : le cas du Mali » fait partie d'une série de cinq études initiées par le Bureau Régional de l'UNICEF pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre. Il s'agit du Mali, du Sénégal, du Ghana, du Congo Brazzaville et de la Guinée Equatoriale. Ces études ont été réalisées par des experts d'un institut de recherche britannique, l'*Overseas Development Institute* (ODI) de Londres, avec l'implication très active d'équipes nationales multi-sectorielles et l'appui de l'UNICEF.

L'objectif de cette étude est d'apporter aux décideurs politiques et aux acteurs du développement, dont l'UNICEF et d'autres intervenants, une compréhension améliorée des mécanismes existants de protection sociale au Mali et des défis et opportunités pour le développement de programmes de protection sociale qui permettraient d'atteindre les couches les plus pauvres et les plus vulnérables de la population.

Le Gouvernement du Mali, à travers le Ministère du Développement Social, de la Solidarité et des Personnes Agées et le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance ont le plaisir de mettre à la disposition des acteurs du développement (Institutions de la République, Administration publique, secteur privé, société civile, Collectivités, partenaires techniques et financiers, chercheurs), les résultats de cette importante étude.

Les principales conclusions de l'étude révèlent que la vulnérabilité des populations face aux droits essentiels de survie et de protection est très élevée avec la persistance des barrières financières pour l'accessibilité aux services sociaux de base.

A un moment où la politique nationale de protection sociale et le plan d'Actions National d'extension de la Protection Sociale 2005-2009 connaissent une étape importante de leur mise en œuvre par, entre autres, l'adoption par le Gouvernement du Mali en janvier 2009 des mesures d'institutionnalisation de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) et du Régime d'Assistance Médicale (RAMED) pour les indigents, les résultats de la présente étude sont une opportunité pour renforcer les capacités des différents acteurs impliqués directement ou indirectement dans les politiques et programmes de protection sociale en général et en faveur des enfants en particulier.

L'opérationnalisation effective des politiques de protection sociale visant l'augmentation de la couverture universelle des pauvres et des groupes vulnérables aux services sociaux de base, constitue l'une des attentes majeures de l'utilisation effective des résultats de cette étude.

Protection Sociale et les Enfants en Afrique de l'Ouest et du Centre : Cas du Mali

---

Le Gouvernement du Mali invite les acteurs de développement et les chercheurs à faire usage des résultats de cette étude aux fins de développement de politiques et programmes porteur d'un bien être surtout des enfants et des femmes en vue de l'accélération des progrès pour l'atteinte des objectifs du CSCR 2007-2011, du Programme de Développement Economique et Social (PDES) 2007-2012 et du plan décennal des OMD 2008-2015 au Mali.

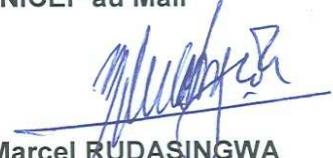
Le Gouvernement exprime sa profonde gratitude au Bureau Régional de l'UNICEF et au Bureau de l'UNICEF Mali pour l'assistance technique et financière, et à l'institut de recherche ODI ainsi qu'à l'équipe nationale multisectorielle ayant œuvré pour l'aboutissement de cette étude.

Ministre du Développement Social,  
de la Solidarité et des Personnes Âgées

  
Sékou DIAKITÉ



Représentant Résident de  
l'UNICEF au Mali

  
Marcel RUDASINGWA



\* Mise au Point: Les points de vue présentés dans ce rapport sont ceux des auteurs et ne reflètent pas nécessairement ceux de l'UNICEF ni de l' Overseas Development Institute (ODI).

Cette étude a été réalisée en partenariat par l'équipe suivante<sup>2</sup> :

- Consultants de l'institut de recherche britannique « Overseas Development Institute » (ODI) [[www.odi.org.uk](http://www.odi.org.uk) ; 111 Westminster Bridge Road, London SE1 7JD, UK] :  
18. Mme Paola PEREZNIETO, Consultante Internationale  
19. Mme Violet DIALLO, Consultante nationale
- L'équipe nationale multi sectorielle de finalisation du rapport :  
20. Ankoundio Luc TOGO, Directeur National de la Protection Sociale et de l'Economie Solidaire,  
21. Hamidou BAGAYOKO, Directeur National Adjoint de la Protection Sociale et de l'Economie Solidaire (DNPSES),  
22. Modibo DIALLO, Directeur National Adjoint du Développement Social,  
23. Mady DIALLO, Chargé des questions d'Assurances Sociales à la Direction du Trésor  
24. Mamadou CISSE, Direction Nationale de l'Education de Base  
25. Djibril BAGAYOKO,  
26. Aliou OUATTARA,  
27. Marie Anne BERTHE, Direction Nationale de la Promotion de l'Enfant et de la Famille  
28. Dieminateu SANGARE, Institut National de Prévoyance Sociale (INPS)  
29. Seriba TRAORE, Chef de Division Sécurité Sociale à la DNPSES,  
30. Amadou MAIGA,
- L'assistance technique de l'UNICEF :  
31. Mr Anthony HODGES, Conseiller Régional en Politiques Sociales au Bureau Régional de l'UNICEF basé à Dakar au Sénégal,  
32. Mr Ousmane NIANG, Spécialiste de Politiques Sociales au Bureau Régional de l'UNICEF basé à Dakar au Sénégal,  
33. Mme Deborah MCWHINNEY, Représentante Adjointe de l'UNICEF Mali,  
34. Mr Robert NDAMOBISSI, Chef de Section Planification, Suivi & Evaluation au Bureau de l'UNICEF Mali.

---

<sup>2</sup> Ce rapport s'inscrit dans un projet plus large qui a été rendu possible grâce à l'appui multidimensionnel (financier et technique) du bureau régional de l'UNICEF (BRAOC), et le personnel des bureaux de pays de l'UNICEF du Congo, de la Guinée Equatoriale, du Ghana, du Mali et du Sénégal. Cet appui est vivement salué ici. Nous voudrions aussi remercier les responsables gouvernementaux pour leur générosité, les prestataires de services, les ONG et les participants des programmes de protection sociale dans les études de cas couvrant les cinq pays qui ont partagé leurs points de vue sur les systèmes de protection sociale et leur potentiel à aborder les questions de la pauvreté et de la vulnérabilité des enfants dans le contexte de l'Afrique de l'Ouest et du Centre. Enfin, nous voudrions exprimer nos vifs remerciements aux collègues qui ont bien voulu nous fournir des commentaires utiles sur les versions préliminaires: Armando Barrientos, Caroline Harper, Tim Braunholz-Speight et Cora Walsh. Bien que nous ayons fait de notre mieux pour refléter les points de vue précieux de tous ceux à qui nous avons parlés, toute interprétation ou erreur ici est celle des seuls auteurs, et ne reflète point nécessairement les points de vue de l'UNICEF ou de l'ODI.

## Table des matières

<b>Liste des tableaux, figures et encadrés .....</b>	<b>viii</b>
<b>Liste des acronymes .....</b>	<b>ix</b>
<b>Sommaire exécutif .....</b>	<b>xi</b>
<b>1. Introduction et cadre analytique .....</b>	<b>1</b>
1.1 Introduction .....	1
1.2 Cadre Analytique .....	2
<b>2. Approche méthodologique.....</b>	<b>5</b>
<b>3. Vue d'Ensemble du contexte de développement politique et socio-économique.....</b>	<b>6</b>
3.1 Contexte politique: contexte et priorités politiques .....	7
3.2 Contexte Économique.....	9
3.3 Politique de Développement .....	11
3.4 Remarques finales .....	12
<b>4. Analyse de la pauvreté et de la vulnérabilité.....</b>	<b>14</b>
4.1 Principales Tendances dans la Pauvreté et la vulnérabilité .....	14
4.2 Formes de Manifestations spécifiques aux Questions de Genre, à la Pauvreté et à la Vulnérabilité .....	20
5.1. Politique et Programmes de Protection Sociale du Mali .....	29
5.2 Contraintes et Opportunités politiques et institutionnelles .....	41
5.3 Mécanismes alternatifs de Protection sociale .....	42
5.4 Remarques finales .....	45
6.2 Défis fiscaux à l'investissement dans les services sociaux .....	50
6.4 Progrès dans la Gestion des Ressources publiques.....	60
6.5 Visibilité des Enfants dans les Budgets et Dépenses de Protection sociale.....	61
6.6 Remarques finales .....	62
<b>7. Analyse des transferts en espèces comme mécanisme de lutte contre la pauvreté des enfants.....</b>	<b>63</b>
7.1 Situation actuelle des transferts en espèces au Mali .....	63
7.2 Quels sont les avantages et les coûts potentiels des transferts en espèces au Mali?.....	66
7.3 Le ciblage a-t-il un sens au Mali? .....	73
7.4 Stimuler la demande des services sociaux de base au Mali.....	78
7.5 Le Mali réunit-il les conditions administratives et de gouvernance pour réaliser efficacement des transferts en espèces?.....	83
7.6 Remarques finales .....	84
<b>8. Analyse de la contribution potentielle et de la faisabilité de l'assurance maladie .....</b>	<b>86</b>
8.1 Le système de santé au Mali et les obstacles à son accès .....	86
8.2 Mécanismes d'assurance maladie existants .....	93
8.3 Systèmes de protection sociale planifiés liés à la santé sous le PRODESS II .....	97
8.4 Abolition des frais des services de santé de base axés sur les enfants.....	101
8.5 Conclusion .....	103
<b>9. Renforcer les services de protection de l'enfant dans le cadre de systèmes de protections sociale plus vastes .....</b>	<b>106</b>
9.1 Les priorités de la protection des enfants.....	107
9.2 Système existant de protection des enfants.....	109
9.3 Promouvoir les synergies entre la protection de l'enfant et la protection sociale .....	111
9.4 Conclusion .....	112
<b>10. Les implications de la politique et les opportunités de son engagement.....</b>	<b>114</b>
10.1 Opportunités pour l'engagement de l'UNICEF .....	114
<b>Annexe 1: Liste des répondants .....</b>	<b>119</b>

<b>Annex 2: Core social protection programmes in Mali: Social assistance and social insurance, and regulatory frameworks .....</b>	<b>122</b>
<b>Annex 3: Child protection services (government programmes only) .....</b>	<b>131</b>
<b>Références .....</b>	<b>150</b>
<b>Annexe 5: Evolution des indicateurs de la santé maternelle et infantile .....</b>	<b>155</b>

## Liste des tableaux, figures et encadrés

<b>Table 1: Protection sociale en faveur de l'enfant .....</b>	<b>3</b>
<b>Tableau 2: Indicateurs économiques et sociaux .....</b>	<b>6</b>
<b>Table 3: Responsabilité transférée à l'administration locale depuis 2000.....</b>	<b>8</b>
<b>Tableau 4: Evolution de l'Incidence de la Pauvreté, 2001–2006 .....</b>	<b>15</b>
<b>Tableau 5: Evolution des Indicateurs de Normes de Vie standard.....</b>	<b>16</b>
<b>Tableau 6: Perception de la pauvreté selon la répartition des ménages au Mali .....</b>	<b>19</b>
<b>Tableau 8 : Sources de revenu par sexe du chef de ménage, %.....</b>	<b>44</b>
<b>Tableau 9 : Sources de revenu par le seuil de pauvreté, %.....</b>	<b>44</b>
<b>Tableau 10: Indicateurs économiques et financiers Sélectionnés .....</b>	<b>48</b>
<b>Tableau 13: Répartition sectorielle des dépenses projetées, selon le CBMT 2006–2011 (% du total).....</b>	<b>53</b>
<b>Tableau 14: Besoins de Financements du PRODESS II, Volet Développement social .....</b>	<b>55</b>
<b>Tableau 15: Les différent types de transferts en espèces et leurs objectifs .....</b>	<b>64</b>
<b>Tableau 16: Statistiques descriptives .....</b>	<b>66</b>
<b>Tableau 17: Résultats de la simulation sur l'impact de la pauvreté pour le Mali .....</b>	<b>68</b>
<b>Tableau 18: Résultats de la simulation coût/efficacité pour le Mali .....</b>	<b>70</b>
<b>Tableau 19: Estimation de coûts des deux scénarios.....</b>	<b>71</b>
<b>Tableau 20: Ratios globaux des dépenses totales par secteur, 2006–2011 .....</b>	<b>71</b>
<b>Tableau 21: Raisons pour lesquelles les enfants cessent d'aller à l'école (%) .....</b>	<b>78</b>
<b>Tableau 22: Comportement de recherche de la santé des ménages .....</b>	<b>88</b>
<b>Source: DHS (2006).....</b>	<b>88</b>
<b>Tableau 23: Dépenses pour la santé (FCFA).....</b>	<b>89</b>
<b>Source: DHS (2006).....</b>	<b>89</b>
<b>Tableau 24: Structure des dépenses des ménages ayant des enfants de moins de cinq ans (%).....</b>	<b>90</b>
<b>Source: ELIM (2006).....</b>	<b>90</b>
<b>Table 25: Source de financement des dépenses des ménages pour la santé.....</b>	<b>90</b>
<b>Source: DHS (2006).....</b>	<b>90</b>
<b>Tableau 26: Répartition des ménages selon le temps qu'il faut pour arriver au centre de santé le plus proche (%).....</b>	<b>91</b>
<b>Source: ELIM (2006).....</b>	<b>91</b>
<b><u>Figure 1: Progrès réalisés par le Mali en termes des indicateurs de gouvernance clés .....</u></b>	<b><u>7</u></b>
<b><u>Figure 2: Carte du Mali avec les principales villes du pays .....</u></b>	<b><u>15</u></b>
<b><u>Figure 3: Evolution de la fiscalité au Mali .....</u></b>	<b><u>48</u></b>
<b><u>Figure 4: Tendances dans les allocations budgétaires, 2006–2011 .....</u></b>	<b><u>51</u></b>
<b><u>Figure 5: Allocations budgétaires pour les secteurs sociaux clés ( milliards FCFA ) .....</u></b>	<b><u>53</u></b>
<b>Encadré 1: Méthodes de ciblage.....</b>	<b>74</b>
<b>Encadré 2: Etude de cas de Bourse Maman, Programme CCT d' UNICEF Mali .....</b>	<b>79</b>
<b>Encadré 3: Etude de cas de l'assurance mutuelle de santé à Sikasso, Mali .....</b>	

## Liste des acronymes

ADP	Alliance pour le Développement et le Progrès
AMO	Assurance Maladie Obligatoire
AMV	Assurance Maladie Volontaire
ANICT	Agence Nationale des Investissements dans les Collectivités Territoriales
AOC	Afrique de l'Ouest et du Centre
ASACO	Association de Santé Communautaire
ASE	Allocation Sélective pour Enfant
AUE	Allocation Universelle pour Enfant
AVM	Assurance Volontaire Médicale
BIT	Bureau International du Travail
CBMT	Cadre Budgétaire à Moyen Terme
CCC	Centre de Conseils des Collectivités
CDE	Convention des Nations Unies sur les Droits de l'Enfant
CDMT	Cadre de Dépense à Moyen Terme
CEDEF	Convention des Nations Unies sur l'Elimination de toutes les Formes de Discrimination à l'Égard des Femmes
CRS	Secours Catholique (Catholic Relief Services)
CSCOM	Centre de Santé Communautaire
CSCRP	Cadre Stratégique pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté
CSLP	Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté
CSRef	Centre de Santé de Référence
CTAC	Cellule Technique d'Appui aux Collectivités
DNDS	Direction Nationale du Développement Social et de la Solidarité
EDS	Enquête Démographique et de Santé
ELIM	Enquête Légère Intégrée auprès des Ménages
EMEP	Enquête Malienne sur l'Evaluation de la Pauvreté (Mali Poverty Evaluation Study)
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour les Activités de Population
FENASCOM	Fédération Nationale d'Associations de Santé Communautaire
FMI	Fonds Monétaire International
GDI	Indice de Développement du Genre
GS	Garanties Sanitaires
IDH	Indice de Développement Humain
IGD	Indicateurs Globaux de Gouvernance
IPEC	Programme International du BIT sur l'Elimination du Travail des Enfants
IMRD	Initiative Multilatérale de Réduction de la Dette
IMRD	Initiative Multilatérale de Réduction de la Dette
MGF	Mutilation Génitale Féminine
MSDSSPA	Ministère du Développement Social, de la Solidarité et des Personnes Agées
MPFEF	Ministère de la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille
MoU	Protocole d'Accord
MSF	Médecins Sans Frontières
MUSARS	Mutuelle d'Assurance Santé pour la Région de Sikasso
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non-Gouvernementale
ONU	Organisation des Nations Unies
PAM	Programme Alimentaire Mondial
PDI	Programme de Développement Institutionnel
PDDSS	Plan de Développement Sanitaire et Social
PEFA	Dépense Publique et Comptabilité Financière
PEM	Gestion des Dépenses Publiques
PFM	Gestion de Finances Publiques
PIB	Produit Intérieur Brut

PNB	Produit National Brut
PNUD	Programme de Développement des Nations Unies
PPP	Parité de Pouvoir d'Achat
PPTE	Pays Pauvres Très Endettés
PRODEC	Programme de Développement de l'Education
PRODESS	Programme de Développement Sanitaire et Social
PTF	Partenaire Technique et Financier
PTI	Programme Triennal d'Investissement
RAMED	Régime d'Assistance Médicale
RCVP	Renforcement des Conditions de Vie Contre la Pauvreté
S&E	Suivi et Evaluation
SDSES	Services de Développement Social et de l'Economie Solidaire
SLIS	Système Local d'Information Sanitaire
SWAP	Approche Sectorielle
TE	Transfert en Espèces
TC	Transfert Conditionnel en Espèces
UE	Union Européenne
UEMOA	Union Economique et Monétaire Ouest Africaine
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	Agence des Etats-Unis pour le Développement International
UTM	Union Technique de la Mutualité
VIH/SIDA	Virus Immuno-Déficitaire Humain/Syndrome Immuno Déficitaire Acquis

## Sommaire exécutif

**La protection sociale des enfants** au Mali contre la vulnérabilité et le risque requiert l'inclusion de mesures politiques et économiques qui protègent les enfants et ceux qui en ont la charge contre les conséquences de la pauvreté telles que les barrières des coûts à l'acquisition de services sociaux de base, mais aussi ceux comportant des services législatifs de protection et services sociaux apparentés, pour œuvrer contre les problèmes qui peuvent être enracinés dans les normes culturelles et barrières sociales conséquentes et qui sont également liés aux degrés de vulnérabilité matérielle.

Cette étude a utilisé diverses **approches méthodologiques**: i) l'analyse situationnelle de la pauvreté existante et des types de vulnérabilité et de risques affectant les enfants, et les programmes en cours dans le pays et leur impact sur les enfants; ii) l'évaluation du rôle potentiel de la protection sociale dans la réduction de la pauvreté et de la vulnérabilité, en mettant l'accent particulièrement sur les mécanismes de transfert en espèces en vue d'améliorer le financement de la santé pour les enfants et les mécanismes de renforcement des services de protection infantile; iii) l'évaluation des besoins prioritaires pour le renforcement des systèmes de protection à travers une analyse du contexte politique et de l'espace fiscal pour identifier les possibilités d'accroissement des ressources pour une meilleure protection sociale ; et iv) la programmation et les recommandations de politique en vue d'informer le développement de la stratégie de l'UNICEF de promotion des systèmes de protection sociale.

Le Mali a connu une croissance réelle de son produit intérieur brut (PIB) depuis 1994. La décentralisation a fait des avancées régulières : les mairies et les organisations à base communautaires jouent un rôle réel dans le quotidien des maliens, en dépit des retards enregistrés dans la mise en œuvre effective de politiques concernant les services sociaux de base et leur financement au niveau communal. Toutefois, en dépit d'efforts appréciables menés en vue d'améliorer l'accès aux services sociaux de base, le Mali, en tant que pays à faible revenu, a affiché de faibles taux de réduction de la pauvreté au cours des 10 dernières années. Le pays est vulnérable aux facteurs climatiques qui sont quelque peu équilibrés par les secteurs florissants d'extraction minières et de services. Le Cadre Stratégique pour la Croissance et de Réduction de la Pauvreté (CSCRP 2007-2011) prévoit un taux de croissance de 7% qui sera difficile à atteindre dans la situation actuelle. Une contre-performance éventuelle a des effets négatifs potentiels sur le renforcement des interventions de protection sociale. Le CSCRP du Mali met l'accent sur la poursuite et la consolidation des réformes structurelles et le renforcement du secteur social. Le besoin de croissance motive une attention particulière pour le secteur productif.

Dans l'ensemble, il sera difficile pour le Mali d'atteindre tous les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) d'ici l'an 2015. La forte incidence de pauvreté est l'une des principales causes des limites de l'accomplissement des droits de l'enfant. Une meilleure compréhension de l'environnement socioéconomique et des inégalités grandissantes touchant les groupes les plus vulnérables permettrait une meilleure orientation de l'utilisation des ressources ciblant ces groupes et pourrait promouvoir une croissance rapide pour favoriser les enfants.

**Pauvreté et vulnérabilité** sont, dans une certaine mesure, inhérentes à la situation géographique de pays enclavé qui est celle du Mali. Environ 70% de la population du Mali vit en milieu rural et est employée dans le secteur primaire. Les facteurs climatiques influencent ce secteur, tout comme les chocs externes affectant les cours mondiaux du coton et des intrants pour sa culture: le coton fait vivre environ un tiers de la population. L'exode est une stratégie d'adaptation pour 9% de la population qui envoie d'importantes sommes d'argent au pays. Un nombre de plus en plus élevé d'enfants est également touché dans un contexte dénué de mécanismes de protection : par exemple, la mendicité chez les enfants dans les centres urbains est en hausse. Les travaux domestiques et agricoles, qui étaient jadis une forme de socialisation pour les enfants, sont entremêlés avec l'école pour un quart d'enfants travailleurs ; pour le reste, c'est un fardeau qui

dépasse 28 heures par semaine, bien que les pires formes de travail des enfants se rencontrent moins souvent à l'heure actuelle.

**La réduction de la pauvreté** est inégale en termes monétaires et en termes de possessions: en dépit de la stabilité que connaît le pays de 2001 à 2006, les différences spatiales dans le domaine de la pauvreté s'accroissent, visiblement influencées par la géographie et la fracture entre zones urbaines/zones rurales. Les **indicateurs sociaux** demeurent faibles: les indicateurs de santé tels que la mortalité infanto-juvénile et l'infection par le VIH ont peut-être connu un certain déclin, mais les indicateurs de nutrition demeurent stagneants et sont un sujet de préoccupation. La couverture de santé dans le réseau des centres de santé communautaires qui couvrent le pays est de moins de 50%.

Les indicateurs de santé chez les enfants montrent des signes de progrès : les taux de vaccination complète sont passés de 39% en 2001 à 67% en 2006, bien que la couverture demeure faible en milieu rural. Les principales maladies touchant les enfants (paludisme, infections respiratoires aigues et maladies diarrhéiques) font preuve d'une sous-utilisation des formations sanitaires. En dépit de baisses significatives enregistrées depuis 2001, les taux de mortalité infanto-juvénile demeurent élevés, avec des risques de décès avant l'âge de cinq ans encore plus élevés en milieu rural. Les indicateurs de nutrition montrent que 81% des enfants souffrent d'une forme d'anémie, et que d'importantes proportions d'enfants sont visiblement touchées par une taille anormale et des degrés d'insuffisance de poids. Le pourcentage des enfants qui connaissent un fort ralentissement de croissance atteint 15% en 2006. En regard à l'éducation, les taux bruts de scolarisation dans l'enseignement primaire ont atteint 75% en 2003, toujours en-deçà de la moyenne de 92% en Afrique sub-saharienne (le taux net de scolarisation était de 51% seulement en 2006). Le taux net de scolarisation des filles n'atteint que 55% en milieu rural au Mali. En plus de la disparité hommes/femmes, la situation géographique (surtout dans les milieux urbain/rural) et les niveaux de pauvreté sont des paramètres qui affectent la scolarisation. Dans tous les milieux, il existe une préoccupation générale qui met en exergue la nécessité d'accorder la priorité à l'investissement dans l'éducation de qualité.

Au plan social, les enfants sont perçus comme faisant partie d'une unité familiale et non comme individus ou détenteurs de droits. En dépit des vastes campagnes d'enregistrement des naissances, les taux d'enregistrement n'avancent que très lentement. Parmi les autres vulnérabilités dans la question complexe de la protection de l'enfant se trouvent les problèmes de différents groupes d'enfants, y compris ceux qui travaillent, sont victimes de traite, sont infectés et affectés par le VIH/SIDA, sont des enfants de la rue, sont en conflit avec la loi ou sont exploités ou maltraités, y compris à travers les pratiques traditionnelles néfastes. Par exemple, plus de 85% des femmes au Mali (y compris les filles dont l'âge ne dépasse pas parfois cinq ans) continuent d'être excisées. Les lois pour protéger ces groupes s'avèrent de plus en plus difficiles à faire appliquer. La pauvreté aggrave beaucoup de vulnérabilités, mais les systèmes de protection sociale ont le potentiel de réduire ces risques.

Le Mali a signé pratiquement tous les instruments internationaux en matière de droits humains, mais en dépit des progrès réalisés dans la situation des femmes et des enfants, il y a encore d'énormes écarts à combler pour atteindre des niveaux acceptables d'équité vu les pesanteurs socioculturelles. Les limites à la capacitation des femmes sont liées au manque général d'accès à l'argent liquide, de sorte qu'il y a eu un succès remarquable des caisses d'épargne et de crédit mises en place par les organisations non-gouvernementales (ONG) et les institutions de micro finance.

Les taux élevés d'accroissement de la population empêchent l'amélioration rapide des indicateurs sociaux. Un peu plus de la moitié de la population est âgée de moins de 15 ans, ce qui mène à d'importants ratios de charge. Un résultat de cela est que la croissance du PIB par habitant est restée au-dessous de 3% par an. Etant donné les faibles taux de recettes fiscales, et avec un des taux de natalité les plus élevés au monde, des politiques de développement plus onéreuses (éducation, santé, nutrition, etc.) ne sont pas toujours abordables.

**Politique nationale de protection sociale.** Le Mali a de solides mécanismes traditionnels familiaux et communautaires pour la prise en charge des couches vulnérables de la communauté. Toutefois, au fur et à mesure que les pressions économiques s'accroissent, ces mécanismes d'appui traditionnels se sont effrités. La Politique Nationale de Protection Sociale du Mali vise à « servir de cadre de réalisation de plans, programmes, projets et stratégies pour garantir la couverture de différentes catégories de population contre une gamme de risques » et cite les femmes et les enfants vulnérables comme des groupes vulnérables spécifiques, bien qu'ils perdent la visibilité dans les programmes qui expriment la politique. Un élément faisant partie du cadre de protection sociale est un système étatique de sécurité sociale qui fonctionne relativement bien quoiqu'il concerne les salariés et leurs familles, qui représentent 10% seulement de la population malienne. La Politique Nationale de Protection Sociale est cerné par le PRODESS (le programme décennal de développement sanitaire et social) qui se trouve présentement dans sa deuxième phase. L'objectif de son volet protection sociale est de fournir une 'série de mesures à travers lesquelles la société tente de protéger l'individu contre les risques sociaux'. Le programme de protection sociale est toutefois surtout focalisé sur les mécanismes alternatifs de financement des soins de santé, aboutissant à une législation en vue de réglementer et d'appuyer un secteur d'assurance santé mutuelle, entre autres.

Les mécanismes actuels de protection comportent ce qui suit: la sécurité sociale, basée sur les régimes sujets à des cotisations pour les salariés réguliers, gérée par l'Institut National de Prévoyance Sociale (INPS) et couvrant les allocations familiales, la prévention et les allocations en cas d'accidents et maladies de travail, les pensions de retraite et d'invalidité et les mesures préventives de santé; et les pensions des travailleurs de la fonction publique sont gérées séparément par la Caisse des Retraites. L'extension de la sécurité sociale, approuvée par le Conseil des Ministres en 2002, comporte deux nouveaux mécanismes: le programme d'assurance maladie obligatoire (AMO) et le Fonds d'Aide Médicale (FAM), le premier visant à étendre la couverture d'assurance maladie, principalement à travers les organisations mutualistes de santé, à 3% de la population qui a la capacité à payer les primes et le deuxième ciblant 5% de la population la plus pauvre du Mali, classée comme démunie. Ils devront être lancés au début de l'année 2009. Avec ces programmes, il y a à présent un écart dans la couverture pour un grand nombre parmi les quelque 60% de la population du Mali qui vit sous le seuil de pauvreté.

**L'assistance sociale** est définie comme une série de mesures non sujettes à des cotisations fournies par l'état pour ses citoyens sur la base du concept de solidarité. **L'action sociale** comporte une série de mesures permettant l'accès à un logement décent, à une éducation, une justice et une réintégration décentes des personnes sans emploi dans les activités de production. Il y a plusieurs initiatives sous cette catégorie, dont un grand nombre tourne autour du "Mois de la Solidarité" mais la planification, le ciblage et la systématisation des programmes semblent faibles. Ces deux éléments sont également considérés comme faisant partie de la politique de protection sociale, qui relève essentiellement du Ministère du Développement, de la Solidarité et des Personnes Agées (MDSSPA).

Les activités en plus des dispositions comportent des mécanismes traditionnels répandus de transfert informel en espèces et de ressources en nature entre les ménages afin d'atténuer le risque et réduire la pauvreté; l'envoi d'importants montants d'argent de la part des membres de la famille qui sont à l'étranger; et les actions de fondations et autres ministères, en particulier le Ministère de la Santé (prise en charge gratuite du paludisme pour les enfants de moins de cinq ans, vaccinations et césariennes gratuites ; exploration des coûts et bénéfices d'autres traitements gratuits). L'efficacité des mécanismes informels suggère que ces derniers pourraient être la base de certains avantages et d'une plus grande durabilité à travers les transferts publics plus formels.

**Analyse d'espace fiscal pour les programmes de protection sociale.** La stabilité macro-économique et la durabilité fiscale se sont renforcées au Mali en 2002–2006, soutenues par de faibles niveaux d'inflation, une politique fiscale prudente et des mesures de réduction de la dette extérieure. Les dépenses de réduction de la pauvreté durant cette période ont atteint 60% avant 2006, mais les chocs tant climatiques locaux qu'externes ont ralenti la croissance, compromettant la réalisation de la croissance projetée pour 2007-2011. Cela aura un impact sur le niveau des recettes fiscales sur lesquelles le gouvernement peut compter, réduisant son espace fiscal.

L'amélioration de l'accès au programme et à sa qualité sont des priorités premières pour les ministères en charge des secteurs sociaux. Un grand nombre d'acteurs doutent que les ressources budgétaires permettront de réaliser un programme plus ambitieux de protection sociale. Les questions à résoudre sont celles relatives à la gestion interne et externe des ressources : le Mali compte déjà sur les ressources extérieures pour financer 40% de son budget. Toutefois, l'utilisation plus efficace et transparente des fonds et la réallocation éventuelle des ressources à des programmes qui s'avèrent être plus économiques pour la réduction de la pauvreté pourraient libérer davantage d'espace fiscal et attirer plus d'appui des bailleurs.

Sans programmes gouvernementaux explicites de protection sociale ciblant les enfants, et le manqué d'informations budgétaires détaillées du MDSSPA, les enfants ne sont pas visibles dans les dépenses de sécurité sociale, quand bien même ils sont de plus en plus visibles dans les dépenses sur l'éducation et la santé. Le plaidoyer pour l'accroissement des ressources pour les services complémentaires de protection sociale pourrait donc aboutir à un plus grand bien-être des enfants.

Les pauvres bénéficient moins que l'ensemble de la population d'une gamme de services publics subventionnés, tels que l'enseignement secondaire et supérieur et les soins hospitaliers, l'électricité et l'eau potable. Il y a des problèmes liés au mauvais ciblage et aux fuites dans les dépenses du secteur social. Il y a une nécessité de promouvoir le suivi des dépenses publiques particulièrement dans le secteur social en vue d'améliorer les résultats d'approvisionnement et libérer les ressources qui pourraient être utilisées pour la protection sociale, pour avoir un impact sur la pauvreté et la disponibilité de services de base. Un allié potentiel pour entreprendre cela pourrait être le Vérificateur Général de la République, dont le rôle comporte l'évaluation de la performance des politiques horizontales publiques pour améliorer leurs synergies et leur efficacité.

**Les transferts en espèces comme mécanisme de lutte contre la pauvreté.** Les décideurs au Mali comprennent actuellement les transferts en espèces comme étant une forme d'appui de bienfaisance de l'état en faveur des personnes nécessiteuses, et non comme un mécanisme systématique de réduction de la pauvreté et de la vulnérabilité et de génération du développement. Un grand nombre semblent incertains quant à la question de permettre aux citoyens de jouir de leurs droits fondamentaux. C'est un facteur positif que l'état dispose de mécanismes pour réagir aux besoins des personnes les plus vulnérables dans des catégories spécifiques prédéterminées ou des catégories limitées d'espèces, mais le système a des limites telles que le manque de mécanismes de ciblage. Cela laisse entendre qu'il y a un besoin de sensibilisation sur la base des preuves par rapport à l'impact potentiel d'un tel système pour mobiliser un soutien politique en sa faveur.

Les avantages à cibler l'utilisation de fonds d'assistance sociale seraient dans le renforcement de la politique publique concernant les enfants. Les inconvénients seraient l'effritement d'un sens traditionnel de cohésion sociale là où il n'y a point de mécanismes convenus de distinction des plus vulnérables au sein d'une communauté. L'implication de la communauté dans la réalisation de ce jugement est un moyen de faire accepter le système et de le faire suivre par les membres. Un ciblage effectif, toutefois, requiert des mécanismes institutionnels fonctionnels et la capacité de mise en œuvre, et aussi s'assurer que les bénéficiaires comprennent leurs droits. L'administration du ciblage pour les enfants au Mali serait confrontée à des défis particuliers en raison de l'habitat très dispersé et de taux de plus de 40% par rapport à ceux qui ne sont pas enregistrés à l'état civil ou ne fréquentent pas l'école.

Le Mali souffre à présent d'un manqué d'infrastructures sociales de base. L'approche acceptée est d'améliorer l'accès d'abord, la qualité étant une priorité secondaire. Toutefois, il y a des signes qu'une augmentation des dépenses dans le secteur social est en train de générer des rendements de plus en plus faibles par rapport à la demande de services. La scolarisation et la demande de services de santé sont les principaux exemples. Les barrières à la demande doivent être examinées de plus près ; la recherche montre que les coûts directs et indirects sont un obstacle clé. Toutefois, le recouvrement des coûts à la base est la clé de la durabilité.

Fournir des incitations à la demande peut être un puissant mécanisme d'amélioration des services. Dans un projet pilote financé par l'UNICEF, une petite allocation mensuelle était versée à environ 40 mamans dans chacun de neuf villages où les taux de scolarisation étaient faibles, à condition que leurs enfants restent à l'école pendant toute l'année. Les enfants sont restés à l'école et les mères ont rapporté une augmentation de leur puissance économique en raison de la modique incitation financière. Toutefois, des problèmes ont surgi en raison de l'anon fiabilité de l'administration du système à travers les ONG locales. Médecins Sans Frontières (MSF) fournissait des soins médicaux gratuits aux enfants dans sept centres de santé dans une autre région rurale, ce qui a permis une amélioration significative de l'utilisation de services de santé dans la région.

En plus, les preuves de simulations basées sur les données d'enquête de ménages pour le Mali démontrent l'impact potentiel significatif à introduire un transfert social sensible aux enfants au Mali, qui pourrait être un mécanisme utile de réduction de la pauvreté et de progrès vers la réalisation des OMD. Ses coûts et l'espace fiscal potentiel au Mali suggèreraient qu'une approche graduelle serait la manière la plus faisable et la plus abordable d'introduire un tel programme de protection sociale.

Les questions liées aux conditions d'administration et de gouvernance pour la livraison des transferts en espèces concernent trois éléments. Il y a des preuves de fuites dans le transfert des fonds du secteur social vers des programmes cruciaux, tels que la fourniture de manuels scolaires gratuits : la capacité institutionnelle et les mécanismes de rapportage devraient être renforcés. Le ciblage sera probablement nécessaire pour assurer le caractère abordable mais son appui nécessiterait un renforcement de capacité à tous les niveaux de gouvernement. En l'absence d'un système postal ou bancaire bien développé, la livraison du transfert nécessiterait l'utilisation de relais municipaux, faisant appel aussi à un renforcement de capacités et des mécanismes efficaces de contrôle.

**Contribution potentielle et faisabilité de l'assurance maladie.** La santé est au cœur de la protection sociale au Mali et, comme décrit tantôt, le PRODESS II a abouti au développement de nouveaux mécanismes pour la protection sociale liée à la santé (AMO et RAMED).

Sur la base de l'Initiative de Bamako en 1987 de participation communautaire et de gestion de systèmes de redevances, les services de santé de base au Mali comportent les centres de santé communautaires gérés par des associations locales, avec l'investissement de l'état dans les bâtiments, équipements et paquet initial de médicaments génériques. Par la suite, les centres dépendent de services payants et une proportion de médicaments bon-marché. Les barrières à l'utilisation des structures de santé sont, entre autres, la mauvaise qualité des services et les attitudes culturelles. Toutefois, le coût élevé des consultations et des médicaments, plus les coûts de transport pour la moitié de la population vivant à plus de 30 minutes du centre, découragent les usagers potentiels. Il y a d'importantes menues dépenses par les ménages pour les soins non administrés par le centre. Toutefois, certains résultats de santé sont meilleurs, en l'occurrence les soins prénataux. La durabilité et l'équité du système de santé assurent certains services de santé de base pour une importante partie de la population. D'autre part, les services dépassent les possibilités des plus pauvres. Les mécanismes pour encourager la demande de services de santé communautaire pourraient contribuer à réduire l'inégalité et assurer des ressources aux services assurés sur place.

Le système de mutualité malien est le premier de ce genre en Afrique sub-saharienne qui soit soumis à une législation réglementaire; une organisation faitière, l'Union Technique de la Mutualité (UTM) fournit un appui technique solide à environ 40 groupements présentement membres, couvrant environ 100.000 membres. Les bénéfices comportent l'évaluation professionnelle de la qualité de la prise en charge à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Toutefois, le système est fragile en raison du nombre relativement peu élevé de membres dans un contexte économique défavorable. Les systèmes d'assurance maladie ne couvrent pas les enfants en particulier mais ces derniers figurant parmi les bénéficiaires. On estime que les organisations mutuelles de santé couvrent présentement 2% des maliens.

Le PRODESS I portait sur l'accès à la santé et aux services sociaux; le PRODESS II (2005–2009) porte sur l'écart restant, avec trois dispositions principales pour la protection sociale en matière de santé. AMO, apportant une forme d'assurance maladie à tous les salariés, y compris les fonctionnaires, et étendu progressivement à des couches plus larges de la population, bénéficie d'un puissant soutien politique. Le RAMED, pour les 5% qui représentent les plus marginalisés parmi la population, doit être financé conjointement par le gouvernement central et municipal. Les détails du système sont en cours d'élaboration; il y aura un besoin de renforcement matériel important des services sociaux afin d'exécuter les enquêtes familiales individuelles requises. La troisième disposition est pour l'Assurance Médicale Volontaire (AMV), comportant l'assurance commerciale privée et le secteur mutuel, visant approximativement 3% de la population, y compris ceux du secteur informel. Il peut y avoir quelque chevauchement dans la promotion simultanée des trois systèmes, particulièrement chez les travailleurs salariés qui sont présentement des clients des organes mutuels.

Lors d'une visite de terrain dans la région de Sikasso, on a trouvé qu'un programme d'assurance mutuelle opérant conjointement avec une institution de micro finance couvrait deux cercles en plein cœur de la zone cotonnière. Sur les 700 membres recrutés au cours de ses deux premières années, quelque 80% étaient des salariés. Avec les problèmes économiques actuels, il n'est pas probable que les contributeurs puissent cotiser à la fois à l'assurance maladie mutuelle et à l'AMO. Toutefois, les responsables rapportent que les contributeurs recourent plus fréquemment aux structures de santé que le public malien en général, et qu'ils pensent qu'ils ont acquis la capacité de refuser de renoncer aux avantages de la prise en charge sous le système mutuel, y compris l'assurance qualité des soins de santé.

**Renforcement de services de protection infantile à l'intérieur de systèmes plus large de protection sociale.** La responsabilité pour la majorité des interventions en faveur des enfants se trouve au niveau du Ministère de la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille (MPFEF). Ce ministère est représenté dans les régions, mais pas encore au niveau des cercles et des communes ; le représentant local du MDSSPA est mandaté pour superviser les actions pour les deux ministères à la fois. Le premier CSRP a pris les femmes et les enfants en compte comme cibles clés, mais un appui budgétaire gouvernemental très limité pour les opérations concernant les femmes et les enfants laisse le ministère dans une situation de dépendance vis-à-vis des bailleurs de fonds internationaux (particulièrement l'UNICEF) et le travail des ONG dans le cadre du développement de son programme. Cela fournit à l'UNICEF une grande influence sur la politique et les approches de programmation, mais il est extrêmement important que le profil de politiques en faveur des enfants soit présenté comme une principale préoccupation de politique dans les cadres de politiques et de dépenses du CSRP. Les femmes et les enfants sont pratiquement invisibles dans le CSCRP actuel et le cadre budgétaire à moyen terme correspondant (CBMT), qui soulève des préoccupations de ressources en vue de soutenir les systèmes de protection de l'enfant, qui comprennent les dimensions de négligence, de maltraitance et de violence.

Certains groupes cibles de l'UNICEF demeurent sujets à controverse au Mali, particulièrement eu égard aux mutilations génitales féminines (MGF), qui sont perçues comme une pratique sociale nécessaire, quand bien même la mobilisation sociale commence à encourager des voix, y compris celles de certains chefs religieux, à parler en faveur du changement. Un autre domaine sensible est le travail des enfants, où la ligne de démarcation entre la socialisation et l'exploitation n'est pas

clairement comprise. Le ministère travaille avec le Bureau International du Travail (BIT), en accordant des incitations pour l'appui familial qui réduira l'implication des enfants dans le travail et les gardera à l'école.

Un système de protection sociale en faveur des enfants qui cherche à résoudre les causes de risque et de vulnérabilité, dont un grand nombre sont liés à la pauvreté et les opportunités limitées de vie pour les enfants et leurs tuteurs, peut contribuer de façon significative à la réduction du travail des enfants, à la migration, à la traite, à la violence et à la négligence. Une telle approche de système peut également intégrer des domaines qui relèvent prioritairement d'autres ministères, par exemple les enfants handicapés relevant du MDSSPA et l'enregistrement universel de naissances relève du Ministère de l'Administration Territoriale.

Le Code de Protection de l'Enfance de 2002 intègre différentes séries de règlements concernant les enfants. En dépit de son approbation, l'application demeure très faible. Par exemple, les délégués d'enfants chargés de la collecte d'information et de rapportage sur le progrès de l'exécution du code n'ont toujours pas été désignés.

Le Mali n'a pas de Plan National d'Action pour les Enfants en vue d'intégrer les objectifs et les cibles pour les enfants dans tous les secteurs, en faisant ressortir les synergies et les complémentarités parmi les différents acteurs. En plus, il n'y a aucun document de politique national guidant les actions du MFEF, comme il en existe pour la santé et l'éducation. Le manque de volonté de coopération entre les ministères, et entre les bailleurs de fonds et les ONG, mène à un chevauchement et à des interventions inefficaces, bien qu'il y ait eu des efforts dernièrement en vue de coordonner les actions.

L'approche plutôt stratégique qui est demandée est en cours de discussion entre le Ministère de la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille et l'UNICEF. Cela pourrait utilement intégrer la protection sociale en tant que composante transversale dans un document de politique générale définissant les points d'interaction avec les autres ministères. Cette approche reconnaîtrait que les vulnérabilités des enfants ne résultent pas d'une seule cause. Par exemple, plusieurs groupes de bénéficiaires de protection des enfants peuvent être vulnérables du fait de la pauvreté familial concourant au manque de mécanismes de protection sociale à la base pour fournir aux enfants et à leurs familles plus de choix. Toutefois, intégrer une approche plus globale aux vulnérabilités nécessiterait une volonté politique, une coordination intersectorielle et la disponibilité de ressources.

### **Implications de politique et opportunités d'engagement de politique.**

Sur la base des bonnes pratiques, une évaluation des opportunités d'engagement de politique reposant sur l'information pour la promotion de protection sociale pour les enfants au Mali peut être mieux abordée en examinant les dimensions suivantes:

**Contexte politique:** Il y a une reconnaissance générale et une certaine préoccupation par rapport au peu de progrès réalisé en matière de réduction de la pauvreté et la préoccupation du gouvernement au cours des quatre prochaines années est la promotion de croissance en faveur des pauvres en vue de promouvoir le développement et combattre la pauvreté. Toutefois, étant donné les inégalités dans le taux de développement, les lents progrès enregistrés par rapport aux indicateurs sociaux et l'effet de distribution limitée de la croissance en faveur des enfants à court terme, il semblerait important de promouvoir des mécanismes alternatifs de protection sociale basés sur l'information qui puissent contribuer à atteindre l'objectif plus rapidement avec des impacts plus clairs sur les enfants pauvres et vulnérables et leurs parents. Les opportunités d'engagement comprennent aussi le besoin de renforcer les mécanismes d'application des politiques sociales et de suivre et évaluer les programmes pour générer des données fiables sur l'impact sur les programmes existants, des domaines où l'UNICEF a une certaine expertise.

**Liens avec d'autres secteurs:** Le développement de liens à travers les secteurs, les niveaux de gouvernements et les acteurs (gouvernement, non-gouvernement et bailleurs) est essentiel étant donné le caractère multidimensionnel d'un système de protection sociale en faveur des enfants.

L'UNICEF peut promouvoir de tels liens par des espaces de facilitation, tels qu'un groupe de travail d'experts sur la question, avec une puissante base de direction et de connaissance, qui peut discuter et développer des alternatives faisables en matière d'amélioration de la protection sociale pour les enfants.

**Qualité d'information:** Il est très important de disposer d'informations solides et fiables pour un engagement et un plaidoyer efficaces en matière de politique générale. La collecte d'informations à partir des bonnes pratiques internationales, des programmes existants (qui nécessiteraient le renforcement du S&E) et de projets pilotes et simulations quantitatives contribuera à fournir une bonne justification pour le système de protection sociale favorable aux enfants étant donné leurs impacts à court et à long termes sur la réduction de la pauvreté, le développement humain et l'équité. La coordination entre les agences, y compris l'UNICEF, peut permettre de générer et systématiser de telles informations pour renforcer la base de connaissances et les «outils » pour le plaidoyer.

**Intention de façonner la politique:** Une bonne exécution de la politique requiert une conscience du public et son adhésion, pour lesquelles il est important et préparer et examiner les voies les meilleures de disséminer les résultats et d'utiliser l'information pour façonner la politique.

Etant donné que la situation pour la Mali pointe vers la nécessité de mécanismes plus efficaces pour garantir la protection du nombre élevé d'enfants pauvres et vulnérables, et de promouvoir leurs droits à la survie, au développement et à la participation, la preuve de mécanismes de protection sociale efficaces, tels que les transferts en espèces, les services de prise en charge gratuits pour les enfants ou les subventions des coûts d'assurance maladie pour les pauvres, entre autres, et la nécessité d'approches intégrées et transversales qui tiennent compte des vulnérabilités sociales, économiques et de cycle de vie, peut contribuer à élaborer des politiques et programmes plus solides en vue d'améliorer significativement la situation des enfants, respecter leurs droits et réaliser des progrès vers l'accomplissement des OMD.

## 1. Introduction et cadre analytique

### 1.1 Introduction

Le Mali a pris d'importantes mesures en vue d'améliorer sa politique sociale et économique au cours de la décennie écoulée. Il a réalisé des niveaux stables de croissance, en dépit des multiples contraintes, dont sa situation géographique: le Mali est un pays enclavé en zone Sahélienne, exposé à la sécheresse et à la désertification, ce qui accroît sa vulnérabilité aux chocs externes. Néanmoins, la pauvreté est encore répandue, et touche 59,2% de la population (selon le seuil national de pauvreté). Les témoignages indiquent que la croissance au cours des dernières années a été favorable aux pauvres, le revenu des couches les plus pauvres de la population s'étant amélioré plus rapidement que celui d'autres groupes (Günther et al 2007).

Au cours des années 1980, le Mali s'est engagé dans un vaste programme de réforme économique qui a permis de réduire les graves déséquilibres macro-économiques et de réorienter les dépenses publiques en faveur des secteurs sociaux et de la croissance à long terme. La dévaluation du franc CFA en 1994, l'approfondissement du processus d'intégration en Afrique de l'Ouest et la réduction de la dette dans le cadre de l'Initiative des Pays Pauvres Très Endettés (PPTE) ont contribué, dans des mesures différentes, à améliorer la situation économique et la croissance au Mali (Bourdet 2002). Après plus d'une décennie de stabilité, pour soutenir les niveaux de croissance et réaliser un meilleur équilibre de croissance, les politiques (et leur mise en œuvre) doivent mettre plus d'accent sur les mesures en vue d'améliorer le développement de capital humain, les investissements privés et la génération d'emploi formel, et assurer une protection sociale au grand nombre de citoyens du Mali qui demeurent pauvres et vulnérables.

Ainsi, en dépit des progrès observés, la réduction rapide de la pauvreté ne s'est pas réalisée. Il y a eu quelques améliorations dans l'accès aux services de base, mais les indicateurs de développement humain demeurent faibles. En dépit des efforts du gouvernement, les données indiquent que, même avec une amélioration de l'accès à la santé et à l'éducation, la demande demeure faible; par exemple, d'après l'Enquête Démographique et de Santé (EDS)<sup>3</sup> de 2006, seulement 42% des ménages demandent des services de santé formels, et les taux nets de scolarisation au niveau de l'enseignement primaire sont d'environ 55%. Cela suggère que, en plus de la stimulation de l'offre, une amélioration réelle viendra aussi des efforts pour promouvoir la demande.

Le Mali connaît un niveau élevé de pauvreté, des ressources économiques relativement limitées et des besoins multiples en matière de développement social et économique, tout en étant confronté à une faible capacité institutionnelle et un espace fiscal limité. Dans ce contexte, les données de cette étude de cas soulèvent quelques importantes questions liées:

- à la fourniture de filets de sauvetage pour les couches les plus pauvres et les plus vulnérables de la population, surtout les enfants, afin qu'ils ne tombent plus bas dans la pauvreté;
- à l'amélioration de la demande de services sociaux à travers la programmation de protection sociale; et
- à l'organisation des priorités de développement.

En somme, comment le système de protection sociale existant au Mali peut-il être renforcé et élargi pour davantage prendre en compte la dimension vulnérabilité et atteindre effectivement les couches les plus pauvres et les plus vulnérables de la population, y compris les enfants, par rapport à d'autres besoins cruciaux de développement social, économique et institutionnel ?

---

<sup>3</sup> Cellule de Planification et de Statistique, Ministère de la Santé et Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique (2007) *Enquête Démographique et de Santé du Mali 2006*, Bamako, ci-après désignée EDS (2006).

La finalité de cette étude est de fournir à l'UNICEF et au Gouvernement malien une compréhension approfondie du rôle actuel et potentiel des systèmes de protection sociale dans la réduction de la pauvreté, de la vulnérabilité et du risque chez l'enfant au Mali. Ce rapport est l'un de cinq études de cas, entreprises en Guinée Equatoriale, au Ghana, au Mali, au Sénégal et au Congo, dans le cadre d'une étude plus large sur la protection sociale et les enfants au niveau régional (Afrique de l'Ouest et du Centre – AOC), qui comporte une revue documentaire et un rapport de synthèse. L'objectif de l'étude est de permettre à l'UNICEF et à ses partenaires d'appliquer une « approche système » basée sur les faits en matière de protection sociale favorisant les enfants, en lieu et place des programmes et interventions parcellaires existant présentement.

Ce document est structuré comme suit: après avoir examiné le cadre analytique qui sous-tend la recherche à la Section 1, l'approche méthodologique est présentée à la Section 2; la Section 3 présente une vue d'ensemble du contexte de développement politique et socio-économique; la Section 4 fournit une analyse de la pauvreté et de la vulnérabilité au Mali; la Section 5 fournit une analyse du système national de protection sociale, ses politiques et programmes; la Section 6 présente une analyse de l'espace fiscal pour les programmes de protection sociale; la Section 7 explore les pour et les contre des transferts en espèces comme mécanisme de lutte contre la pauvreté des enfants; la Section 8 présente une analyse de la contribution potentielle et de la faisabilité de l'assurance maladie, la Section 9 traite de la protection de l'enfant et de la possibilité d'intégrer cela dans des systèmes de protection plus large, et la Section 10 explore les opportunités pour l'engagement de politique en vue de promouvoir de meilleurs mécanismes de protection sociale, particulièrement pour les enfants.

## 1.2 Cadre Analytique

Etant donné les privations, la vulnérabilité et les risques particulièrement graves, multiples et combinés auxquels sont confrontés les enfants et ceux qui ont leur charge en AOC, nous adaptons le cadre de protection sociale par la transformation de Devereux et Sabates-Wheeler (2004) pour cette étude. Cela couvre les mesures de protection, de prévention, de promotion et de transformation en matière de protection sociale qui, à leur tour, sont intégrées dans une stratégie plus large de transformation économique et sociale. Au plan opérationnel, la protection sociale est désignée comme l'ensemble de toutes les initiatives, tant formelles qu'informelles, qui assurent:

- **Une assistance sociale** aux personnes et ménages extrêmement pauvres. Elle comporte généralement des transferts réguliers, prévisibles (en espèces ou en nature, y compris les exonérations de frais) d'entités gouvernementales et non gouvernementales aux individus et aux ménages et visant à réduire la pauvreté et la vulnérabilité, accroissant l'accès aux services de base et assurant l'accumulation de richesses.
- **Des services sociaux** en faveur des groupes marginalisés qui ont besoin de soins particuliers ou qui se seraient refusé l'accès aux services de base en fonction de leurs caractéristiques sociales (plutôt qu'économiques) particulières. De tels services sont normalement destinés à ceux qui ont connu la maladie, le décès d'un soutien familial/parental, un accident ou une catastrophe naturelle, ou qui souffrent d'un handicap, de violence familiale ou extra-familiale, de l'effondrement de la famille, du chômage, ou qui sont des anciens combattants ou des réfugiés.
- **Une assurance sociale** pour protéger les gens contre les risques et les conséquences de conditions de vie, de santé et autres chocs. L'assurance sociale soutient l'accès aux services en temps de crise, et prend généralement la forme de mécanismes de subvention contre les risques, avec des dérogations potentielles en matière de paiements pour les pauvres.
- **Des mesures d'équité sociale** pour protéger les gens contre les risques sociaux tels que la discrimination et la maltraitance; Il s'agit, entre autres de législation contre la

discrimination (en termes d'accès à la propriété, au crédit, aux biens et aux services) de même que des mesures d'action affirmative en vue de redresser des cas de discrimination. La dimension d'expression et d'action (*the dimension of voice and agency*) peut être cruciale également dans la conception, l'évaluation et l'opérationnalisation des instruments de protection sociale

Ces instruments de protection sociale servent à combattre les vulnérabilités de la population en général, mais ils peuvent également être adaptés pour lutter contre des vulnérabilités spécifiques et des risques auxquels sont confrontés les enfants, tels que présentés dans le Tableau 1 ci-dessous. Etant donné les liens étroits et potentiels entre l'épanouissement de la femme et le bien-être de l'enfant (ce que l'UNICEF a surnommé la "double dividende") chacune des mesures générales de protection sociale pourrait être utilement évaluée aussi à travers une perception genre.

Par extension, la protection sociale focalisée sur l'enfant est une gamme de services publics, de normes et de programmes qui s'attaquent principalement aux causes et aux conséquences de la pauvreté et de la vulnérabilité chez l'enfant, de même qu'aux cycles de pauvreté intergénérationnels potentiels qui en découlent. En raison de la nature multidimensionnelle de la pauvreté et de la vulnérabilité chez l'enfant, il est particulièrement important de prêter attention aux actions complémentaires qui pourraient concerter les dimensions non-économiques/non-matérielles, en particulier l'exploitation, la maltraitance et le fait de n'avoir pas la possibilité de s'exprimer.

Il est également important de comprendre et d'analyser la façon dont la performance d'instruments généraux de protection sociale spécifiques aux enfants sera reflétée à travers les politiques existantes, le discours sur la pauvreté et les soins et éventuellement les systèmes nationaux spécifiques de protection sociale. Comme tels, nous tenons compte aussi des facteurs tels que la volonté politique de l'Etat de s'attaquer à la pauvreté et à la vulnérabilité; la mesure dans laquelle l'intersection entre la pauvreté et l'exclusion sociale est reconnue par les responsables gouvernementaux qui conçoivent et exécutent les programmes de protection sociale; la composition du marché du travail et l'intégration/le positionnement différentiels des hommes, des femmes et des enfants à l'intérieur, etc.

Une telle analyse visera à trouver des points d'entrée appropriés de politique générale pour l'engagement de l'UNICEF en matière de protection sociale dans la région, et à identifier les processus et les opportunités aux moyens desquels la protection sociale peut être politiquement durable, et développer (et opérationnaliser) un contrat entre l'Etat et le citoyen qui place les droits de citoyenneté au centre.

**Table 1: Protection sociale en faveur de l'enfant**

Type de protection sociale	Mesures générales pour le ménage	Mesures spécifiques pour les enfants
<b>Promotif</b>		
Assistance sociale	Transferts en Espèces, Transferts Conditionnels en Espèces, Aide alimentaire etc.	Bourses, cantines scolaires, TCE avec des conditionnalités pour les enfants, dérogations pour les écoles, gratuité des soins infanto-juvéniles
<b>Protectif</b>		
Assurance sociale	Assurance maladie, mécanismes subventionnés d'absorption de risques – assurance contre les catastrophes, assurance contre le chômage, etc.	Gratuité de l'assurance maladie pour les enfants
<b>Préventif</b>		
Services sociaux	Distincts des services de base étant vulnérables quelle que soit la	Systèmes d'adoption d'enfants, prévention de la violence faite aux

	situation de pauvreté – services sociaux focalisés sur ceux qui ont besoin de protection contre la violence et la négligence – par exemple abris pour les femmes, services de réhabilitation, etc.	enfants à domicile et dans la communauté, et services de protection, services de réhabilitation après la traite, éducation alternative de base pour les enfants travailleurs, etc.
<b>Transformatif</b>		
Mesures d'équité sociale	Législation antidiscriminatoire, politiques de discrimination positive, protection des biens	Législation en vue de promouvoir les droits de l'enfant en tant que victime (par exemple de la violence, de la traite, des mariages précoces chez les enfants, etc.) et en tant qu'auteurs (traitement spécial et services de réhabilitation pour les jeunes délinquants) ; efforts en vue de promouvoir la voix et l'action des enfants
<b>Mesures complémentaires</b>		
Services de base complémentaires	Santé, éducation, économie/finances, vulgarisation agricole	Services de soins axés sur les enfants, enseignement préscolaire, primaire, secondaire, services pédiatriques
Cadres politiques macro-économiques complémentaires en faveur des pauvres ou de la croissance avec équité	Politiques de soutien à la croissance + distribution	Politiques qui soutiennent la réalisation progressive des droits de l'enfant en ligne avec les indicateurs de croissance macro-économique

## 2. Approche méthodologique

Le travail de recherche présenté dans ce rapport a été effectué sur la base de l'approche suivante:

- Une analyse: i) du contexte de pauvreté existant et les types de vulnérabilité et de risques qui touchent les enfants au Mali; et ii) des systèmes et programmes actuels de protection sociale dans le pays, leur impact sur les populations vulnérables et, lorsque les données et les informations étaient disponibles, sur les enfants.
- Une évaluation avisée du rôle potentiel de la protection sociale dans la réduction de la pauvreté et de la vulnérabilité parmi les enfants au Mali, en mettant l'accent particulièrement sur: i) les transferts d'argent; ii) l'assurance maladie; et iii) les mécanismes de renforcement des services de protection infantile.
- Une évaluation des besoins prioritaires pour le renforcement des systèmes de protection sociale dans le pays à travers: i) une analyse du contexte politique, les principaux acteurs institutionnels et de politique générale et les moyens par lesquels les débats sur la protection sociale pourraient effectivement être organisés ; et ii) une analyse de l'espace fiscal au Mali, en tentant d'identifier les niveaux actuels de dépenses et le potentiel de renforcement des interventions de protection sociale, en particulier celles ciblant les enfants.
- Des recommandations de programmation et de politique en vue de fournir des informations pour l'élaboration par l'UNICEF Mali d'une stratégie de promotion de systèmes de protection sociale bénéfique pour les enfants.

Une approche pluridisciplinaire renseigne ces quatre composantes. Les composantes utilisent des données quantitatives, qualitatives et participatives pour attirer l'attention sur l'interrelation complexe de facteurs macro, meso et micro qui sous-tendent les systèmes de protection sociale, avec un usage important d'interviews d'acteurs clés.

On a effectué plus de 20 entretiens avec des informateurs clés au Mali, y compris des responsables gouvernementaux des Ministères en charge de l'Education, de la Santé, du Développement Social, des Finances, de la Femme, des Enfants et de la Famille et la cellule de coordination du cadre stratégique de lutte contre la pauvreté (CSLP). Nous avons également rencontré le Vérificateur Général, qui est chargé de suivre l'efficacité des politiques et la bonne utilisation des ressources. Nous avons rencontré certains 'partenaires techniques et financiers' (PTF) y compris les organismes bilatéraux tels que l'Agence Américaine de Développement International (USAID) et les Coopérations Néerlandaise et Suisse ; des organismes multilatéraux tels que la Banque Mondiale, le Fonds Monétaire International (FMI), le Programme Alimentaire Mondial (PAM) et le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) ; et des organisations non gouvernementales (ONG) clés travaillant avec les enfants, telles que le Secours Catholique (CRS) et Plan International. En même temps que les interviews réalisées à Bamako, nous avons effectué une visite de terrain dans la région de Mopti, où nous avons étudié un programme de transferts en espèces financé par l'UNICEF et avons tenu quelques interviews d'informateurs clés avec les responsables locaux de l'éducation. En plus, nous avons effectué une analyse de documents clés, et des évaluations de législation et de programmes.

### 3. Vue d'Ensemble du contexte de développement politique et socio-économique

Le Mali est un vaste pays enclavé situé au Cœur du Sahel, une région en proie à la sécheresse et à la désertification. Il a une base de ressources naturelles et de capital humain relativement limitée et une population très dispersée. La grande majorité de sa population dépend directement de son environnement pour ses moyens d'existence (élevage, agriculture ou pêche), la rendant vulnérable aux chocs naturels. Avec une population d'environ 12,3 millions, la densité de la population est très faible (11 habitants au kilomètre carré), tandis que la population s'accroît à un rythme annuel de 3% (Banque Mondiale 2007).

Le Mali est aussi un pays pauvre. D'après l'Indice de Développement Humain (IDH) de 2005, le produit intérieur brut (PIB) par habitant était estimé à 1.033 dollars US à la parité de pouvoir d'achat (PPP). D'après le CSRP de deuxième génération ou CSCR<sup>4</sup>, 59,2% de la population malienne vit en dessous du seuil de pauvreté, (ce taux est de 73,04% en milieu rural et de 20,12% en milieu urbain.) Cela met en exergue les disparités entre milieu rural et milieu urbain. En dépit de ces chiffres élevés, il y a eu de gros efforts destinés à améliorer l'accès aux services sociaux de base et à réduire la pauvreté. En effet le pourcentage de la population vivant en dessous du seuil de pauvreté était de 68,3% en 2001 (République du Mali 2007). Toutefois, les indicateurs de développement demeurent faibles, surtout dans le secteur de la santé, avec un taux de mortalité infanto-juvénile de 191 pour 1.000 enfants et un taux de mortalité maternelle de 464 pour 100.000 naissances vivantes, d'après les données de l'EDS Mali de 2006.

**Tableau 2: Indicateurs économiques et sociaux**

Population (total) <sup>a</sup>	12 317 million
Rural (pourcentage)	68,3
Population vivant en-dessous du seuil national de pauvreté (pourcentage) <sup>b</sup>	
Total	59,2
Urbain	20,12
Rural	73,04
PIB par habitant <sup>c</sup>	357,9
PIB par habitant (PPP US\$)	1 033
Indice de Développement Humain <sup>d</sup>	0380 (rang 173 <sup>e</sup> sur 177)
Espérance de vie à la naissance (années) <sup>d</sup>	53,1
Taux de mortalité infanto-juvénile <sup>c</sup> (moins de 5 ans, par 1000 naissances vivantes)	191
Taux brut de scolarisation au primaire (pourcentage) <sup>a</sup>	74,4
Taux d'alphabétisation des adultes (% de 15 ans et plus) <sup>d</sup>	24,0
Indice de Développement du Genre (IDG) <sup>d</sup>	0,371 (classé 132 sur 150)

Sources: <sup>a</sup>2006 CSCR<sup>b</sup>; <sup>b</sup> données 2006, basées sur les estimations ELIM 2006,<sup>c</sup> République du Mali (2007); <sup>c</sup>2006 EDS; <sup>d</sup>2005 PNUD IDH

([http://hdrstats.undp.org/countries/country\\_fact\\_sheets/cty\\_fs\\_MLI.html](http://hdrstats.undp.org/countries/country_fact_sheets/cty_fs_MLI.html)).

Néanmoins, le pays a des ressources non exploitées ou insuffisamment exploitées: telles que le Fleuve Niger avec un potentiel énorme pour l'agriculture irriguée commerciale intensive, l'or et le tourisme avec ses sites culturels et géographiques. Il a aussi une diaspora nombreuse de quatre millions de personnes à l'étranger (environ un malien sur quatre), dont les envois d'argent sont une importante source de revenu pour le pays (Banque Mondiale 2007).

<sup>4</sup> République du Mali (2006) *Cadre Stratégique pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté 2007–2011, CSRP ou ( le Cadre Stratégique pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté), est le PRSP de Seconde Génération du Mali, désigné ci-après comme le GPRSP pour son acronyme anglais.*

<sup>5</sup> DNSI (2007) 'Rapport de l'Enquête Légère Intégrée auprès des Ménages (ELIM) 2006', L'Enquête sur les Niveaux de Vie des Ménages, ci-après désignée ELIM (2006).

### **3.1 Contexte politique: contexte et priorités politiques**

Le Mali est considéré comme l'un des pays africains les plus démocratiques et les plus stables au plan politique et social selon les observateurs internationaux et africains, avec une structure politique qui favorise la stabilité des institutions démocratiques (Banque Mondiale 2007, PNUD 2007). En plus, le Mali a réalisé une transformation politique favorable, avec une consolidation plus poussée de son processus démocratique tout le long des années 1990, culminant dans le transfert pacifique en 2002 du pouvoir entre deux dirigeants démocratiquement élus. Le Mali a achevé quatre élections présidentielles depuis son accession à l'indépendance ; la dernière étant celle d'avril 2007 qui a vu la victoire d'Amadou Toumani Touré pour un deuxième mandat; d'après la Constitution du pays, ceci doit être son dernier mandat. Les élections parlementaires ont suivi l'élection présidentielle, portant au pouvoir à une majorité écrasante l'Alliance pour la Démocratie et le Progrès (ADP), la coalition qui soutient le Président. Toutefois, des faiblesses ont été décelées dans le système politique malien, y compris le faible taux de participation au processus électoral et les importants écarts institutionnels et financiers qui sont devenus un obstacle aux travaux de l'Assemblée Nationale (Diallo et Cissé 2004).

En dépit de sa stabilité politique comparativement aux autres pays de la région, l'amélioration du niveau de gouvernance demeure une préoccupation majeure. Les CSLP de la première et de la deuxième génération contiennent des engagements spécifiques en vue d'améliorer l'administration publique, la gestion des finances publiques et la gouvernance. Une série de mesures concrètes ont été mises en œuvre, par exemple la création du Bureau du Vérificateur Général et l'élaboration du Programme de Développement Institutionnel (PDI) et de son plan opérationnel, visant le renforcement des capacités en matière de planification nationale et de gestion du développement. Dans le cadre de leur fonctionnement, il y a eu une restructuration des services et organismes en charge de la planification, de la statistique et de la planification macro-économique, et du développement politique, entre autres (CSCRP 2007)

Cependant, certains aspects de la gouvernance doivent être améliorés davantage. La figure ci-dessous – inspirée de la toute récente actualisation du projet de recherche sur les Indicateurs Globaux de Gouvernance (WGI) (Kaufmann et al 2008) – illustre les progrès réalisés par le Mali par rapport à plusieurs indicateurs de gouvernance, par exemple la lutte contre la corruption et la qualité de la réglementation. Toutefois, ces mesures montrent aussi un certain déclin au cours de trois dernières années, avec des indicateurs de stabilité politique et d'efficacité gouvernementale en 2007 plus faibles qu'en 2003.

**Figure 1: Les Progrès réalisés par le Mali par rapport à certains indicateurs clés**

QuickTime™ and a  
TIFF (Uncompressed) decompressor  
are needed to see this picture.

Source: Kaufmann et al (2008).<sup>6</sup>

Ainsi, le Mali a un contexte politique qui s'améliore, bien qu'il ait encore quelques insuffisances concrètes en matière de gouvernance (qui peuvent être potentiellement corrigés à travers des efforts gouvernementaux ciblés). Cela doit être pris en compte en toile de fond dans l'analyse du système de protection sociale actuel au Mali et pour la stratégie future de l'UNICEF pour s'engager dans la protection sociale.

La décentralisation au Mali est l'un des processus politiques clés qui façonnent et continueront de façonner la formulation et l'exécution des politiques dans le pays au cours des années à venir. Elle comporte trois niveaux de gouvernement décentralisé : le niveau régional, le niveau cercle et le niveau communal. Ce système administratif gagne de l'ampleur depuis 1999, avec l'élection et l'installation de 703 communes, 49 conseils de cercle, 8 assemblées régionales et une assemblée de district. Les communes sont composées de plusieurs villages ou groupements qui sont gérés par un conseil. Les conseils sont supervisés par un préfet, qui assure que les travaux de la commune suivent la législation gouvernementale et autorise le déblocage de fonds du gouvernement central pour les plans de développement communaux. Le gouvernement malien a mis en place un certain nombre d'agences d'appui à la décentralisation, y compris la CTAC (Cellule Technique d'Appui aux Collectivités) qui fournit de l'assistance technique, et l'ANICT (Agence Nationale d'Investissement des Collectivités Territoriales), qui fournit un appui financier aux conseils.

Le Tableau 3 ci-dessous montre les principales responsabilités qui ont été transférées – en principe – aux cellules de gouvernement local depuis 2000.

**Table 3: Responsabilité transférée à l'administration locale depuis 2000**

Santé	Education	Hydraulique
<ul style="list-style-type: none"> <li>Production et mise en œuvre du plan de développement socio-sanitaire</li> <li>Construction et entretien d'infrastructures</li> <li>Finalisation de la convention mutuelle de gestion des soins de santé avec l'association locale de santé communautaire</li> <li>Recrutement de personnel</li> <li>Subventions à l' ASACO</li> <li>Autorisation de création de centres de santé</li> <li>Information, éducation et communication sur des thèmes de santé</li> <li>Fourniture des provisions initiales de paquet de médicaments essentiels pour les centres de santé</li> <li>Lutte contre la vente illicite de médicaments</li> <li>Mise en œuvre de stratégies nationales de politiques pour la prévention et la lutte contre la maladie</li> <li>Mobilisation sociale autour des questions de santé publique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Production et mise en œuvre du plan de développement de l'éducation</li> <li>Construction et entretien d'infrastructures scolaires (primaires et préscolaires)</li> <li>Identification de l'éducation en dehors du classement national</li> <li>Recrutement et gestion de personnel</li> <li>Subventions aux écoles communautaires</li> <li>Organisation et fonctionnement de programmes de cantines scolaires</li> <li>Organisation des examens nationaux</li> <li>Production de statistiques scolaires</li> <li>Suivi des centres d'alphabétisation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Production et exécution du plan de développement de l'hydraulique (disponibilité d'adduction d'eau)</li> <li>Construction et entretien d'infrastructures</li> <li>Contrôle et suivi de structures parallèles pour la gestion d'infrastructures</li> <li>Recrutement de travailleurs en charge d'infrastructures</li> </ul>

<sup>6</sup> Ces indicateurs de gouvernance totalisent les points de vue sur la qualité de gouvernance fournie par un grand nombre de répondants à l'enquête par des entreprises, des citoyens et des experts dans les pays industriels et ceux en voie de développement. Ces données sont réunies à partir d'un certain nombre d'instituts de sondage, groupes de réflexion, ONG et organismes internationaux. Ce graphique démontre le classement du pays en termes de centile sur chaque indicateur de gouvernance. Le rang de centile indique le pourcentage de pays à travers le monde qui se classent en-dessous du pays sélectionné. Les valeurs élevées indiquent des scores de gouvernance meilleurs. Les rangs de centile ont été ajustés pour tenir compte des changements dans le temps dans le groupe de pays couverts par les indicateurs de gouvernance. La marge statistique probable de l'indicateur de gouvernance est présentée comme une ligne mince noire. .

Source: Syll (2005).

Le transfert de ces responsabilités devrait donner un poids significatif à la collectivité territoriale, surtout eu égard à l'exécution de politiques sociales. Toutefois, malgré les efforts significatifs investis dans l'exécution de la décentralisation, son impact sur les conditions de vie des populations des communautés locales n'est toujours pas très visible, principalement en raison de la faiblesse du poids financier et technique des collectivités décentralisées, de même que le faible taux de transfert de ressources et de responsabilités de l'Etat (Coulibaly et Hilhorst 2004). Pour le bon exercice de fonctions liées à certains secteurs choisis, l'Etat est chargé du transfert des ressources nécessaires aux communes, qui ont alors la possibilité de mobiliser des ressources complémentaires. Cela se produit rarement, toutefois, étant donné que les localités pauvres – qui sont déjà à la traîne en matière de développement – sont moins capables de compléter les fonds de l'Etat. En plus, bien que la législation accorde aux collectivités territoriales un niveau important d'autonomie par rapport au gouvernement central, dans la pratique l'Etat continue à garantir l'assistance financière et l'appui technique à la commune, en plus de la supervision et du contrôle de ses fonctions, réduisant ainsi son autonomie (Diallo and Cissé 2004).

La décentralisation a quelque peu renforcé la société civile, avec certaines interactions avec les décideurs ajoutant un niveau de responsabilité, et a commencé à encourager la gouvernance participative (ibid.). Toutefois, la participation civique aux processus de prise de décisions est encore fragile (PNUD 2007). En raison des ressources humaines et financières limitées, les centres de conseils aux collectivités (CCC) dans lesquels les groupes de réflexion et les ONG jouent d'importants rôles – aident les maires, leurs adjoints et le personnel municipal à traiter avec le secteur privé et à préparer les propositions d'investissement à soumettre à l'ANICT (Coulibaly et Hilhorst 2004). A l'heure actuelle, les efforts du gouvernement et des bailleurs de fonds sont mobilisés en faveur du renforcement des capacités des communes à profiter des transferts de façon à favoriser les communautés locales, bien que ce processus demeure lent.

### 3.2 Contexte Économique

Pays sahélien, le Mali s'avère être un pays dont les efforts de développement économique et de réduction de la pauvreté sont fort tributaires de la gestion durable de ses ressources naturelles et de l'environnement. C'est ainsi que les risques environnementaux tels que la dégradation des terres, la perte de diversité biologique et les changements des conditions climatiques résultant des perturbations de la nature, ont un effet prépondérant sur la sécurité alimentaire et les vies humaines, particulièrement celles des plus démunis, moins capables de diversifier leurs sources de revenu et donc les plus vulnérables. La fluctuation des termes de l'échange, la dépendance vis-à-vis des ports des pays voisins (principalement la Côte d'Ivoire) et la concentration des exportations autour de trois produits de secteur primaire (or, coton, bétail), ainsi que la faiblesse des capacités administratives<sup>7</sup> sont autant d'autres facteurs subsidiaires contribuant dans la performance économique du Mali.

En dépit de différentes perturbations défavorables, une gestion macroéconomique saine a permis de réaliser une véritable croissance du PIB qui s'est stabilisée autour d'une bonne moyenne de 5% par an entre 1994 et 2006, toute chose ayant permis par ailleurs au revenu national brut (RNB) par habitant de passer de 240\$US en 1994 à 380\$US en 2005. Cette performance louable peut également s'expliquer par le rétablissement réussi de la stabilité politique et sociale au début des années 90, et aussi par une application efficiente des politiques de stabilisation macro-économique et de libéralisation économique dans la période d'avant 1994 et plus précisément à partir de la dévaluation du franc CFA cette même année. Le Mali est également parvenu à relever son ratio d'impôts qui était de moins de 10% à environ 16% du PIB, ce qui est la traduction d'un niveau plus

---

<sup>7</sup> Voir <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/COUNTRIES/AFRICAEXT/MALIEXTN/0,,menuPK:362193~pagePK:141132~piPK:141107~theSitePK:362183,00.html>.

élevé de revenus fiscaux et d'un espace fiscal accru. L'annulation de dettes sous l'initiative PPTE et l'Initiative Multilatérale de Remise des Dettes (IMRD), ont contribué à réduire la dette extérieure du Mali de 20% du PIB en 2006 - cette augmentation des ressources a permis une expansion rapide des dépenses d'allègement de la pauvreté et aidé à soutenir la croissance économique (FMI 2008a)

En 2006, la croissance du PIB a atteint 5,3% résultant d'une bonne pluviométrie qui a permis de faire de très bonnes récoltes de céréales, d'une plus grande production d'or et de l'augmentation de la croissance du secteur des services. D'autres indicateurs macro-économiques ont également montré des améliorations : l'inflation a baissé passant de 6,4% à 1,5%; la position à l'étranger du Mali s'est renforcée grâce aux termes de l'échange, qui se sont améliorés pendant que les réserves internationales brutes sont demeurées confortables. La stabilité macro-économique a été maintenue en 2007, bien que la croissance économique réelle ait baissé d'environ 2,8%. Cette performance décevante de la croissance trouve son explication dans le retard et l'excès des précipitations par endroits, toute chose ayant affecté la production agricole, en particulier celle du coton, sans compter les contraintes techniques auxquelles s'est butée la production d'or. En 2007, l'inflation est restée faible dans la proportion des 2,3%, en dépit de la hausse des prix du pétrole et des denrées alimentaires sur les marchés internationaux.

Malgré tout cela, le Mali demeure un pays très pauvre et, comme mentionné ci-dessus, les activités demeurent fortement sensibles aux aléas de la nature et ceux venant de l'extérieur, en relation avec sa production agricole fortement dépendante des conditions environnementales. La production rurale, y compris l'agriculture, l'élevage, la sylviculture et la pêche, dont vivent la plupart des populations, constitue 35% du PIB. L'agriculture, principale base de l'économie, a été sensiblement affectée par une sécheresse récurrente alternant avec des inondations, des invasions acidiennes, les maladies et la chute du cours mondial du coton (ibid). Le reste du PIB provient des industries extractives, des industries de transformation et des services (PNUD 2007). Le pays connaît par ailleurs une forte tradition de migration, qui pourvoit des revenus constants aux familles restées au pays, contribuant ainsi au développement. Cette contribution se situe entre 150 et 200 millions \$US par an, selon les dernières estimations (2007) de la Banque Mondiale.

La sécurité alimentaire des ménages au titre de l'année 2008 a été positive au Mali en raison d'une production céréalière favorable engrangée lors de la campagne agricole 2007/08. Cette année (2008) est une troisième année consécutive de bonnes récoltes céréalières au Mali. Ce tableau de production devrait permettre aux ménages des producteurs en milieu rural d'avoir cette année un meilleur accès aux céréales en raison de la grande disponibilité de céréales (Système d'Alerte Précoce, 2008). Cependant, les ménages qui ne sont qu'exclusivement acheteurs de céréales en zones rurales et urbaines, se verront sensiblement affectés en raison de la flambée des prix des denrées alimentaires et de la tendance des marchés. Selon les données ELIM 2006, la plus grande part des revenus des ménages au Mali (39,1%) est dépensée en nourriture: 42,7% dans les ménages ruraux et 38% dans les ménages urbains. Ainsi, ces prix plus élevés de denrées alimentaires peuvent avoir plusieurs conséquences, y compris un impact négatif sur la nutrition ou une nouvelle orientation des dépenses sur d'autres produits de consommation de base tels que l'éducation et/ou la santé (Banque Mondiale 2008).

De plus, en raison de la forte hausse des prix du pétrole sur les marchés internationaux en 2008, le Gouvernement du Mali n'a pas été en mesure d'honorer son engagement à parvenir aux taux minimum d'imposition établis sur les produits pétroliers, ce qui a négativement affecté ses projections de taux de revenu fiscal. Comme conséquence, vers fin mai 2008, le Gouvernement a annoncé un manque à gagner de 12 milliards FCFA au budget 2008 (Ministère des Finances 2008). Donc pour préserver la stabilité des finances publiques, le Gouvernement a décidé d'adopter des mesures additionnelles visant à relever le revenu et réduire les dépenses. Surtout pour ce qui concerne les dépenses, le Gouvernement a décidé de différer les projets d'investissement, tout en exprimant son engagement à préserver les dépenses prioritaires,

particulièrement celles prévues pour les secteurs sociaux - bien qu'il soit peu probable qu'il va encourir des dépenses additionnelles même s'agissant de ces secteurs-ci. Au mois de février 2008, l'inflation avait déjà atteint 6%. Le gouvernement a essayé de compenser les coûts d'importation plus élevés en consentant des allégements fiscaux pour les importations de nourriture et de carburant et annonçant des augmentations de salaire pour les fonctionnaires (5% pour 2008 et 5% autres pour 2009). Avec pratiquement la moitié de ses recettes fiscales provenant du commerce international, ces mesures vont cependant, en plus du rabais des taxes sur le carburant, conduire à un affaiblissement du résultat fiscal, et il est donc attendu que l'équilibre de base chute d'un excédent de 0,3% en 2006 à un déficit de 1,9% en 2008 (IMF 2008b).<sup>8</sup>

Pour atteindre ses objectifs, le second CSLP du Mali - 2007-2011, s'est fixé un objectif de croissance annuelle de 7%. Il est difficile de voir comment, étant donné le niveau actuel de réalisation de croissance et la situation économique, le Mali pourra atteindre ses objectifs de croissance projetés. Cette situation peut potentiellement influer négativement sur les objectifs de réduction de la pauvreté, avec des possibilités de ralentissement du progrès dans le renforcement des interventions de protection sociale.

### 3.3 Politique de Développement

Bien qu'il existe des politiques et stratégies multisectorielles au Mali, la deuxième génération de CSLP (ou CSLP de croissance)<sup>9</sup>, ou CSCRp en dédoublement, a été adopté par le Conseil de Ministres en décembre 2006 après sa préparation toute une année dans un processus participatif ayant impliqué des discussions aux niveaux national, régional et local. Il est perçu comme un 'cadre fédératif', combinant toutes les politiques sectorielles, et présenté ainsi comme principal cadre de politique de développement de référence (CSCRp). Un de ses principaux objectifs est de réduire la pauvreté de 59,2% en 2007 à 53% en 2011. Il s'appuie sur le premier CSLP du Mali, le CSLP (République du Mali 2002b), avec un accent particulier sur la promotion de la croissance économique. Le CSCRp a trois orientations stratégiques : i) le développement des infrastructures dans les secteurs productifs ; ii) la poursuite et consolidation des réformes structurelles ; et iii) le renforcement du secteur social.

Le CSCRp cherche à s'attaquer aux faiblesses identifiées par l'évaluation 2006 du CSLP. Il est focalisé sur le renforcement du processus de mise en œuvre de la politique et cherche aussi à assurer un meilleur progrès vers les objectifs de réduction de la pauvreté, y compris le développement du secteur social en particulier. Cependant, selon des informations recueillies dans une interview auprès d'un officiel du FMI Mali, bien que le CSCRp vise à consolider les réalisations du secteur social du CSLP, l'accent est plutôt placé sur le développement du secteur productif et la promotion de la croissance, de sorte que ces secteurs puissent attirer la plupart des ressources du Gouvernement et une attention politique. Il sera donc important de surveiller l'action gouvernementale dans la promotion de la croissance, tout en assurant que ces actions demeureront en faveur des pauvres et cibleront les couches les plus vulnérables de la population.

Le CRCSP s'inspire également du programme de développement 2005 du Gouvernement, qui est axé sur davantage de contribution dans l'amélioration du bien-être de la population malienne par la limitation des principales causes d'adversité et d'instabilité sociale pour réaliser un développement humain durable. Il met en exergue de façon particulière les nombreux défis auxquels le secteur est confronté dont :

- La prise en charge effective des personnes et groupes sociaux classés comme 'personnes en situation sociale difficile' ou vulnérables. Cette appellation est surtout en référence aux personnes âgées, aux personnes handicapées, aux indigents, aux femmes et aux enfants

---

<sup>8</sup> De plus amples détails sur la position macroéconomique et fiscale du Mali sont fournis dans la Section 6 du présent rapport.

<sup>9</sup> Le 'CRSP de Croissance' ou CSCRp de son nom français, le *Cadre stratégique pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté*. Pour davantage de simplicité, nous nous référerons au premier CRSP et au deuxième CRSP ou CSCRp'.

vivant dans des conditions difficiles et aux autres personnes souffrant de 'fléaux' sociaux (alcoolisme, prostitution, accoutumance au tabac et VIH/SIDA) ainsi que des catastrophes naturelles ou sociales (inondation, sécheresse, incendie, épidémies, famine, guerre et autres formes de conflit social) ;

- Le renforcement des capacités des communautés dans l'accès aux services sociaux de base et l'amélioration des revenus des plus démunis et
- L'extension progressive de la couverture sociale à l'ensemble de la population à travers l'élaboration et la mise en place de mécanismes plus efficaces.

Ces défis correspondent de près aux différentes dimensions de la sécurité sociale telles que définies dans le cadre conceptuel de cette étude qui cible: la promotion (aide sociale pour améliorer l'accès aux services sociaux de base pour les plus démunis et les plus marginalisés) ; la sécurité (élargissement de la sécurité sociale à l'ensemble de la population) ; la prévention (s'assurer que les services sociaux et mécanismes d'appui touchent les plus vulnérables) ; et la transformation à travers des mécanismes qui protègent les citoyens et favorisent les capitaux propres.

Pour relever ces défis, le CSCRP se propose de: i) promouvoir une plus grande solidarité en faveur des plus démunis et des couches les plus marginalisées de la population; ii) assurer une meilleure couverture de protection sociale à l'ensemble de la population; iii) offrir un meilleur accès aux services sociaux de base et à la micro finance pour les plus démunis; iv) créer les conditions de mobilisation sociale; et v) promouvoir la santé communautaire. L'ensemble de ces mesures consistent en un système harmonieux de protection sociale correspondant aux dimensions mentionnées plus haut.

Néanmoins, il est important de préciser que le Gouvernement du Mali a une définition plus restrictive de la protection sociale, qui est essentiellement centrée sur la sécurité sociale, en mettant un accent particulier sur les actions suivantes visant toutes à promouvoir la couverture sociale pour les quatre prochaines années, telles que contenues dans le CSLP. Il s'agit:

- d'actions de mise en application d'un vrai régime de sécurité sociale pour les fonctionnaires de l'Etat;
- de révision des dispositions actuelles de la couverture sociale pour une meilleure prise en charge des personnes âgées ;
- de l'amélioration du niveau des pensions ;
- de l'amélioration de la situation financière des établissements en charge de gérer les prestations sociales ; et
- de l'extension progressive de la sécurité sociale à toute la population à travers une élaboration de mécanismes plus efficaces.

L'analyse ainsi présentée dans cette étude passe au crible la stratégie de couverture sociale du Gouvernement du Mali, telle qu'il la définit lui-même, avec en supplément la considération d'autres dimensions de sécurité sociale toutes autant importantes et faisant implicitement corps avec son cadre de politique, en dépit d'une classification interne différente.

### **3.4 Remarques finales**

En dépit du progrès au niveau des indicateurs macro-économiques, y compris les niveaux de stabilité de la croissance économique, les indicateurs sociaux actuels du Mali sont mixtes, et il est prévu que le Mali sera peu susceptible d'atteindre tous les Objectifs de Développement du Millénaire (ODM) sans une croissance plus forte et une croissance partagée dans le moyen terme, couplée d'une meilleure prestation de services aux démunis. Il est reconnu que le progrès est relativement lent vers la réduction de la pauvreté. De façon spécifique, il y a des indices (l'UNICEF 2008) selon lesquels l'incidence élevée de la pauvreté reste en principe l'une des causes (et aussi des conséquences) de l'inobservance des droits de l'enfant à la survie, au développement, à la

protection et à l'équité. Une meilleure compréhension de l'environnement économique et des inégalités grandissantes concernant les couches les plus vulnérables, permettrait de mieux orienter l'utilisation des ressources destinées à ces couches pour parvenir à des résultats équitables et promouvoir une croissance rapide pour l'atteinte des ODM et autres engagements internationaux au profit des enfants (ibid). Les actions allant dans ce sens, y compris la promotion d'interventions plus complètes de couverture sociale dans le cadre du CSLP du pays, pourraient aider à faire de plus grands pas vers la réalisation des ODM à l'horizon 2015, ce qui est l'une des préoccupations majeures du Gouvernement malien.

## 4. Analyse de la pauvreté et de la vulnérabilité

La situation socio-économique du Mali est caractérisée par une agriculture de subsistance et des moyens de vie agro-pastoraux, des aléas de survie saisonniers, des niveaux élevés de pauvreté et de vulnérabilité chez l'enfant, aussi bien que de grandes disparités entre régions, entre milieux urbains et ruraux, ainsi qu'entre hommes et femmes. Bien que la pauvreté soit répandue, la moitié sud du pays et Bamako la capitale, sont relativement confortables, tandis que les ménages des zones rurales sahéliennes isolées et certaines autres zones du Sahara vivent dans une pauvreté plus accentuée. Malgré une grande amélioration dans la réduction de la pauvreté au cours des cinq et six dernières années, selon le seuil monétaire de pauvreté utilisé dans le PRSP (153.310 FCFA par personne par an), l'incidence de la pauvreté demeure toujours élevée avec 59,2% en 2006 (République du Mali, 2006). Les indicateurs de développement humain du Mali sont bas, avec un IDH le classant 173<sup>ème</sup> sur 177 pays. Le pays présente toujours un tableau de taux de mortalité infantile élevé, de retard de croissance et de faible taux de scolarisation et d'alphabétisation (surtout des filles), avec des femmes privées de responsabilisation de plusieurs manières. Dans ce contexte global, le présent chapitre cherche à faire l'économie des principaux résultats afférents à la pauvreté des ménages, à la pauvreté tout court et la vulnérabilité.

### 4.1 Principales Tendances dans la Pauvreté et la vulnérabilité

Le Mali a fait des pas de géant pour réduire l'incidence de la pauvreté et de la vulnérabilité de sa population, bien que des améliorations restent à faire dans différents domaines dont la sécurité alimentaire, l'éducation primaire universelle, l'accès aux sources d'eau potable et certains indicateurs de santé infantile tels que la mortalité infanto-juvénile, entre autres. Cependant selon le rapport 2005 sur les progrès dans la réalisation des ODM, au regard du niveau actuel des avancées, le Mali est peu susceptible d'atteindre ses objectifs à l'horizon 2015. Ceci inclut plusieurs des indicateurs étroitement liés à la réduction de la pauvreté chez l'enfant et à la vulnérabilité (UNICEF Mali, et al. 2008).

Les progrès dans la réduction de la pauvreté au cours des six dernières années peuvent être attribués à la stabilité de la croissance du pays, à la politique du Gouvernement, aux efforts de programmation et d'investissement dans le cadre du premier CSLP du Mali (2002-2006). En effet, le Mali a élaboré un plan décennal (2006-2015) pour l'atteinte des ODM, dont la première moitié est la deuxième génération de CSLP (2007-2011). Cependant, il accuse des retards encore significatifs. En plus de la proportion estimée de la population vivant au-dessous du seuil national de pauvreté, telle que stipulée dans le CSLP (59,2%), des évaluations plus récentes de l'ampleur de la pauvreté au Mali ont été faites. Selon le seuil de pauvreté monétaire actualisé calculé en 2006 (République du Mali 2007), sur la base du coût pour maintenir un apport calorique minimum (157 920 FCFA), l'incidence de la pauvreté en 2001 était de 68,3%. Une réduction à seulement 64,4% en 2006 représente donc un taux de réduction de 1,2% annuellement, ce qui est insuffisant pour atteindre l'ODM 1 à l'horizon 2015 (UNICEF Mali, et al. 2008). En utilisant une mesure monétaire différente de la pauvreté qui s'appuie sur le coût de satisfaction des besoins fondamentaux (évalué en fonction du coût d'un panier de denrées de base), l'incidence globale de la pauvreté qui était en 2001 de 55,6%, a chuté à 47,4% en 2006. Bien que ce soit un indicateur plus favorable, il prouve que la réduction de la pauvreté demeure un défi important à relever. (République du Mali 2007).

**Tableau 4: Evolution de l'Incidence de la Pauvreté, 2001–2006**

	2001		2006		Incidence de la pauvreté	
	% Population	Incidence de la pauvreté	% Population	Incidence de la pauvreté		
		1) Seuil monétaire de pauvreté sur la base du coût pour un apport calorique minimum	2) Seuil monétaire de pauvreté sur la base du coût du panier de base de denrées		1) Seuil monétaire de pauvreté sur la base du coût pour un apport calorique minimum	2) Seuil monétaire de pauvreté sur la base du coût du panier de base de denrées
<b>National</b>	100	68,3	55,6	100	64,4	47,4
Lieu de résidence						
Urbain	26,2	37,4	24,1	31,7	31,8	25,5
Rural	73,8	79,2	66,8	68,3	79,5	57,6
<b>Régions (groupées)</b>						
Kayes – Koulikoro	30,2	76,2	65,1	29,4	61,5	44,7
Sikasso	18,4	81,8	80,1	18,0	81,7	80,8
Mopti – Ségou	31,9	71,4	51,9	33,9	75,2	48,7
Tombouctou - Gao - Kidal	8,8	51,3	30,8	8,5	57,9	29,0
Bamako	10,7	27,5	17,6	10,2	11,0	7,9
<b>Groupe socioéconomique</b>						
Fonctionnaire de l'État	5,0	15,2	7,1	6,1	17,3	12,2
Employé du secteur privé	4,0	30,8	26,0	4,7	39,0	29,5
Patronat	0,6	39,7	17,0	1,4	29,5	16,1
'Indépendant (agriculture)	63,0	83,4	70,1	54,8	80,4	59,2
Indépendant (non agriculture)	18,5	43,2	27,8	15,1	33,7	22,7
Autre emploi	3,1	72,2	61,7	1,8	78,2	70,2
Chômeur	5,9	55,9	48,4	16,1	65,4	49,4

Source: République du Mali (2007).

Les données du tableau 4 montrent clairement les énormes disparités entre les régions et entre les milieux urbains et ruraux - avec l'incidence de la pauvreté qui double pratiquement en milieu rural, indépendamment de la mesure utilisée. En effet, pratiquement tous les indicateurs de coûts de développement humain et économique sont sensiblement pires en milieu rural qu'en zone urbaine (tableau 5), ce qui rend les habitants des milieux ruraux plus vulnérables aux aléas et à la pauvreté; dans les conditions actuelles, vivre en milieu rural augmente la probabilité de transmission intergénérationnelle de la pauvreté: par exemple, le taux d'alphabétisation est sensiblement inférieur en milieu rural qu'en zone urbaine et, selon les données ELIM 2006, l'éducation du chef de ménage est l'un des facteurs qui joue plus significativement sur le niveau d'éducation des enfants, le taux de mortalité infantile et la pauvreté du ménage.

**Figure 2: Carte du Mali avec les principales villes**

QuickTime™ and a  
TIFF (Uncompressed) decompressor  
are needed to see this picture.

Comme on peut le voir à partir des données et de la carte, le Mali montre un développement centré sur les villes, avec une population qui se trouve majoritairement au sud et dans les environs de Bamako. L'Est est très faiblement peuplé. L'incidence de la pauvreté augmente dans les régions de l'intérieur du pays comparativement à la capitale, avec, par exemple, 80% de la population de Sikasso qui vit en dessous du seuil de pauvreté (niveau qui reste presque inchangé entre 2001 et 2006); contre 17,6% et 7,9% à Bamako respectivement en 2001 et 2006. Par conséquent, l'optimisation de la réduction de la pauvreté doit profiter de façon plus que proportionnelle aux populations des régions du sud et de l'Est si tant est que la réduction de pauvreté doit se réaliser (Gauci 2005).

#### 4.1.1 Progrès au niveau des indicateurs socioéconomiques de base

De façon générale, les indicateurs sociaux du Mali sont en deçà de la moyenne régionale, bien que des améliorations soient évidentes. Dans le domaine de la santé, une des réalisations accomplies est surtout la réduction des taux de mortalité infantile (enfants de 0 à 12 mois) et juvénile (enfants de 1 à 5 ans). Les données de l'EDS prouvent que le taux de ces deux indicateurs pour mille enfants est passé respectivement de 129 et 229 décès en 2001 à 96 et 191 en 2006. Bien qu'il n'y ait aucune différence significative selon le genre, il y a une grande disparité entre les milieux urbain et rural : la mortalité infantile était à 82 (urbain) contre 128 (rural) et la mortalité d'enfants à 158 (urbain) et 234 (rural), soulignant de ce fait, une plus grande vulnérabilité à la morbidité et à la mortalité des enfants en milieu rural. Le taux d'accouchements assistés a également augmenté de manière significative, passant de 44,6% en 2001 à 63,9% en 2006. Des progrès ont été enregistrés dans la réduction de l'incidence du VIH/SIDA, qui a baissé en passant de 1,7% chez la population âgée de 15 à 49 ans selon les données 2001 de l'EDS (2,9% chez les femmes, 1,3% chez les hommes) à 1,3% en 2006 (1,5% chez les femmes et 1,0% chez les hommes). De manière générale, l'incidence du VIH/SIDA au Mali demeure limitée, mais l'incidence plus élevée chez les femmes infectées devrait faire l'objet d'une attention particulière, puisque les programmes de prévention ne sont pas particulièrement adressés aux femmes. En plus, il n'y a pas de données officielles sur le nombre d'enfants infectés, et elles seraient essentielles au développement de services curatifs et de protection adéquats aux enfants par rapport au VIH/SIDA.<sup>10</sup> En dépit des progrès réalisés, l'amélioration d'autres indicateurs de santé a été moins remarquable. C'est ainsi que par exemple, les niveaux de nutrition des enfants demeurent comme figés, et l'incidence de l'émaciation s'est même plutôt légèrement accrue, passant de 11% à 13%.

Il y a eu également des améliorations au niveau de l'éducation, bien que le taux général de l'éducation demeure assez bas et en deçà des moyennes de l'Afrique Subsaharienne. Le taux brut de scolarisation au primaire est passé de 57,7% en 2001 à 74,4% en 2006, quoi qu'il y ait des disparités assez importantes entre milieux rural et urbain et relativement au genre: le taux brut au primaire est de 69,5% pour les filles et de 79,0% pour les garçons. En outre, la qualité de l'éducation reste toujours un souci et le taux d'alphabétisation de la population dans l'ensemble du pays – 26,2% - est l'un des plus bas au monde, avec des femmes qui sont les plus affectées ne constituant que 18,2% contre 34,9% pour les hommes.

**Tableau 5: Evolution des Indicateurs de Normes de Vie standard**

	Années de référence		
	2001	2003	2006
<b>Education et Alphabétisation</b>			
Ménages résidant à moins de 30 mn d'une école primaire (%)	58,0	63,4	80,8
Taux d'Inscription brut au primaire (%)	57,7	66,8	74,4
Filles (%)	50,7	60,1	69,5

<sup>10</sup> Comme mentionné plus loin, tous les soins préventifs et curatifs de malades de VIH/Sida sont fournis gratuitement

<b>Garçons (%)</b>	64,1	73,1	79,0
Taux net d'Inscription au primaire (%)	40,7	48,0	55,2
Filles (%)	36,0	44,3	52,4
Garçons (%)	45,0	51,3	57,8
Élèves satisfaits des services scolaires du primaire (%)	16,9	67,7	46,3
Population âgée de 6 ans ou plus sans éducation formelle (%)	79,4	72,4	67,1
Taux d'alphabétisation des Adultes (%)	21,3	24,0	26,2
Femmes (%)	12,7	15,9	18,2
Hommes (%)	30,7	32,7	34,9
<b>Santé</b>			
Mortalité Infantile (enfants de moins d'1 an, sur 1.000 nouveaux-nés)*	129		96
Mortalité Juvénile (enfants âgés de 0–5 ans, sur 1.000 nouveaux-nés)*	229		191
Ménages résidant à moins de 30 mn d'un centre de santé (%)	37,3	42,3	5,82
Taux d'utilisation des services de santé (%)	9,5	9,5	7,4
Malades satisfaits des services de santé reçus (%)	61,0	64,3	64,9
Mères ayant reçu des consultations prénatales (%)	59,2	70,4	80,0
Livrailles de services à domicile (%)	55,4	47,7	36,1
<b>Utilisation de sources d'eau aménagées</b>			
Ménages avec accès à une source d'eau aménagée (%)	68,2	68,0	78,5
Milieu urbain (%)	94,0	89,0	95,4
Milieu rural (%)	67,0	59,0	68,4

Source: Données ELIM 2006 et 2003 et données EMEP 2001 (Enquête d'évaluation de la pauvreté au Mali), sans la prise en compte du EDS \*2006.

Le niveau élevé de la croissance démographique est tel qu'il n'est pas facile d'améliorer des indicateurs sociaux pour les ramener aux taux requis - l'indice de fertilité du Mali à une moyenne de 6,6 enfants par femme est l'un des plus élevé au monde.. Près de la moitié de la population est âgée de moins de 15 ans, ce qui aboutit à un ratio de dépendance relativement élevé, bien que seulement 3,4% de la population est âgé de plus de 65 ans et que la croissance de la population en âge de travailler ait aidé à stimuler la croissance économique. Une croissance démographique élevée se traduit par une croissance faible du PIB par habitant. En dépit des projections de la Banque Mondiale et du FMI qu'étant donné ses politiques et sa macro-gestion actuelles, le PIB du Mali devrait augmenter au taux de 5,5% par an, il est estimé que la croissance par habitant est restée en dessous de 3% par an (Banque Mondiale, 2007 :7). Des projections indiquent que le revenu par habitant devra passer de 380 Dollars US par tête en 2007 à 760 Dollars US en 2035, un chiffre qui est considéré comme représentant une amélioration modeste et insuffisante pour réduire la pauvreté de façon sensible, et d'augmenter le niveau de vie de la population (Banque Mondiale, 2007 :i). De plus, la croissance démographique élevée requiert des politiques de développement humain plus coûteuses (par exemple, les services d'éducation, de santé et de nutrition), qui ne sont pas toujours accessibles étant donné le faible taux des revenus fiscaux du pays.

Bien que le Mali soit signataire des lois, conventions multiples et accords afférents aux Droits de l'Homme, beaucoup reste à faire relativement aux droits civiques, économiques, sociaux et culturels. La pauvreté constitue en particulier un obstacle de taille à surmonter en termes de droits, aussi bien que des traditions et particulièrement s'agissant de celles ayant un impact sur le statut des femmes et des enfants - il est patent que les indicateurs de développement des femmes et des filles sont, dans presque tous les cas, au-dessous de ceux des hommes et des garçons. Il y a eu des progrès dans la situation des femmes et des enfants, avec la création d'un Ministère pour la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille, la création du Parlement des Enfants et une plus grande participation des femmes dans les affaires public/gouvernement (UNICEF 2008), mais il reste toujours beaucoup à faire pour arriver à un niveau d'équité acceptable.

#### **4.1.2 Moyens d'Existence et vulnérabilité économique aux Risques**

Les données d'une enquête récente sur les normes de vie du ménage (ELIM) en 2006, ont montré que 68,3% de la population du Mali vivent en milieu rural, avec 62,1% qui vivent d'activités du secteur primaire, la plupart du temps l'agriculture et l'élevage. Le sud du pays, mieux irrigué, pratique une agriculture industrielle (principalement le coton), offrant des possibilités de gains d'argent mais comportant des risques de dépendance aux aléas du cours mondial volatile des produits. Au cours de ces deux dernières années, par exemple, il y a eu un effondrement des prix du coton qui a défavorablement affecté la vie des coton-culteurs de la région de Sikasso.

Selon l'évaluation détaillée de la sécurité alimentaire et de la vulnérabilité, réalisée par le PAM en 2005, 40% de la population du Mali - approximativement quatre millions de personnes – sont confrontés à l'insécurité alimentaire ou sont hautement vulnérables. Les régions les plus à risque sont celles de Kayes, Koulikoro, Mopti, Tombouctou, Gao et Kidal. Dans ces régions, les ménages affectés par une insécurité alimentaire aiguë et la vulnérabilité sont surtout concentrés dans les régions de Kayes et Koulikoro, le nord de Ségou, le plateau Dogon, les cercles de Douentza et de Djenné à Mopti ainsi que les zones le long du fleuve autour de Tombouctou. L'analyse de la sécurité alimentaire du PAM indique que la disponibilité des denrées alimentaires se voit surtout sur les marchés aux périodes de moissons mais, il n'en demeure pas moins que les populations restent confrontées à des difficultés liées à leur accès et à leur utilisation. La situation s'explique par la faiblesse du pouvoir d'achat des ménages, exacerbée par la montée des prix et par les modes de consommation. Les ménages vivant dans le Nord des régions de Kayes, Koulikoro, Ségou, Mopti, Tombouctou et Gao, ont de grandes difficultés à accéder à la nourriture et leurs régimes alimentaires sont pauvres ou à peine suffisants. Dans la région de Mopti, 89% des ménages vivant au plateau Dogon ont des régimes alimentaires très pauvres, alors que, les familles des banlieues de Kidal, Sikasso et du sud de Ségou, qui sont des zones de concentration et de commerce frontalier ont un meilleur accès à la nourriture (PAM 2007).

En raison de la montée actuelle des prix des denrées alimentaires de base, la position économique et l'état de pauvreté des ménages qui se ravitaillent en nourriture sur le marché sont précaires, aussi bien en milieu rural que dans les zones urbaines. Les ménages ruraux dépensent en nourriture environ 43% du total de leurs revenus; les statistiques pour les ménages urbains citent 38%. Des prix élevés de denrées alimentaires peuvent entraîner plusieurs conséquences. Ils peuvent conduire à une réduction de consommation d'aliments si les ménages devraient ajuster cette consommation sur leurs revenus disponibles ou simplement en raison du coût inaccessible de la nourriture. Cela est bien susceptible d'avoir un impact négatif sur l'alimentation - qui pose problème étant donné la faible teneur nutritionnelle des aliments que consomme la population, surtout quand il s'agit des enfants, dans un pays où le niveau de retard de croissance et d'émaciation sont demeurés de 2001 à 2006 presque inchangés et pourraient devenir pire. Par ailleurs, du fait que la plus grande part des ressources de ménage est dépensée en nourriture et consommation d'autres biens et services, tels que l'éducation et/ou la santé, il y a des risques de voir ces parts de ressources de ménage s'amoindrir, surtout en milieu rural, où la demande est déjà faible et le coût des opportunités est élevé. Les membres de ménage – y compris les enfants - sont plus enclins à consacrer davantage de temps à travailler pour augmenter le revenu domestique et compenser les coûts sans cesse élevés de la nourriture et autres coûts d'énergie. Les ménages vivant déjà au dessous du seuil de pauvreté ou légèrement au-dessus, sont les plus vulnérables à cette situation.

Pour compléter cette analyse de la pauvreté et de la vulnérabilité, en plus de se pencher sur ce qu'il convient d'appeler le seuil de pauvreté 'objectivement' évalué, le questionnaire ELIM 2006 a esquissé des réponses sur les perceptions subjectives que les ménages ont de la pauvreté et de la vulnérabilité des revenus de ménage. Certains des résultats de cette analyse sont présentés ci-dessous et sont utilisés pour aider à la compréhension du degré auquel les ménages se sentent vulnérables et susceptibles de tomber (plus en profondeur) dans la pauvreté.

**Tableau 6: Perception de la pauvreté selon la répartition des ménages au Mali****Répartition des Ménages selon la perception de la situation financière et du lieu de résidence**

	Parviennent à épargner beaucoup d'argent	Parviennent à épargner un peu d'argent	Parviennent tout juste à s'équilibrer	Obligés de puiser dans leurs épargnes/réserves	Forcés de s'endetter	Non déterminés	Total
<b>Lieu</b>							
Urbain	2,2	18,8	<b>53,9</b>	9,0	16,1	0,0	100,0
Rural	2,3	10,9	<b>51,1</b>	15,3	20,3	0,1	100,0

**Répartition des Ménages selon la perception de leur norme de vie et situation de pauvreté**

	Pauvres ou proches de la pauvreté	Ni pauvres, ni riches	Riches ou pas loin d'être riches	Non déterminés	Total
<b>Sexe du Chef de Ménage</b>					
Masculin	<b>54,6</b>	39,9	5,0	0,5	100
Féminin	<b>61,8</b>	36,0	2,3	0,0	100
<b>Lieu</b>					
Urbain	<b>48,7</b>	44,5	6,5	0,4	100
Rural	<b>59,1</b>	36,7	3,7	0,5	100

**Répartition des Ménages selon l'évolution du revenu et du lieu de résidence**

	Très instable	Plus ou moins stable	Stable	Non déterminés	Total
<b>Lieu</b>					
Urbain	27,3	<b>57,4</b>	15,1	0,2	100
Rural	38,6	<b>56,4</b>	4,8	0,3	100

**Répartition des Ménages selon la perception de la situation économique actuelle comparativement à il y a cinq ans**

	Situation améliorée	La même	Situation empirée	Indéterminée	Total
<b>Total</b>	21,8	<b>45,3</b>	32,7	0,2	100
<b>Lieu</b>					
Rural	25,9	<b>47,8</b>	25,8	0,4	100
Urbain	19,3	<b>43,8</b>	36,8	0,1	100
<b>Sexe</b>					
Masculin	22,7	45,0	32,2	0,1	100
Féminin	11,5	48,8	38,7	1,0	100

Les données présentées ci-dessus sont compatibles avec d'autres mesures de la pauvreté qui indiquent que son incidence est plus grande en milieu rural. Cependant, les déclarations en milieu urbain tout comme en milieu rural indiquent que la plus grande part des ménages (près de la moitié) se sentent 'pauvres ou proches de la pauvreté' plus que de toute autre catégorie isolée. Le premier tableau, relatif aux informations sur la perception des ménages quant à leur situation économique, indique que la moitié des ménages parvient tout juste à s'équilibrer en temps normal, ce qui les rend vulnérables aux aléas. Avec l'augmentation des prix de denrées alimentaires et du carburant, par exemple, ils sont susceptibles de puiser dans leur épargne ou de s'endetter pour survivre. De plus, en milieu rural, 15,3% des ménages sont déjà obligés de puiser dans leur épargne et près de 20% doivent s'endetter, ce qui démontre leur vulnérabilité face aux bouleversements extérieurs, qui peuvent les pousser davantage à s'endetter ou trouver des stratégies alternatives de survie. Cela pourrait impliquer augmenter le temps de travail normal des enfants, avec des conséquences connexes à leur développement. Bizarrement, parlant de stabilité de revenu, bien que la plus grande part des ménages estime que l'évolution de leur revenu est

'plus ou moins stable', seuls 4,8% des ménages ruraux (contre 15,1% en milieu urbain) trouvent que leur revenu est stable, tandis que 38,6% des ménages ruraux (27,3% d'urbains) le considèrent comme très instable, assorti d'une faible assise financière ne leur permettant pas de réduire le risque.

Selon Dercon (2005), la vulnérabilité est un état dans lequel les gens ne peuvent pas faire face aux menaces qui pèsent sur leur bien-être ou sur leur accès aux ressources sans encourir une perte préjudiciable. En d'autres termes, la vulnérabilité augmente la probabilité que les gens finissent par être pauvres (Barrientos et Shepherd 2003). Sous cette définition, il est clair qu'une forte proportion de ménages ruraux et urbains du Mali soit vulnérable, avec des ménages ruraux exposés davantage aux risques et moins préparés à les contrôler.

En plus des facteurs économiques, l'exposition aux risques sanitaires, la médiocrité du développement du capital humain qui réduit la possibilité d'augmenter les options de vie et solutions de rechange de réduction des risques (telles que les sources de revenu plus sécurisées), les inégalités sociales qui augmentent les risques de discrimination et l'accès limité aux services sociaux et notamment aux opportunités de génération de revenus, sont par ailleurs d'autres causes de risque rendant vulnérables les ménages et les individus. Dans le prochain chapitre, nous allons nous concentrer sur les formes de manifestation des questions de genre et celles spécifiques à l'âge, par rapport à la pauvreté et la vulnérabilité, indissociables de plusieurs façons de la pauvreté et vulnérabilité des ménages.

## **4.2 Formes de Manifestations spécifiques aux Questions de Genre, à la Pauvreté et à la Vulnérabilité**

Nous nous focalisons à nouveau sur les enfants, car il est important de faire ressortir les relations qui existent entre pauvreté et vulnérabilité de l'enfant et degrés de pauvreté et vulnérabilité des ménages, aussi bien que de rechercher d'autres aspects distinctifs importants qui caractérisent la vulnérabilité chez l'enfant. Cela prend en compte ce qui suit: i) l'enfance est une étape dynamique de la vie au cours de laquelle les capacités de l'enfant évoluent ; l'horizon des possibilités tend ainsi à être de plus en plus achevé, si bien que les capacités ratées au stade de l'enfance sont difficilement recouvrables et laisse des effets perpétuels et irréversibles toute la vie (Harper 2004) ; ii) les enfants ont besoin de plus d'attention, de soins et de protection que les adultes, pas seulement parce que l'enfant doit passer par un stade complexe de développement biologique, neurologique, social et moral, mais également parce qu'il est plus vulnérable à la maladie, aux abus et à l'exploitation; iii) les enfants sont souvent sans voix, avec peu de chance de participer aux prises de décisions relatives à leur vie; et iv) en raison du degré élevé de leur vulnérabilité et de leur dépendance vis-à-vis des adultes, la pauvreté chez l'enfant revêt une nature fortement relationnelle, signifiant que la dynamique intra ménage, la répartition du pouvoir et du revenu peuvent avoir un effet considérable sur leur vécu de la pauvreté (Jones et Sumner 2007).

### **4.2.1 Pauvreté et vulnérabilité chez l'enfant**

Selon les données EDS 2006, les enfants (en dessous de 15 ans) constituent 54% de la population du Mali. La structure familiale au Mali est au centre des préoccupations de la société et les enfants sont généralement perçus non pas comme des individus à part entière, mais comme des éléments d'une famille, inséparables de leur mère. Cette perception culturelle traditionnelle de l'enfance est à certains égards en désaccord avec les Droits de l'Enfant, qui veut que l'enfant ait des droits spécifiques qui pourraient être en opposition avec l'autorité parentale. Bien que cette subordination des Droits de l'Enfant à la structure de la famille traditionnelle puisse dans la pratique et dans certains cas, rendre l'enfant vulnérable par exposition à la maltraitance et à l'exploitation dans le ménage, ladite structure en général, est plutôt une forme de mécanisme traditionnel de soutien aux enfants.

Selon les données EDS 2006, 24,2% des enfants sont classés dans le groupe des orphelins, avec 2,2% d'orphelins d'un ou deux parents, 17,5% vivant dans un ménage avec au moins un parent malade et 22,65% vivant dans un ménage avec un adulte malade. La taille moyenne du ménage a augmenté de 5,3 personnes en 2001 à 5,7 en 2006. En moyenne 16% des enfants sont placés sous tutelle dans d'autres familles avec des proportions plus élevées en zones urbaines (21%) qu'en zones rurales (14%). Ces chiffres indiquent qu'il y a un taux élevé de migration interne des enfants vers la capitale et d'autres centres urbains relativement prospères, devenant ainsi une source de préoccupation puisque le nombre des enfants dans la rue augmente de manière significative.

Il y a plusieurs manières de conceptualiser la pauvreté chez l'enfant, eu égard à ses multiples dimensions. Parmi les plus fréquemment utilisées existent 'la mesure monétaire de la pauvreté', qui prend en compte le seuil de pauvreté monétaire du ménage comme point de départ et procède à une estimation du nombre d'enfants vivant dans les ménages pauvres et 'l'approche de privation', selon laquelle un enfant est pauvre s'il est sérieusement privé d'un quelconque des éléments suivants: nourriture, accès aux sources d'eau améliorées, hygiène, santé, logement, éducation, accès à l'information et accès aux Services sociaux de base. Il ou elle est 'absolument pauvre' lorsqu'il lui manque deux ou plus de deux de ces éléments-ci (Gordon et al 2003). Une étude récente sur la pauvreté chez l'enfant faite par l'UNICEF Mali, et al 2008 fournit une analyse détaillée des différentes dimensions de la pauvreté et la vulnérabilité de l'enfant malien.

En utilisant la satisfaction des besoins fondamentaux comme seuil de pauvreté pour estimer la pauvreté de l'enfant, les résultats indiquent que la pauvreté monétaire sévit grandement chez les enfants de moins de 18 ans, avec une incidence globale approximative de 50%, ce qui est légèrement plus élevée que le niveau chez les adultes (47,4%). Cependant, comparée à son niveau de 2001 estimé à 70,5%, la pauvreté chez l'enfant a diminué d'environ 20 points. Les évaluations indiquent également que l'incidence de la pauvreté monétaire est plus forte en milieu rural, où 6 enfants sur 10 vivent dans des ménages pauvres, contre 4 enfants sur 10 en milieu urbain (l'UNICEF Mali, et al. 2008). Cependant, on peut penser que cette mesure de la pauvreté de l'enfant sous-estime sa vraie incidence, car ne prenant pas en compte la dynamique intra ménage et la prise de décision y afférant, dans un contexte culturel, qui n'accorde pas de priorité aux besoins des enfants, ce qui pourrait signifier que les enfants sont proportionnellement plus affectés par la pauvreté dans un ménage. Par exemple, selon les données ELIM 2006, il n'y a aucune différence significative dans la consommation de l'éducation et des services de santé entre les ménages avec enfants et ceux sans enfants, bien que les enfants aient un plus grand besoin de ces services.

En ce qui concerne l'analyse des privations pour estimer la pauvreté chez l'enfant, dans le cas du Mali, les privations absolues affectent au moins un enfant sur deux. Les enfants âgés de cinq à 17 ans sont davantage exposés aux privations absolues et les filles sont bien plus fortement exposées. En nous penchant davantage sur la prédominance de la pauvreté en fonction du nombre des privations, l'étude montre qu'un tiers des enfants sont affectés à la fois par deux privations graves – ce qui, selon le seuil, indique qu'ils sont 'absolument pauvres' - et 13% des enfants d'environ trois ans et 4% des enfants d'environ quatre ans souffrent de privations graves concomitantes (ibid). Les deux privations les plus répandues sont le logement et l'éducation, indiquant du coup que les enfants deviennent vulnérables du fait du sous-développement de leur capital humain, ce qui limitera leur développement et potentiel de production de revenus à mesure qu'ils gagnent en maturité. Ils vivent également dans des foyers qui ne leur assurent pas une protection adéquate et qui peuvent les exposer à des maladies tant physiques que mentales.

Sur la base d'une analyse pluridisciplinaire des causes de privations chez l'enfant, l'étude de la pauvreté de l'UNICEF (2008) a dressé par ailleurs, un profil sociodémographique des enfants qui présente un risque élevé de chuter dans la pauvreté. Il s'agit des :

- enfants vivant en milieu rural;
- enfants résidant dans des régions de Kayes, Mopti, Tombouctou et Gao ;
- enfants vivant dans de plus petits ménages (paradoxalement les ménages dans lesquels vivent plusieurs personnes se sont avérés plus efficaces à diminuer des risques) ;
- enfants vivant avec un parent unique ou dans une famille nucléaire (non élargie);
- enfants vivant dans un ménage où le chef est un adolescent ou une personne âgée ;
- enfants vivant dans un ménage dirigé par une femme; et
- enfants vivant dans un ménage où le chef n'est jamais allé à l'école.

De plus, il a été mis en évidence qu'il y a un lien direct entre la pauvreté et la vulnérabilité, avec une plus grande exposition aux risques et moins d'accès aux services sociaux de base pour des enfants vivant dans les ménages appartenant aux quintiles plus pauvres. En outre, le genre est une cause déterminante de vulnérabilité au Mali. Une analyse multi variée suivant le sexe portant sur les facteurs causaux et les indicateurs de la pauvreté a révélé une plus faible performance des femmes dans la quasi-totalité des variables, en particulier dans le milieu rural, avec des populations rurales qui s'en sortent en général également moins bien au regard de l'ensemble des indicateurs.

#### **4.2.2 Les Vulnérabilités et Risques Chez l'Enfant**

Selon l'enquête EDS 2006, seulement 48% des enfants de 12 à 23 mois avaient reçu toutes leurs vaccinations conformément au programme élargi de vaccination. Il y a des variations significatives de couverture vaccinale suivant les lieux de résidence, ce qui accentue la faiblesse de la couverture vaccinale: une couverture de 46% en milieu rural contre 53% en zones urbaines. La conclusion importante à tirer est que la proportion d'enfants complètement vaccinés augmente avec le niveau d'éducation de la mère et la richesse. Toujours est-il qu'il y eu une amélioration significative du taux de vaccination entre 2001 (29%) et 2006 (48%).

Dans le cas du paludisme qui continue à être l'une des principales causes de décès chez les enfants, 33% des enfants ayant montré les symptômes de cette maladie ont cherché les soins de santé et la moitié d'entre eux ont effectivement reçu un traitement. S'agissant d'autres maladies chez l'enfant, il faut citer les infections respiratoires aiguës (6% des enfants) pour lesquelles des soins de santé formels ont été demandés dans seulement 38% des cas. En ce qui concerne les maladies diarrhéiques, il y avait là encore une sous-utilisation des services de santé formels, avec seulement 18% des enfants malades ayant été amenés dans un centre de santé pour la prise en charge. Sur cette proportion environ 21% n'ont reçu aucun traitement. Le taux d'enfants malades et le taux de leur mortalité sont demeurés élevés avec respectivement 96 pour 1.000 et 191 pour 1.000. Cependant, il s'agit d'une réduction effective de 60 points par rapport au taux de 2001. Comme indication des disparités entre milieux ruraux -urbains, le risque de mort avant l'âge de cinq ans est de 48% plus élevé en zone rurale que dans les zones urbaines.

Pour mieux mettre en exergue le lien entre pauvreté et vulnérabilité, une analyse des indicateurs a montré que le risque de mourir est plus élevé chez les enfants vivant dans les ménages les plus pauvres. Ces chiffres montrent à suffisance que le progrès accompli est lent pour améliorer l'état de santé des enfants au Mali et qu'il est impératif de renforcer la protection des enfants contre l'exposition aux risques les plus néfastes. Cependant, un défi important reste à relever par rapport à l'augmentation de l'appropriation globale des services de santé pour réduire le niveau général de morbidité de la population - enfants comme adultes. Selon les données EDS Mali 2006, seulement 43% de ceux qui sont malades cherchent des soins médicaux formels, (et le taux est plus élevé en milieu urbain qu'en milieu rural). Ceci aide à expliquer pourquoi, en moyenne, les ménages maliens dépensent une petite part de leurs revenus (près de 2%) pour la santé en dépit des coûts sensiblement élevés de soins de santé par malade. Par exemple, une famille dépensera approximativement 24.050 FCFA pendant 30 jours de traitement dans un centre de santé de premier niveau, ce qui représente près de 15% du revenu annuel nécessaire pour atteindre le seuil de pauvreté national. En clair, les coûts de soins de santé peuvent nécessiter une portion

considérable du revenu du ménage; alors, engager des coûts constants pour les soins de santé peut être une source de vulnérabilité pour les ménages. En plus de l'amélioration de la santé des enfants,, de meilleurs résultats de matière de santé réduisent la vulnérabilité générale des ménages, non seulement vis-à-vis des maladies, mais également du risque de perte des revenus du ménage puisqu'il ne sera plus nécessaire de payer des sommes élevées pour les soins de santé (ce qui est valable pour les enfants comme pour les adultes).

#### **4.2.3 Nutrition**

Il y a eu des progrès très limités dans l'atteinte de meilleurs résultats pour la nutrition chez les enfants au Mali. En fait, les données des enquêtes EDS 2001 et 2006, montrent que la proportion des enfants souffrant de retard de croissance n'a été réduite que d'une très petite marge - 38% à 34% des enfants. De même, la proportion des enfants présentant une insuffisance pondérale a diminué de façon marginale de 33% à 32% et la proportion d'enfants souffrant d'émaciation a augmenté, en passant de 11% jusqu'à 13%. Par ailleurs, 81% des enfants âgés de 6 à 59 mois développent une des formes de l'anémie. La malnutrition aigue affecte 15% des enfants de moins de cinq ans et plus de 25% des enfants développent une des formes de l'insuffisance pondérale, qui est soit modérée (17%) soit grave (10%).

Cette faible performance nutritionnelle chez les enfants maliens est une contrainte majeure qui est un obstacle à leur développement intellectuel et physique et, compte tenu de la vulnérabilité du pays à l'insécurité alimentaire, il s'agit d'un problème dont les risques s'aggravent. En fait, en cas d'augmentation des prix de denrées alimentaires, les ménages les plus pauvres pourraient ne pas être à même de payer les coûts requis sur les marchés pour la nourriture et seront en conséquence contraints de réduire leur niveau de consommation des aliments de base. Ceci est quelque chose qui pourrait affecter les enfants au-delà de la proportion congrue, étant donné leurs besoins spécifiques nutritionnels. Sans interventions concrètes de la part du Gouvernement, les résultats nutritionnels chez l'enfant risquent de s'empirer et de rendre les enfants plus vulnérables aux maladies ainsi qu'à d'autres problèmes de développement.

#### **4.2.4 Inégalité de Genre**

Le rapport EDS 2006 a dépeint une image morne du l'absence d'autonomie chez les femmes au Mali. L'âge moyen de mariage chez les femmes est de 16,4 ans, si elles ne sont pas instruites et 20,3 ans si elles ont terminé le cycle secondaire. L'âge moyen pour les hommes est de 25,8 ans. La polygamie est légale et répandue au Mali, en particulier dans des milieux ruraux, avec 49% des femmes faisant partie d'un ménage polygame. Cela a des implications sur le partage de richesse et le statut des membres du ménage: l'autorité personnelle d'une femme est habituellement faible.

Au Mali, la plupart des femmes ont subi l'excision, (mutilation génitale féminine - MGF). L'excision est pratiquée sur des jeunes filles : 61% des femmes rapportent avoir été excisées avant l'âge de cinq ans et pratiquement toutes les femmes ayant subi cette pratique y ont soumises avant l'âge de 15 ans (EDS 2001). Il y a des différences régionales et ethniques significatives dans la pratique, avec des régions du nord qui enregistre une moyenne oscillant entre 1% et 44% des femmes ayant subi le procédé, comparé à presque 100% des femmes dans les régions où les populations sont Bambara et Malinkés de façon prédominante. En dépit d'importantes campagnes conduites pour la mobilisation sociale sous l'égide de l'UNICEF et autres ONG, d'après les réponses des femmes dans l'EDS 2006, la pratique est susceptible de continuer pour encore une génération : 76% des femmes et 70% des hommes ont déclaré qu'ils étaient favorables à l'excision. Cependant, celles ne l'ayant pas subie ont déclaré ne pas vouloir la pratiquer sur leurs filles (EDS 2001). Les femmes ont expliqué leur acceptation de la pratique pour des raisons surtout sociales, d'hygiène et de devoir religieux; le raisonnement des hommes là-dessus évoque des raisons semblables, bien qu'il y ait légèrement plus d'hommes (mais toujours une minorité notable) qui pensent que la pratique est inutile (EDS 2001).

Les chercheurs de l'EDS 2006 ont estimé que 80% des femmes malientes n'ont reçu aucun enseignement conventionnel. Ce chiffre était légèrement plus bas pour ce qui concerne les jeunes générations, mais il semble que plus des deux tiers des femmes au Mali ne reçoivent toujours aucune instruction. Pire encore, le taux d'analphabétisme chez les femmes est très élevé et est de 75%. Des chiffres comparables pour les hommes sont tout autant faibles du point de vue normes internationales, mais ils sont meilleurs que ceux des femmes malientes : 66% des hommes n'ont reçu aucun enseignement conventionnel et 67% sont illétrés (EDS 2001). Les femmes ont reçu peu d'éducation scolaire et cumulent souvent d'autres obligations en plus des travaux domestiques et estiment par ailleurs qu'elles ont peu de pouvoir dans leur ménage.

Les données d'enquête de l'EDS 2006 prouvent que plus de 64% des femmes vivant en union avec un homme, travaillent, dont 53% reçoivent des rémunérations en espèces, 22% une rémunération mixte composée d'argent comptant et de biens en nature, 12% seulement une rémunération exclusivement en nature et 13% n'ayant aucune rémunération. Les réponses ont montré que, dans 87% des cas, les femmes décident de la façon d'utiliser les ressources qu'elles ont gagnées. Cela concorde avec les informations fournies par un sociologue malien interviewé qui a indiqué qu'en dépit des relations de genre inégales dans certaines régions du Mali (pour insister sur les différences régionales, dans des groupes ethniques du nord et qui sont d'organisation matriarcale), les femmes sont respectées dans leur choix de garder leur propre revenu ; une partie de cette richesse est transmise de mère à fille. Seuls 5% des femmes ont déclaré permettre que leur partenaire décide de l'utilisation de leurs ressources.

Il n'en demeure pas moins que les femmes paraissent avoir très peu de pouvoir au sein du ménage. Le rapport EDS 2006 met en évidence que dans la plupart des foyers de taille importante, les décisions paraissent se prendre par quelqu'un d'autre, ne laissant aux femmes que le seul choix de la nourriture dont elles tendent à avoir la responsabilité. 37% des femmes ont déclaré n'être impliquées dans aucune prise de décision de ménage. Le tableau était légèrement meilleur chez les femmes qui gagnent de l'argent en espèces. 75% des femmes estiment qu'un mari a le droit de frapper sa femme – cela représente une réduction par rapport à la dernière enquête EDS de 2001 où le taux était de 89%. Une majorité (55%) des femmes estime qu'une épouse n'a pas le droit de refuser d'avoir des rapports sexuels avec son mari, même sachant qu'il souffre d'une maladie sexuellement transmissible. Les femmes en séparation de corps ou divorcées (y compris les femmes célibataires) tendaient légèrement à estimer que les femmes ont le droit de refuser les rapports sexuels, et que la violence au ménage n'est pas acceptable. Mais lorsqu'elles sont interrogées en groupe, elles ne diffèrent pas considérablement de la norme. Il est intéressant de constater que moins d'hommes ont déclaré que la violence au ménage est parfois acceptable (61%) et les hommes semblent également être plus libéraux par rapport aux droits des femmes de refuser les rapports sexuels (EDS 2001).

#### **4.2.5 Éducation**

Les taux d'inscription scolaire et d'achèvement des études au Mali demeurent parmi le plus bas au monde. En moyenne, l'inscription scolaire se chiffre en termes de taux à 51% et le taux de ceux qui ont achevé leur scolarité se chiffre à près de 36%. Selon EDS 2006, le taux brut d'inscription scolaire au niveau national est assez bas, mais sensiblement plus élevé pour les garçons (65% contre 54,3% pour les filles). Cela montre une légère amélioration par rapport aux données de 2001, en particulier dans le cas des filles, où le taux était de 61,3% pour des garçons et 43,1% pour les filles (UNICEF 2008).

La discrimination à l'égard des femmes dans la scolarisation est liée d'une certaine manière au degré de pauvreté. Les données EDS 2006, qui fournissent une analyse des données se sont fondées sur les quintiles de pauvreté prenant en référence les revenus pour prouver que les ménages plus riches tendent à envoyer tous leurs enfants à l'école, tandis que les plus pauvres privilégièrent les garçons. En particulier, une analyse des inscriptions scolaires brutes montre que 50,3% des garçons dans le quintile le plus pauvre sont inscrits à l'école, contre 111,3% de

garçons dans le quintile le plus riche. Dans le cas des filles, ces chiffres sont respectivement de 37% et 103,3%.

Similairement, il y a de grandes disparités au Mali selon les lieux de résidence: l'inscription scolaire brute pour les garçons en zones urbaines est plus élevée, approximativement 91,2%, contre 55,7% en milieu rural. Dans le cas des filles, l'inscription est de 85,3%, et tombe jusqu'à 49,4% en milieu rural (EDS 2006). Ces chiffres accentuent la nécessité absolue d'accorder la priorité à la promotion de l'éducation, non seulement en augmentant l'accès et la fourniture de services éducatifs, toute chose qui focalise présentement l'attention du gouvernement, mais également en améliorant la qualité de l'éducation et les initiatives créatrices pour stimuler la demande, et rabaisser le coût de l'accès des enfants à l'école.

Les interventions devraient se fonder sur les faits, de sorte qu'elles puissent découler des indicateurs et des causes de la faiblesse du taux de scolarisation. Par exemple, selon les données ELIM 2006, sur l'ensemble des enfants inscrits à l'école et interrogés, la toute première raison qu'ils évoquent pour ne pas être en classe était la nécessité de travailler à la maison (29% en milieu rural et 20,6% d'enfants urbains), ce qui pose la question du problème du coût élevé des possibilités d'instruction. La deuxième raison était qu'ils ne trouvaient aucun intérêt à aller à l'école puisque cela semble ne servir à rien (24% des enfants urbains et 18,6% des enfants ruraux). Cela met en exergue la pertinence de l'investissement dans la qualité de l'éducation. Le coût a été évoqué par 4,8% et la distance par 7,3% des enfants comme raison de ne pas être en classe. Il n'y avait aucune différence majeure liée au genre entre les réponses. Il serait utile que la prochaine enquête ELIM pose les mêmes types de questions aux enfants non inscrits à l'école pour produire la preuve des causes d'une telle faiblesse de taux d'inscription et mieux en informer la politique gouvernemental.

#### **4.2.6 Protection de l'Enfant**

Pour ce qui concerne d'autres risques spécifiques auxquels sont confrontés les enfants, certains des groupes identifiés par l'UNICEF comme groupes les plus à risque incluent: i) les enfants travailleurs ; ii) les enfants victimes de trafic ; iii) les enfants infectés/orphelins du VIH/SIDA; iv) les enfants de la rue ; v) les enfants en conflit avec la loi ; et vi) les enfants exploités ou maltraités, y compris à travers des pratiques traditionnelles néfastes.

Au Mali, le concept de la protection de l'enfant est complexe, étant donné le rôle que jouent l'enfant en famille, où il est perçu comme intrinsèquement dépendant et sous influence des parents et d'autres membres adultes du ménage, plutôt que comme personne et détenteur de droits, c'est-à-dire que les priorités ou besoins des enfants ne sont pas placés au-dessus de ceux du ménage. Cela a des implications significatives en termes de concept de 'l'intérêt supérieur' de l'enfant. Cependant, la situation par le truchement de laquelle les enfants deviennent victimes de violence, d'abus, d'exploitation et de négligence, peut être attribuée en partie à l'affaiblissement des structures traditionnelles de la communauté, l'affaiblissement des structures sociales et familiales et de la mauvaise application des lois qui ont été votées pour les protéger, plutôt qu'au rôle des enfants en société. En particulier, plusieurs de ces pressions font qu'un nombre croissant d'enfants abandonnent leur foyer, généralement pour les villes mais parfois pour l'étranger, à la recherche d'une meilleure vie pour eux-mêmes et pour leur famille (UNICEF Mali, et al. 2008). La pauvreté aggrave plusieurs de ces vulnérabilités, exposant du coup les enfants et leur famille à des risques et difficultés et parfois les marginalisant davantage dans la société. Les systèmes de protection sociale ont le potentiel de réduire ces risques.

#### **4.2.7 Le Travail des Enfants**

Le travail sans exploiter l'enfant est largement accepté au Mali: au cours de plusieurs de nos interviews, y compris auprès du Ministère de l'Éducation, un sociologue travaillant sur la recherche

de politiques gouvernementales et l'Organisation internationale du travail (OIT), le consensus semble être qu'une certaine forme de travail de l'enfant est nécessaire pour sa socialisation et pour qu'il acquiert des qualifications de base. Le travail des enfants est perçu comme une pratique normale, bien qu'il y ait de plus en plus de sensibilisation sur les 'pires formes de travail des enfants', qui relèvent de l'exploitation pure et qui sont abusives, ainsi que le besoin des enfants de pouvoir aller à l'école. Les chiffres 2005 de l'OIT pour le Mali estiment le travail des enfants - défini comme activité économique ou travaux de ménage pendant plus de 28 heures par semaine - à 67% (interview, l'OIT).

Selon les données d'EDS 2006 le fardeau du travail tend à peser plus lourdement sur les enfants dans les ménages plus pauvres et en milieu rural: 80,6% des enfants appartenant aux ménages dans le quintile le plus pauvre ont été impliqués dans une certaine forme de travail, contre 63,5% des enfants des quintiles les plus riches ; de même, on estime que 80,1% des enfants des milieux ruraux travaillent contre 63,55% des milieux urbains, avec Kayes comme région où l'incidence du travail est la plus élevée chez l'enfant (84,6%). Ceci est une indication que les enfants font partie des stratégies palliatives des ménages pauvres, puisqu'ils aident à atténuer l'insuffisance des ressources à travers leur contribution au revenu familial.

Par ailleurs, les données de l'Enquête sur le Travail des Enfants au Mali, effectuée en 2006 indiquent qu'environ deux enfants sur trois âgés de 5 à 17 ans sont économiquement actifs, ce qui représente un peu plus de trois millions d'enfants dans le pays. Cette enquête indique que la proportion moyenne des enfants en activité économique est aussi élevée chez les filles que chez les garçons. Cependant, l'incidence du travail sur les enfants est plus forte en milieu rural (71% de 5 à 17 ans) qu'en milieu urbain (63%). Parmi les enfants travailleurs âgés de 5 à 17 ans, le taux de scolarisation est seulement de 40,8%. On estime que 60% des enfants âgés de 5 à 14 ans sont engagés dans une forme quelconque de travail de ménage, et que 40% des enfants de ce groupe d'âge sont impliqués dans des travaux dangereux. 41% des enfants travaillent à plein temps, 25% combinent travail et école, 17% ne vont seulement qu'à l'école et 17,5% ne sont occupés ni par les études scolaires, ni par un travail quelconque. La grande majorité des garçons (75%) sont engagées dans les travaux agricoles, avec une proportion moindre qui fait des travaux domestiques. Les filles effectuent généralement des travaux domestiques (54%) ou agricoles (40%) (DNSI 2006). Ces données démontrent que, bien qu'une certaine forme de travail des enfants soit admise, et même souhaitable, pour conférer aux enfants les possibilités de développer leurs compétences, il existe beaucoup d'enfants qui en deviennent vulnérables – soit en faisant des activités dangereuses qui peuvent nuire à leur développement, soit en mettant leur santé à risque, ou alors en substituant à l'éducation d'autres activités qui requièrent leur engagement à plein temps. Cette situation peut s'ériger comme une entrave au développement du capital humain des enfants et à leur droit à l'éducation, par le fait qu'elle les empêche d'acquérir de nouvelles connaissances qui pourraient les aider à atténuer leurs vulnérabilités. Par exemple, selon l'enquête 2006 du Travail des Enfants, 7 enfants sur 10 ont rapporté être malades ou blessés par le fait d'une activité liée au travail au cours de l'année avant l'enquête (ibid). Par ailleurs, la marge entre le travail ne rentrant pas dans le cadre de l'exploitation et le travail d'exploitation, est mince, de sorte que les enfants déjà exposés à de longues heures de travail sont assez souvent en danger de se retrouver dans d'autres formes de travail d'exploitation.

#### **4.2.8 Migration et Changement de Structures familiales**

La migration est largement répandue au Mali, avec des émigrants estimés à 9% de la population totale<sup>11</sup>, et les envois d'argent au pays d'origine qui sont passés de 73m \$US en 2000 jusqu'à 177m \$US en 2006, représentant 3,3% du PIB au cours de cette année-ci. En clair, face aux difficultés économiques, la migration est perçue comme moyen de réaliser une meilleure vie pour les migrants et leur famille restée au Mali. Etant donné l'attrait de ce style de vie potentiellement

---

<sup>11</sup> See <http://siteresources.worldbank.org/INTROSPECTS/Resources/334934-1181678518183/Mali.pdf>

meilleur ou même nécessaire pour les ménages pauvres de gagner plus d'argent pour faire face aux difficultés, il s'en suit qu'un nombre croissant d'enfants qui émigrent, aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur du pays, s'exposant ainsi à toute une gamme de risques et de dangers, dans un contexte pratiquement sans aucun mécanisme de protection.

#### **4.2.9 Enregistrement à la Naissance**

L'enregistrement à la naissance confère à l'enfant une identification légale et lui donne donc droit à la nationalité et par conséquent le droit d'être protégé par l'état dans le cas où les parents ou les tuteurs n'arrivent pas à le faire. Ainsi, une grande proportion d'enfants maliens reste vulnérable et non reconnue par l'état, étant donné qu'ils ne sont pas enregistrés. L'enregistrement permet également aux enfants d'accéder aux prestations sociales, y compris l'allocation familiale pour les enfants. Les données collectées par EDS 2006 présentent un modèle inquiétant, avec jusqu'à 53% d'enfants non enregistrés à la naissance. Il y a une légère variation de genre, les garçons représentent 55% et les filles 51%, et une variation importante entre milieu rural et milieu urbain, avec 45% d'enfants enregistrés pour le premier cas et 75% pour le dernier. Ceci illustre la faible capacité de l'état de mobiliser les citoyens pour assurer que les enfants soient enregistrés, l'un des droits fondamentaux de l'enfant. Il y a eu des campagnes d'informations largement répandues sur la nécessité d'enregistrer les enfants à la naissance, soutenues en grande partie par l'UNICEF, mais le progrès est lent.

#### **4.3 Remarques finales**

La pauvreté et la vulnérabilité sont encore répandues au Mali, avec des contraintes importantes à la protection de l'enfant. Celles-ci incluent le travail des enfants, l'abus (au foyer ou à l'école), les pratiques traditionnelles nuisibles telles que le mariage précoce et la MGF et le faible accès aux services de base pour des enfants. Ces facteurs limitent le développement des enfants. Cependant, il faut reconnaître que d'énormes progrès ont été réalisés par rapport aux principaux indicateurs de développement humain, y compris ceux relatifs aux enfants au cours des cinq à sept dernières années, surtout à cause des efforts énergiques de politique du Gouvernement et des investissements publics pour améliorer l'accès aux services sociaux de base. Néanmoins, il reste beaucoup à faire pour améliorer cet accès davantage, aborder les préoccupations majeures relatives à la qualité, et favoriser la demande de ces services sociaux de base qui demeure significativement faible, même là où l'accès a été amélioré. D'autres facteurs qui contribuent à la vulnérabilité des ménages, tels que les aléas de survie et de la sécurité alimentaire, doivent être mieux gérés en sorte que les ménages pauvres puissent atténuer les chocs éventuels de façon plus adéquate. A cet égard il y a un besoin d'analyser la possibilité d'une approche plus systématisée de la protection sociale et de la protection de l'enfant pour assurer que les enfants et autres groupes vulnérables soient intégrés dans de plus larges mécanismes de politique sociale.

## 5. Analyse des Programmes nationaux de Protection sociale

Au Mali, 'la protection sociale' a été conceptualisée comme 'l'ensemble de mesures par lesquelles la société entend protéger des personnes contre les risques sociaux. Elle se compose de la sécurité sociale, de l'aide sociale et de l'action sociale' (Direction Nationale de la Protection Sociale et de l'Economie Solidaire 2004). Dans la pratique, 'la protection sociale' a été rétrécie pour être concentrée sur l'assurance sociale/mécanismes de sécurité sociale (pour les groupes formels, non formels et marginalisés de la population), tandis que le cadre plus large de développement social du Mali a incorporé les dimensions d'aide sociale et de l'action sociale.

Cette section du présent document se penche d'abord sur les éléments multidimensionnels y compris la politique de protection sociale du Mali et explorera par la suite les voies et moyens par lesquels les différentes interventions pertinentes qui intègrent cette stratégie de protection sociale complète ont été appliquées en tant qu'élément de la politique de développement social du Gouvernement. Ici, il est important d'attirer l'attention sur les difficultés et les opportunités qui se présentent dans l'élaboration d'un **système** national de protection sociale - qui viserait à coordonner, financer et mettre en œuvre les programmes de protection sociale ainsi qu'à encourager le tissage de relations institutionnelles avec d'autres ministères compétents. Il est important de noter qu'une **stratégie** de système de protection sociale est distincte - elle identifie les engagements de politique à la protection sociale, mais sous-estime souvent les réalités pratiques et politiques de la mise en œuvre.

En plus de se pencher sur la stratégie existante de protection sociale du Gouvernement, et d'identifier les lacunes significatives dans la capacité de l'état à atteindre une plus grande proportion de la population vulnérable du Mali, en particulier dans les endroits reculés, des O.N.G. ont développé toute une gamme d'interventions favorisant la protection sociale. Cette section explorera brièvement certains des programmes les plus saillants de protection sociale, exécutés par des O.N.G. et voir comment ces programmes peuvent être convenablement inclus dans les efforts du Gouvernement pour satisfaire les besoins des populations vulnérables. Tout aussi important, cette section se penchera en outre sur les mécanismes traditionnels de prise en charge des membres vulnérables de la communauté à travers la famille et les réseaux communautaires de soutien; au Mali, ce sont des moyens cruciaux de protection sociale et incluent, par exemple, la prise en charge des orphelins ou des personnes âgées au sein de la communauté. Une autre forme de mécanisme informel de protection sociale sont les transferts inter ménages, qui jouent un rôle prépondérant dans les économies de ménage du Mali, en particulier en raison des envois d'argent des migrants et des membres plus riches de la communauté ou de la famille. Cependant, ces mécanismes traditionnels ou informels ne protègent qu'une partie des personnes vulnérables, à savoir, ceux qui sont incluses dans les réseaux communautaires. Des mécanismes formels de protection sociale gérés par l'Etat, sont nécessaires pour assurer que les droits de toutes les personnes à la protection sont appliqués.

Par conséquent, la section 5 du rapport est structurée comme suit: La section 5.1 retrace la stratégie de protection sociale du Mali en présentant une vue d'ensemble de cette politique qui la cadre, les programmes qui sont élaborés pour sa mise en œuvre et certaines des structures en place pour assurer des programmes et des actions de protection sociale. Elle se penche également sur certaines des réalités derrière la livraison des programmes de protection sociale pour ce qui concerne leurs aspirations. Ceci fournit un contexte utile pour l'analyse présentée dans la section 5.2, qui explore certaines des opportunités, contraintes institutionnelles et politiques qui ont ralenti le déroulement du système de protection sociale tel que déterminé dans la politique nationale de protection sociale du Mali. La section 5.3 traite des formes alternatives de protection sociale.

## 5.1. Politique et Programmes de Protection Sociale du Mali

Cette section commence par une vue d'ensemble de la politique de protection sociale du Mali, sa conceptualisation des problèmes et les approches stratégiques larges; elle entre alors dans l'analyse de son déroulement dans les programmes et actions de protection sociale. Pour finir, elle se penche sur certaines des questions clés relatives à l'exécution des mécanismes de protection sociale et à leur portée et efficacité dans la prévention ou l'atténuation des risques ; la protection des populations vulnérables contre les difficultés ; la promotion de leur développement humain et capacités de résolution de problèmes; et la création d'un contexte qui peut favoriser leur transformation sociale et économique pour réduire les transmissions intergénérationnelles de la pauvreté et de la vulnérabilité.

### 5.1.1 La Déclaration de la Politique Nationale de Protection Sociale du Mali

En 2002, le Gouvernement de Malien a présenté la Déclaration de Politique nationale de Protection Sociale au Mali, qui a été ratifié la même année par l'Assemblée Nationale. Son but était de présenter la politique de la protection sociale du gouvernement à servir comme cadre de réalisation des plans, programmes, projets et stratégies susceptibles de garantir la couverture de différentes catégories de population contre l'exposition à une série de risques. Le texte stipule qu'il trouve sa base dans les engagements internationaux auxquels le Mali a souscrit sur le sujet, y compris la convention de l'ONU sur l'Élimination de Toutes les Formes de Discrimination contre les Femmes (CEDEF), la Convention de l'ONU sur les Droits de l'Enfant (CDE) et les Résolutions provenant du Sommet 1995 du Développement Social de Copenhague. La politique nationale de protection sociale vise donc à être une expression des droits de tous les citoyens à la protection sociale, garantie par l'État.

Cette Politique nationale de Protection Sociale (2002) fournit un ensemble complet d'objectifs dans le but de mettre en place progressivement un système de protection sociale au Mali et d'intégrer les actions de protection sociale isolées, précédemment conduites par une série d'acteurs en l'absence de toute synergie. Bien que le document de politique ne vise pas une stratégie spécifique ou ne fournit pas les détails des actions concrètes, les orientations générales de la politique touchent aux principales dimensions de la protection sociale telles que présentées dans le cadre conceptuel, avec un caractère: promotif, protecteur, préventif et transformatif. Dans ce sens, la politique nationale de protection sociale met l'accent sur la sécurité sociale, l'action sociale et l'aide sociale comme ses trois composantes clés, par lesquelles elle vise à fournir un cadre puissant d'établissement de stratégie, de plans et programmes concrets de politique sociale pour son déroulement. Les objectifs de la politique incluent les aspects suivants.

#### Principes généraux pour toutes les catégories de protection sociale

L'objectif général de la politique nationale de protection sociale est d'établir progressivement un système de protection contre les risques sociaux pour tous les citoyens et en particulier pour les groupes les plus marginalisés. Plus spécifiquement, ceci nécessite :

##### *L'élargissement de la portée de la protection sociale*

- Assurer une meilleure couverture démographique, géographique, quantitative et qualitative des avantages de la protection sociale par le renforcement institutionnel ; l'augmentation du nombre de personnes couvertes par les régimes de sécurité sociale ; l'exécution du Programme d'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) ; l'amélioration de la gestion du système ; la décentralisation des organisations de sécurité sociale et des structures ; notamment.
- Mettre en œuvre des mécanismes de gestion des risques sociale dans les secteurs agricoles, industriels et commerciaux, aussi bien qu'au profit des professions non salariées et des Maliens de l'Extérieur.

#### *L'élaboration des Actions sociales et d'Assistance sociale*

- Contribuer à l'amélioration relative aux risques sanitaires des indigents et de ceux atteints du VIH/SIDA.
- Contribuer à garantir que les citoyens ont accès à un logement adéquat
- Contribuer à assurer que tous les citoyens peuvent avoir accès à la justice quelque soit leur niveau de revenu
- Contribuer à assurer un meilleur accès à l'emploi pour les populations
- Contribuer au renforcement des mécanismes de prise en charge des populations vivant dans des conditions difficiles.

#### *Le développement des mécanismes de mutuelles d'assurance maladie et autres organisations de bases fondées sur des principes de la solidarité.*

- Au mois de janvier 2009, la Direction de la Protection Sociale a soumis au Gouvernement une série de textes à être présentée au vote de l'Assemblée Nationale au cours de l'année 2009. Ces textes définissent l'étendue et la portée de l'AMO et du Régime d'Assistance Médicale (RAMED) Celui-ci vise à se fonder sur le principe de solidarité au niveau local afin de fournir des services médicaux aux indigents.

#### **Principes relatifs à la protection sociale des groupes spécifiques de population**

Les personnes âgées, les handicapés, femmes, enfants et orphelins devraient tirer profit des mécanismes spécifiques de protection qui se rapportent à leurs vulnérabilités spécifiques et conditions d'existence. Des programmes dans ces domaines d'aide sociale et d'action sociale s'occupent de la prise en charge de ces groupes de population.

En particulier, relativement aux femmes et aux enfants, la politique explique que son objectif est d'aider à favoriser et de garantir leurs droits, tels que définis sous les Conventions internationales (telles que la CDE et le CEDEF). À cette fin, la politique a envisagé que des mécanismes efficaces de protection des droits de l'enfants et de la femme, en particulier les plus vulnérables, devraient être adoptés plus tard. La seule proposition concrète dans le document de politique est que des fonds seront constitués pour renforcer les paiements des pensions alimentaires pour les enfants des mères divorcées et pour les femmes célibataires qui sont chefs de ménage.

#### *Acteurs de la Protection sociale*

Afin d'assurer la mise en œuvre de la stratégie de protection sociale, le document de politique envisage la participation d'acteurs publics et privés. Les acteurs publics sont représentés par les structures suivantes :

- Administration centrale: Ministère chargé de la Protection Sociale (actuellement c'est le Ministère du Développement Social, de la Solidarité et des Personnes Agées) ;
- Services techniques de protection sociale dans les régions et/ou le Districts;
- Autorités au niveau local ;
- Services personnalisés responsables de la mise en œuvre de la sécurité sociale ; et
- Ministères de collaboration.

Les parties prenantes du privé sont représentées par les organisations à but non lucratif (mutuelles de santé, caisses, coopératives, groupes confessionnelles, autres groupes, ainsi que les sociétés privées de services d'assurance).

#### *Financement de la protection sociale*

Suivant la Politique nationale de Protection Sociale, le financement de la protection sociale devrait être garanti par l'État, les conseils communaux et donateurs, selon la législation existante. De façon particulière, la sécurité sociale, l'actuel INPS et l'AMO à partir de 2010, est financée par des contributions prédéfinies sur le revenu régulier des activités salariées. L'assistance sociale et l'action sociale sont financées par l'État, les conseils communaux et autres personnes privées ou

entreprises, aussi bien que par des donateurs. Les conditions de financement de la protection sociale sont déterminées par la législation en place.

## **Contrôle, Surveillance et Évaluation des Mécanismes de Protection Sociale**

Dans le cadre de la politique, le contrôle interne des mécanismes de protection sociale devrait être garanti par différentes structures des services nationaux, régionaux et sous-régionaux en charge de sa mise en œuvre. Le contrôle externe devrait être garanti par des procédures d'audit internes de l'état. En conséquence, différentes structures de surveillance chargées de l'exécution de la politique de protection sociale, sont censées assurer la surveillance interne régulière des indemnités fournies. L'évaluation du système de protection sociale relève de la responsabilité de l'administration centrale de tutelle. Le MSDSA doit fournir des rapports au Gouvernement tous les trois ans sur l'état d'organisation et le fonctionnement du système de protection sociale. Ce rapport devrait inclure une analyse détaillée de l'ensemble des instruments de protection sociale, évaluant leurs aspects positifs et négatifs, pour pouvoir identifier des mesures correctives d'amélioration du système.

## **Conceptualisation de la Sécurité sociale, de l'Assistance sociale et de l'Action sociale**

### *Sécurité sociale*

La Politique nationale de Protection sociale du Mali définit la sécurité sociale comme étant: 'un ensemble de régimes qui garantissent la protection de la population contre les risques sociaux, tels que la maladie, la maternité, l'invalidité, la vieillesse, la mort, les accidents de travail, les maladies professionnelles, les allocations familiales et le chômage'. Les administrateurs des mécanismes de sécurité sociale sont distincts des compagnies privées d'assurance en raison de leur caractère à but non lucratif.

### *Assistance sociale*

L'assistance sociale au Mali est définie puisque l'ensemble de mesures d'assistance sont garanties par l'état à ses citoyens et visent les personnes en situation de besoin, dans laquelle les ressources sont insuffisantes. Elle est destinée à compléter d'autres mécanismes de protection sociale et est basée sur le concept de 'solidarité'. L'assistance sociale est prévue également pour être mise en application par les systèmes publics de protection mais, contrairement à la sécurité sociale, c'est une prestation non contributive.

Il est aussi un fait particulièrement intéressant que l'assistance sociale considère l'aide attribuée par l'état aux personnes, aux associations ou aux conseils municipaux comme étant exceptionnelle et *ex gratia*. Ainsi, les transferts ne peuvent jamais être permanents ni devenir une annuité à vie. Puisque l'assistance est fournie *ex gratia*, aucune poursuite ne peut être faite contre la décision d'accorder ou de refuser l'appui (Ministère du Développement Social de la Solidarité et des Personnes Âgées 2004bà).

L'appui d'Assistance sociale, qui devrait être convenu par des commissions nationales ou régionales pour le développement social ou le Ministère lui-même, peut prendre l'une des formes suivantes:

- **Aide d'urgence**, entre 50.000 FCFA et 100.000 FCFA peut être accordée en cas de catastrophe, accident ou pertes considérables
- **Aide immédiate**, jusqu'à 100.000 FCFA, attribuée dans les cas de besoin momentané et devant être approuvée par une commission nationale ou régionale.
- **Aide provisoire** : en cas de situation qui perdure et s'étale sur une période allant jusqu'à trois ans, pour un montant ne dépassant pas 200,000 FCFA au total.

- **Aide maladie** : remboursement des frais médicaux dans une mesure qui correspond aux besoins du bénéficiaire.

#### *Action sociale*

L'action sociale inclut un ensemble d'avantages qui peuvent être parallèles ou complémentaires à ceux fournis dans le cadre de l'aide sociale ou sécurité sociale et visant les mêmes catégories de personnes mais avec des critères plus flexibles. Son but est de soutenir des personnes traversant des circonstances sociales difficiles, et peut être transitoire. Certains des objectifs les plus importants de l'action sociale incluent :

- Contribution à garantir l'accès au logement décent à travers le l'élaboration et la mise en œuvre d'une stratégie sociale de logement. Cette stratégie inclurait le logement familial et les améliorations environnementales
- Contribution à garantir l'accès à l'éducation à tous les citoyens, quel que soit leur niveau du revenu, à travers l'exécution d'une stratégie qui profiterait aux parents et aux étudiants très pauvres. Cette stratégie inclurait l'appui à la fréquentation scolaire et universitaire, aussi bien que l'aide aux écoles spécialisées.
- Contribution à garantir l'accès à la justice aux citoyens quel que soit leur niveau du revenu.
- Contribution à l'élaboration d'une stratégie pour la réintégration des chômeurs dans des activités productives.

Le cadre de protection sociale présenté dans ce document de politique est assez complet et il est surtout tourné vers des dimensions de vulnérabilité face aux risques sociaux tels que définis par la littérature de protection sociale et synthétisé dans le cadre conceptuel de cette étude, ce qui en fait une base très utile pour l'élaboration des programmes et actions. Cependant, ainsi que nous allons le voir dans la prochaine section, il n'y a pas une correspondance si claire entre le document de politique et la conceptualisation de 'la protection sociale' dans le cadre du Programme de Développement social du Mali (PRODESS II) 2005-2009, conduisant à une définition beaucoup plus étroite de la protection sociale dans la pratique et qui en limite la portée.

En outre, un aspect pertinent qui est absent est le point focal des risques économiques en plus des risques sociaux. Dans un pays qui est constamment exposé aux bouleversements extérieurs concernant l'économie aussi bien au niveau du pays qu'à celui du ménage (comme par exemple, l'exposition à une période de sécheresse ou aux prix du marché qui augmentent), la population - en particulier ceux en milieu rural et les plus pauvres, qui ont moins de capacité de mettre en application des stratégies palliatives au niveau ménage - sont très vulnérables face aux risques. De même, les bouleversements internes peuvent provoquer la vulnérabilité économique dans le ménage (par exemple la maladie ou l'incapacité prolongée d'un membre du ménage peut être un grand fardeau sur l'économie du ménage) et exigeraient des réponses distinctes de protection sociale. Il n'est pas évident pourquoi cette dimension économique de la vulnérabilité a été exclue de la stratégie de protection sociale, et elle n'est pas clairement articulée en tant qu'élément de PRODESS II non plus. Cependant, étant donné la pertinence de ces interventions, des travaux d'exploration ont été entrepris et d'autres services du gouvernement sont chargés de traiter ces questions de vulnérabilité. Par exemple il y a eu des discussions interministérielles sur l'installation d'un fonds national pour la gestion des risques de catastrophe au secteur agricole, qui ont mené à une étude de faisabilité d'un fonds proposé (Fonds National de Calamité dans le cadre de la Couverture de Risques Agricoles – FNCCRA) en 2006. Les résultats de cette étude étaient discutés lors d'un atelier conduit par le Ministère du Développement Social, de la Solidarité et des Personnes Agées (MDSDA) en 2007, mais par la suite le Fonds n'a pas effectivement été installé et il n'y a pas d'indication claire de la date où une initiative complète pourrait être soumise à l'Assemblée Nationale pour pouvoir lancer le fonds.

#### **5.1.2 Programmes et Structures publiques pour l'Application de la Politique de Protection sociale**

Malgré que le document de Politique nationale de Protection sociale du Mali soit globalement complet, son application dans la forme de système de protection sociale multidimensionnel efficace a été faible jusqu'ici. En fait, l'application de 'la protection sociale' en tant que telle est au cœur de la Section 3 de la deuxième moitié du Programme de Développement Décennal de Santé (PDDS) du Mali 1998-2007 mais, du point de vue fonctionnement, il semblerait que ce concept de protection sociale a été réduit à sa simple expression de couverture de 'risques sociaux' spécifiques liés à la santé et à l'âge, un concept qui est défini dans le PRODESS II comme suit : vieillesse, mort, maladie, accidents de travail, invalidité et maternité. C'est-à-dire que son approche est limitée à 'l'Assurance sociale', visant à couvrir les populations dans les secteurs formels et non formels ainsi que ceux qui sont sans emploi ou indigents. Étant donné que ceux-ci sont les seuls éléments inclus dans le programme de protection sociale, ils sont les seuls volets dont la Direction de la Protection sociale au MSDSA est en charge. En fait, au cours des interviews au sein du Ministère, les fonctionnaires d'autres domaines de service ont semblé peu disposés à répondre aux questions afférentes à 'la stratégie de protection sociale', puisqu'elle n'est pas perçue en tant que sujet de leur ressort et de toute façon, ils en sont mal informés.

Curieusement cependant, ce n'est pas dire que les initiatives qui, selon notre cadre conceptuel de protection sociale, sont cruciales pour les fonctions préventives, protectrices, promotives et transformationnelles des réalisations d'un système de protection sociale holistique, telles que l'aide sociale, les Services sociaux et les mesures sociales d'équité, sont laissées pour compte dans les politiques de la politique de développement du Mali. En fait, elles sont tout à fait clairement articulées dans le PRODESS II en tant qu'éléments d'un plus large programme de développement social du Mali, bien qu'elles ne soient pas présentées en tant que protection sociale.

## **LE PRODESS II**

Le PRODESS II est le second programme quinquennal de santé et de développement social (2005-2009), puisé du PDDS de dix ans (1998-2007). Au cours du premier programme quinquennal, PRODESS I, les actions de santé et de développement social étaient intégrées, avec une programmation liée à la santé en position de la toute première priorité. En réponse à la médiocrité des progrès sur les indicateurs de développement social au cours du PRODESS I, une décision a été prise pour engager des actions concrètes et mieux focalisées destinées à prendre à bras le corps les défis du développement social. À cette fin, le MSDSA a été créé en 2000, rendant ses activités distinctes de celles du Ministère de la Santé, où elles ont été précédemment logées. Plus tard, pour l'exploitation du PRODESS II, deux documents différents et séparés ont été élaborés avec un premier volet du PRODESS II focalisé sur la santé et le deuxième sur le développement social, tirant les leçons des faiblesses du PRODESS I et en synergie avec le CRSP de première génération. C'est sur ce deuxième volet que le développement social actuel, la programmation de la protection sociale et les activités de protection sont basé.

Le PRODESS II se compose de cinq sections dont trois sont pertinents pour notre conceptualisation de la protection sociale bien que, en réponse à la conceptualisation de la 'protection sociale' par les décideurs maliens, 'la protection sociale' n'est abordée seulement que dans une des cinq sections. La plupart des actions sont conduites par le MSDSA et plus spécifiquement, par la Direction du Développement Social ; la Section 3 porte sur la protection sociale et mise en application principalement par la Direction de la Protection sociale et de la Solidarité économique.

### *Section 1: Renforcement de la Solidarité et and Lutte Contre l'Exclusion sociale*

Ceci vise à améliorer et à protéger certaines catégories sociales vivant dans des conditions difficiles - handicapés, personnes âgées, femmes chefs de ménage avec des ressources limitées, enfants en situation difficile et indigents – à travers des mesures de prévention, de compensation et de recasement. Le document identifie que l'exclusion sociale est le résultat d'une accumulation des inégalités physiques, sociales et économiques pour lesquelles le manque de revenu est

souvent facteur de déclenchement. Cette section du PRODESS II est donc structurée autour d'environ quatre stratégies : i) promotion de la réintégration socio-économique de l'handicapé; ii) promotion de la réintégration socio-économique des personnes âgées; iii) promotion de la réintégration socio-économique des femmes et des enfants en situation difficile; et iv) renforcement de l'action humanitaire et d'aide sociale pour les indigents et les personnes victimes de catastrophes.

Pour des fins de planification, cette section explique qu'en raison des contraintes économiques et institutionnelles, le gouvernement ne peut pas satisfaire les besoins de tous ces différents groupes vulnérables de la population. C'est ainsi qu'au nombre des groupes ciblés, nous comptons les femmes et les enfants en situation difficile, qui ont été identifiés comme priorité nationale (avec les personnes âgées), et aussi les indigents, pour faire l'objet d'interventions visant à satisfaire leurs besoins, toute chose perçue comme contribution à la solidarité nationale et à la cohésion sociale. Le document de politique a reconnu les limitations en identifiant et en quantifiant ces groupes vulnérables, étant donné l'absence d'un vrai système d'information qui pourrait fournir et dresser un tableau adéquat de la réduction de la pauvreté.

La stratégie 3 dans la Section 1 cible l'intégration des approches par sexe et d'équité dans le développement social pour aider à réduire l'exclusion. Cette dimension de la stratégie de développement social peut être perçue comme une initiative de protection sociale visant à promouvoir des mesures d'équité sociale. Le document identifie la promotion de l'éducation pour les femmes, principalement en milieu rural, comme mécanisme déterminant de réduction de l'inégalité et de capacitation des femmes à devenir des décideurs. Le PRODESS II identifie les enfants comme couche vulnérable à l'érosion du tissu social, à l'épidémie de VIH/SIDA, la violence physique et sexuelle, et principales victimes de la pauvreté ; il place un accent particulier sur l'existence de différents groupes d'enfants en situation difficile pour lesquels des mesures spéciales de protection – telles que définies dans le Code de Protection de l'Enfant - devraient être concentrées: enfants de la rue et enfants en conflit avec la loi, entre autres.

Par rapport à cette conceptualisation des enfants vulnérables, les interventions prévues dans le cadre du PRODESS II incluent la conduite de campagnes d'alphabétisation et de formation de compétences professionnelles aboutissant sur l'accès aux services de base et la fourniture de directives et assistance aux enfants vulnérables en besoin de la protection sociale. Ces activités ne semblent pas bien correspondre aux besoins de l'ensemble de l'éventail des interventions préventives et protectrices de tous les différents types de vulnérabilités des enfants telles que définies ci-dessus. La stratégie globale présentée dans le PRODESS II vise à réinsérer les enfants dans la vie communautaire et familiale de façon plus concrète – il ne s'agit donc pas nécessairement de mesures protectives pour atténuer les vulnérabilités. Une des activités concrètes proposées par le document de politique est de conduire une étude complète sur les causes de la pauvreté et de la vulnérabilité pour apporter des preuves qui pourraient éclairer l'élaboration d'un plan d'action national pour le recasement des enfants. La mise en évidence des résultats de l'étude de pauvreté chez l'enfant que l'UNICEF Mali a récemment entreprise en partenariat avec le Gouvernement, pourrait être une source d'informations utile pour élaborer et faire avancer davantage cette stratégie.

Certains des résultats attendus de cette stratégie incluent :

- les femmes chefs de famille sans ressources et/ou victimes du VIH/SIDA reçoivent des médicaments gratuits et ont accès aux soins psychosociaux ;
- les enfants en situation difficile sont réinsérés ;
- des orphelins du VIH/SIDA sont conseillés et reçoivent un appui psychosocial.

La stratégie 4 dans cette même Section est centrée sur la nécessité d'augmenter l'aide sociale aux indigents qui représentent entre 2% et 5% de la population du Mali et qui sont définis par le PRODESS II comme individus privés du minimum de ressources nécessaires pour vivre leurs vies

et donc tout indiqués pour bénéficier des prestations. Cette catégorie est principalement composée des sans-abri, mendians, jeunesse à la recherche d'emploi, personnes sans réseau social, victimes du VIH/SIDA et leurs enfants de même que les personnes victimes de catastrophes.

#### *Section 2 : Réduction de la pauvreté*

Cette Section est perçue comme complémentaire de la Section 1, mais a des stratégies spécifiques ciblées pour le renforcement des capacités institutionnelles des communautés dans un contexte d'autopromotion en sorte que le renforcement de leurs capacités de gestion puisse permettre une exécution améliorée de la dynamique et de la participation des communautés à réaliser les objectifs de développement formulés au sein de la communauté elle-même.

C'est la stratégie 4, **améliorer l'accès aux Services sociaux de base pour le plus pauvres**, dans cette Section qui dresse un tableau proche des initiatives de protection sociale dont les services sociaux font la promotion au profit des groupes marginalisés nécessitant une prise en charge spéciale ou le cas échéant, seraient en marge de l'accès aux services de base sur fond de caractéristiques sociales particulières (plutôt qu'économique), et donc, aborde (la Section) les dimensions préventives, promotives et transformatives de la protection sociale. La conceptualisation de la pauvreté du PRODESS II est en conformité avec l'approche de privations, selon laquelle la pauvreté se manifeste par le manque de possibilités dans les domaines les plus fondamentaux du développement humain y compris l'analphabétisme, la malnutrition, l'espérance de vie réduite, une santé fragile, l'habitat malsain et la participation réduite à la vie sociale et économique. De façon spécifique, la stratégie 4 vise donc à favoriser la réduction de la pauvreté au niveau local en multipliant les initiatives d'autonomisation pour améliorer les revenus et permettre ainsi aux pauvres d'accéder aux services de base, tels qu'une santé adéquate et l'éducation.

#### *Section 3 : Renforcement de la protection sociale*

L'objectif ici est de mettre en application l'élargissement progressif de la couverture contre les risques sociaux à l'ensemble de la population. Quatre stratégies sont identifiées à cette fin :

- élargissement de la portée - en termes de matériel et de personnel - du système de sécurité sociale ;
- amélioration des capacités de gestion des institutions de sécurité sociale ; élaboration de mécanismes spécifiques de protection sociale ; et
- développement de mutuelle d'assurance maladie et d'autres organisations constituées aux fins d'assurer la protection sociale sur la base de la solidarité.

#### *Section 4 : Renforcement institutionnel*

L'objectif de la Section 4 est de contribuer aux renforcements des capacités institutionnelles du MSDSA et des acteurs du développement social ainsi qu'à tous autres niveaux de la pyramide, en sorte que la portée des interventions de développement social puisse être élargie. De façon particulière, la mise en œuvre des interventions sociales au niveau communautaire est un grand défi pour le processus d'approfondissement de la décentralisation. Il n'est nul besoin de dire que le développement institutionnel est aussi un volet crucial de la mise en œuvre des stratégies de protection sociale.

#### *Section 5 : Développement des ressources humaines*

L'objectif ici est la professionnalisation des acteurs du développement social par l'amélioration quantitative et qualitative des ressources humaines dans le secteur.

De ce qui précède, il faut s'attendre que les éléments liés à la protection sociale reviennent non seulement dans la Section 3, qui se limite surtout à la sécurité sociale, mais également dans les Sections 1 et 2 en particulier pour ce qui concerne la protection des enfants vulnérables ou des

enfants en situation difficile tout court, c'est dans la Section 1 que nous trouvons la description de la stratégie du PRODESS relative à la protection de l'enfant.

## **PRODESS II : 3ème Composante: La Protection sociale**

Après nous être penchés sur les volets du programme de développement social du Mali qui peuvent être inclus conceptuellement comme élément d'analyse de la protection sociale, nous nous penchons brièvement sur la 3ème composante du PRODESS II, qui est concrètement focalisé sur 'les mécanismes de protection sociale' et qui, dans le cadre des PRODESS I et II, ont été surtout reliés à l'assurance sociale ou à la sécurité sociale.

La sécurité sociale ou système d'assurance sociale relativement fiable du Mali puise ses origines dans les traditions de sécurité sociale du pays. Il y a deux principaux mécanismes en place pour son application: l'Institut National de Prévoyance Sociale (INPS), dont bénéficient les employés du secteur formel – environ 10% de la population - et leur famille et qui fonctionne sur la base de cotisations et les programmes coordonnés par la Direction de la Protection Sociale et de la Solidarité Economique du Ministère du Développement Social, lesquels sont tournés principalement vers les travailleurs de l'informel ou les chômeurs - qui constituent ensemble la plus grande majorité de la population - et fonctionnent sur une base fiscale.

Il est important de noter que l'INPS comprend une initiative de 'Assurance Volontaire' ciblant professionnels libéraux, artisans, travailleurs indépendants et commerçants, tous à l'extérieur du système formel. Leurs cotisations mensuelles sont déterminées sur une base salariale, qu'ils versent tous les trois mois à l'INPS. Cependant ce mécanisme a été introduit récemment et selon des cadres de l'INPS ne comprend que 154 bénéficiaires à ce jour, donc il ne contribue pas de façon significative à la protection sociale.

Le tableau sommaire dégagé ci-dessous donne les contours des mécanismes de base de sécurité sociale sous tutelle du programme de protection sociale du Mali.<sup>12</sup> Le Code de Prévoyance Sociale comprend quatre régimes de cotisation, contrôlés par l'INPS :

- Allocations familiales;
- Prévention et indemnisation des accidents de travail ou des maladies professionnelles ;
- Assurance vieillesse, invalidité ou décès, y compris les pensions de retraite ;
- Protection contre la maladie.

Puisque ces régimes sont ciblés uniquement sur les travailleurs du secteur formel et privé, la Caisse des Retraites, ou Fonds de Retraite, gère le régime de pensions de la fonction publique. En dehors du Code de Prévoyance Sociale, il existe des systèmes de sécurité sociale privés, dont les initiatives d'assurance mutuelle de la santé et d'autres mécanismes à but non lucratif. Les Caisses de mutuelle de santé sont considérées comme des mécanismes qui fonctionnent le mieux en dehors du système formel, puisqu'elles sont identifiées par loi et requièrent que la Direction de la Protection Sociale soit responsable de leur supervision. En 2003, le Plan d'Action pour l'Élargissement de la Protection Sociale a été reconnu par l'Assemblée Nationale, dans le but d'élargir la couverture des mécanismes de sécurité sociale aux populations actuellement sous-bénéficiaires, y compris les fonctionnaires, militaires, travailleurs des secteurs non-formels et indigents. Ce Plan a envisagé l'élaboration de deux nouveaux mécanismes, l'AMO et le Régime d'Assistance Médicale (RAMED). Par la suite, l'élaboration de ces deux programmes a été révisée. En janvier 2009 les derniers projets de loi et de décrets d'application concernant ces mécanismes ont été rendus publics. On s'attend à leur soumission à l'approbation par l'Assemblée Nationale au cours de l'année. Selon les termes de son élaboration actuelle, les bénéficiaires de l'AMO

---

<sup>12</sup> Obtenu auprès du Ministère du Développement Social, de la Solidarité et des Personnes Âgées (2004b).

seront : les fonctionnaires en activité ou à la retraite, les employés du secteur formel, et députés (membres de l'Assemblée Nationale). A la place du FAM, la nouvelle proposition comprend le Régime d'Assistance Médicale (RAMED) qui vise à assurer l'accès gratuit aux services médicaux aux indigents (ceux dont l'absence de ressources est avérée.) Cependant ces deux mécanismes sont toujours en discussion, en attendant l'approbation par l'Assemblée Nationale et on ne s'attend à leur lancement qu'en 2010<sup>13</sup>.

Bien que les éléments inclus au RAMED fassent partie du Plan d'Action pour l'Élargissement de la sécurité sociale, certaines de ses dimensions peuvent également être considérées comme 'assistance sociale' puisqu'elles visent des personnes nécessiteuses, en assurant leur prise en charge médicale..

Encore une fois, il est important de préciser que l'application de la stratégie de protection sociale du Mali dans les programmes et actions n'aborde toujours pas de façon concrète l'importante dimension des vulnérabilités économiques.

### **5.1.3 Fourniture des Programmes de Protection sociale**

Le gouvernement malien a montré, à travers l'élaboration de programmes et de politique dans le domaine de la protection sociale, qu'il reconnaît certains des problèmes majeurs auxquels sa population vulnérable est confrontée. Cela ressort dans son programme de développement social (y compris la protection sociale), qui fait des propositions concrètes sur la façon de faire face à certaines de ces vulnérabilités par le biais des mécanismes de protection sociale (y compris la sécurité sociale, les actions sociales et l'assistance sociale), et également par le biais de mesures favorisant l'équité et l'accès aux services de base, y compris celles pour les enfants. En effet les dernières propositions de loi établissant l'AMO et le RAMED reconnaissent explicitement que la 'couverture progressive des risques sociaux de la population entière' est la préoccupation majeure de la Stratégie Nationale de la Protection Sociale et du Plan d'Action National pour l'extension de la Protection Sociale. Cependant, dans la pratique, la mise en œuvre de ces stratégies et des programmes s'est faite lentement, avec une couverture n'atteignant toujours pas toutes les populations et avec une conception effective de programme exposant les faiblesses qui non seulement gênent la systématisation, mais aussi imposent des limites au potentiel qui existe pour le suivi et l'évaluation (S&E) des actions

Les contraintes qui s'opposent à la mise en œuvre des programmes de protection sociale résultent de leur fragmentation, échouant ainsi à satisfaire les besoins des populations vulnérables ciblées. Cela est peut être imputable à plusieurs facteurs, dont le dysfonctionnement entre la politique et l'élaboration des documents de programme et leurs stratégies détaillées de mise en œuvre, qui n'est dû qu'à une planification inadéquate; à des ressources budgétaires insuffisantes; à des faiblesses de capacités institutionnelles; au manque de structures efficaces pour entreprendre leur application, surtout à la base (par exemple, pour recevoir certaines formes d'assistance sociale, les demandeurs doivent voyager de leur localité à Bamako, puisque seul le Directeur du Développement Social est habilité à prendre les décisions le concernant); ainsi qu'à la lourdeur administrative dans le processus d'élaboration des règles opérationnelles des programmes qui retarde les débuts de leur réalisation. Une autre contrainte importante réside dans le manque de mécanisme de suivi et évaluation en place pour fournir des preuves quant aux approches les plus rentables et les mieux orientées sur les résultats pour réaliser une protection sociale efficace, de telle sorte qu'il existe à présent peu de preuves irréfutables de l'impact des programmes de protection sociale déjà en place et pour savoir comment ils doivent être améliorés. En effet, une

---

<sup>13</sup> Ces deux programmes, ainsi que les mécanismes d'assurance mutuelle de la santé seront analysés plus en détail dans la section 8 de ce rapport

grande partie de l'analyse dans cette section est basée sur les informations qui ont filtré à partir des interviews et des discussions avec les principales parties prenantes impliquées dans ces programmes, plutôt que sur des preuves documentées, qui ne sont pas disponibles.

Il y a deux mécanismes qui fonctionnent bien: les programmes de prévoyance sociale sous la responsabilité de l'INPS et le programme d'extension de la protection sanitaire par les mutuelles de santé. Dans l'un comme dans l'autre il n'y a aucune évaluation complète des accomplissements pour fournir la preuve de leur progrès mais, sur la base des informations recueillies auprès de divers acteurs impliqués, les deux mécanismes semblent bien fonctionner. Dans le cas des programmes formels de sécurité sociale sous l'INPS, une partie de leur succès peut être attribuable à l'écoulement relativement constant des ressources - qui sont principalement les cotisations des employeurs et des employés - et à la bonne gestion des fonds, et aussi l'existence de plans détaillés et des structures en place pour le déroulement de leurs programmes à différents niveaux. En outre, il est d'importance primordiale qu'ils aient un ensemble de bénéficiaires clairement identifiés, ce qui facilite leur accès aux programmes. Certains des programmes pertinents de protection sociale que l'INPS gère pour ses bénéficiaires comprennent l'allocation familiale pour chaque enfant visant à appuyer la scolarité régulière, (quoique le niveau de l'allocation soit trop bas pour couvrir les frais afférents de la scolarisation) les prestations de maternité, les pensions sociales, prestations familiales et services de santé préventifs. Néanmoins, ce sont des programmes qui n'atteignent pas les plus pauvres et les plus vulnérables, étant donné que les employés dans le secteur formel au Mali - qui sont seulement 10% de la population - tendent à avoir une plus grande sécurité de l'emploi et sont exposés à peu de risques, même si leurs salaires sont bas par rapport à ceux de certains travailleurs du secteur informel.

Les programmes d'assurance maladie des mutuelles se répandent rapidement, bien que jusqu'ici ils ne couvrent que 1,7% de la population (au total, environ 2% de la population sont couverts par une forme de système d'assurance mutuelle, mais ce ne sont pas tous qui offrent une couverture contre les risques de santé). Bien qu'ils soient sous la tutelle de la Direction de la Protection Sociale, ils sont gérés par des ONG, organisations locales ou comités de gestion d'association de santé communautaire, qui contribuent à leur exécution généralement positive. La plupart de ces programmes sont tournés vers un groupe de personnes très bien défini (par exemple, certaines des Caisses de mutuelle de santé sont constituées d'associations commerciales particulières) ou tournés vers un point géographique (où elles sont gérées par un comité de gestion d'association de santé communautaire), mais puisqu'ils exigent le paiement de frais d'adhésion et, dans beaucoup de cas, font des co-paiements pour faire face à des dépenses spécifiques, ils excluent les plus pauvres qui ne peuvent pas se permettre ces paiements.

Given that INPS and the mutual health system have been performing well, the development of AMO poses some questions about the way the system will work in the future, given that INPS will become part of AMO's structure and in charge of collecting contributions and making payments for employees, while the health service provision will be absorbed by the public health system. In the case of mutual health, although those out of the formal sector will continue to have mutuals as an alternative to health risk protection, for formal sector workers under AMO, mutuals will only be used to cover their co-payment (between 20% to 30% of health services costs), reducing the scope for action of the mutual health system.

Etant donné que l'INPS et le système d'assurance mutuelle de santé donnent de bonnes performances, le développement de l'AMO pose des questions quant au déroulement du système à l'avenir, puisque l'INPS sera impliqué dans la structure de l'AMO, chargé de la collecte des cotisations et des déboursements pour les employés, tandis que les prestations de services sanitaires seront absorbées par le système de santé publique. Dans le cas de l'assurance maladie des mutuelles, quoique la population non comprise au secteur formel continuera de bénéficier de la mutualité comme alternatif à la protection contre les risques sanitaires, pour les employés du secteur formel, couverts par l'AMO, les mutuels ne serviront qu'à **couvrir leur co-financement** (de

20 à 30% des coûts de prestations sanitaires), ainsi réduisant l'étendue de l'action du système d'assurance mutuelle de la santé.

D'une part, l'AMO et le RAMED, pour lesquels des projets de loi et de décrets ont été rendu publics dernièrement, et qui attendent l'approbation de l'Assemblée Nationale, présentent plusieurs aspects intéressants<sup>14</sup> L'AMO cherche à étendre la couverture de l'assurance maladie en ciblant les travailleurs salariés<sup>15</sup>, les fonctionnaires, les députés, leurs veuves et ayant droits et les retraités (la proposition initiale pour l'AMO comprenait les militaires mais ceux-ci ne font plus partie de la conception la plus récente du programme). D'autre part, le RAMED est un mécanisme non sujet à des cotisations ciblant les 5% de la population considérés comme 'indigents',<sup>16</sup> et qui est un sous-ensemble des pauvres ou des très pauvres. Dans les deux cas, l'assurance est élargie aux bénéficiaires et à leurs familles, et dans le cas des indigents - qui selon la classification du gouvernement peuvent inclure les orphelins ou enfants abandonnés - les enfants peuvent être des bénéficiaires directs du RAMED. Bien que ces mécanismes soient en fait un pas dans la bonne direction en termes d'élargissement de l'assurance, et répondent à l'objectif de la stratégie de protection sociale d'assurer la protection sanitaire aux indigents, ils excluent toujours une couche de pauvres qui ne rentre pas dans la catégorie des 'indigents', puisqu'ils ont une certaine forme de revenu mais peuvent ne pas avoir assez de ressources pour payer les frais d'adhésion aux programmes d'assurance santé des mutuelles. Ces personnes sont vulnérables à la déchéance économique, étant donné qu'un choc de santé subi par un membre de leur ménage aurait des implications économiques importantes pour la famille.

Le lancement de ces deux programmes est prévu pour 2010 et ils sont toujours à l'attente de l'approbation de l'Assemblée Nationale. Dans le cas du RAMED, 65% du financement par bénéficiaire proviendront du gouvernement central et 35% des collectivités décentralisées et le programme sera géré par l'Agence Nationale d'Assistance Médicale (ANAM) qui fonctionnera aux niveaux aussi bien nationaux que locaux. L'on s'attend à ce que les ressources de l'AMO soient couvertes par les cotisations (des employés et des employeurs) et des co financements. Bien qu'il n'y ait pas beaucoup à redire à ce stade à propos de leur mise en œuvre, certains aspects importants qu'il va falloir surmonter incluent: dans le cas du RAMED, les mécanismes institutionnels actuels pour identifier 'les indigents' lesquels doivent d'abord introduire une demande formelle pour être classés comme tels (apparemment peu faisable dans le cas des plus marginalisés) et confirmés par le Maire après une enquête sociale effectuée par les services sociaux locaux (un assistant social) qui peut leur remettre un certificat d'indigence.<sup>17</sup> Ce mécanisme a besoin d'être renforcé et plus transparent pour faire face à l'augmentation de la demande. Il est d'importance primordiale d'assurer que ceux qui reçoivent la couverture d'assurance répondent en fait aux critères, aussi bien que de fournir une stratégie avancée aux plus marginalisés qui ont moins de chance de pouvoir savoir comment bénéficier de ce programme Pour ce qui concerne l'AMO, il est projeté qu'une Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) soit chargée de la gestion du programme, avec l'appui de deux gestionnaires délégués: l'INPS en ce qui concerne les employés du secteur privé et la CRM (Caisse des Retraites du Mali – s'appliquant aux fonctionnaires) en ce qui concerne les fonctionnaires. Ils seront chargés de collecter les cotisations et d'assurer les paiements. Vu l'installation de ces nouvelles structures qui auront des implications significatives de coût et de mise en œuvre, Il serait cependant pertinent d'assurer que ces programmes soient dotés d'un plan de suivi évaluation détaillé pouvant permettre une évaluation de leur impact dans quelques années, et de

---

<sup>14</sup> Details provided in Section 8 of this report.

<sup>15</sup> Quoique l'INPS offre des mécanismes de protection sociale liés à la santé, il n'offre pas une assurance sanitaire complète.

<sup>16</sup> Les 'indigents' couverts par le RAMED comprennent ceux qui sont sans sources de revenu, ainsi que leurs enfants et épouses, les sans abri, ceux qui vivent dans des orphelinats ou structures publiques pour l'enfance nécessiteuse, et des prisonniers.

<sup>17</sup> Ceux qui détiennent le certificat d'indigence ont droit à la gratuité de consultations médicales, ainsi qu'à quelques transferts de nourriture à partir des Services Sociaux locaux

voir s'ils sont en fait les mécanismes les plus appropriés et aptes à répandre la couverture de protection sociale à leur population cible

En ce qui concerne les volets aide sociale et action sociale du programme de protection sociale, qui sont contrôlés par la Direction Nationale du Développement Social (DNDS), il y a eu du progrès dans l'accomplissement des activités et en termes de nombre de bénéficiaires atteints mais, étant donné qu'aucune évaluation n'a été faite uniformément, il est difficile de suivre le chemin parcouru. Les résultats d'évaluation de 2007 montrent que malgré d'importantes interventions partout dans le pays, le nombre de bénéficiaires est assez bas, surtout s'agissant des programmes ciblant les enfants. Cela peut être attribué à une pénurie de ressources pour soutenir le secteur, et à une mauvaise conception et exécution du programme, ce qui ne facilite pas une mise en échelle. Le tableau 7 ci-dessous illustre l'ampleur des interventions dans l'assistance sociale et action sociale coordonnées par la DNDS en 2007.

**Tableau 7 : Les interventions d'assistance sociale et d'action sociale coordonnées par le DNDS, 2007**

		2007		2007
Indicators	Nombre d'enfants handicapés inscrits à l'école	500	Nombre d'activités génératrices de revenus financés	68
	Nombre de femmes chefs de ménage bénéficiant d'appui.	50	Nombre de personnes handicapées ayant accès au micro finances	40
	Nombre d'enfants en situation difficile bénéficiant d'assistance	3	Nombre d'associations communautaires soutenues	20
	Appui fourni aux enfants infectés par le VIH/SIDA	50		
	Nombre d'indigents à qui il a été fourni un appui gratuit de soins de santé	1 500		

Source: DNDS (2008).

Au cours des interviews avec les fonctionnaires de la DNDS, l'un des aspects évoqués a été que l'assistance sociale et l'action sociale sont perçues comme distinctes et séparées de la protection sociale. Les interventions de développement social, y compris l'assistance sociale et l'action sociale, ont leurs propres programmes de développement régionaux régissant leur déroulement au niveau local et qui sont coordonnés par des comités régionaux avec l'appui du niveau national. La dimension de l'appui fourni à ce secteur ne dépend pas des exigences de programme mais de la disponibilité du plafond budgétaire du Ministère. Ainsi, le nombre de bénéficiaires et de tout le montant de l'appui fourni n'est pas prédéterminé par un mécanisme d'optimisation systématique. L'Aide Sociale est fournie aux indigents selon les demandes qu'ils introduisent, et qui sont évaluées par une étude sociale effectuée par des assistants sociaux de la localité. La taille et le but du soutien fourni est déterminé sur une base individuelle. En plus, certains individus ayant des besoins particuliers – tels que ceux ayant besoin d'une prise en charge médicale coûteuse pour laquelle ils n'ont pas les moyens – peuvent se présenter directement au Directeur National du Développement Social pour lui adresser une requête de soutien, et chacun reçoit une réponse en fonction des résultats de l'enquête sociale et de la disponibilité des ressources financières. L'évaluation sociale de la personne. Quoique ceci démontre la volonté de la part du gouvernement de s'adresser aux besoins individuels, il ne permet pas la systématisation de l'assistance sociale. Le système actuel offre un appui à ceux qui connaissent le système et comment trouver l'accès à l'appui plutôt qu'à tous ceux qui sont vulnérables et qui sont dans le besoin, mais qui sont incapables de rechercher activement l'assistance sociale. Dans ce sens, un mécanisme de ciblage plus transparent ayant des critères clairs et une campagne publicitaire pour étendre le service à tous ceux qui ont un besoin d'appui pourrait aider à atteindre une plus large partie des personnes vulnérables au Mali.

Le Ministère du Développement Social organise chaque année en octobre le 'Mois de la Solidarité et de la Lutte contre l'Exclusion', au cours duquel beaucoup d'appuis spécifiques sont faits aux populations nécessiteuses. À titre d'exemple, des trousseaux scolaires sont offerts aux enfants

indigents au niveau local. Ceci représente un soutien utile pour les familles qui autrement ne peuvent pas acheter des fournitures scolaires pour leurs enfants. Ces dons pourraient avoir un impact positif sur la fréquentation et la rétention scolaire (qui n'a pas été encore évalué), mais encore une fois, il n'y a aucun mécanisme standard en place pour identifier les enfants qui devraient bénéficier de ces prestations, ce qui motive des préoccupations quant à savoir si les familles les plus indigentes sont celles qui bénéficient effectivement de l'appui. De même, pendant le mois d'octobre, d'autres dons de trousseaux sont faits pour soutenir les femmes souffrant de fistules obstétricales, et les malades du cancer, etc. Les mêmes activités sont menées dans chaque région du Mali.

Ces mécanismes d'appui sont les principaux mécanismes d'assistance sociale en place, qui ne collent pas de très près aux programmes présentés par le PRODESS II. Le nombre de bénéficiaires atteints par les programmes n'a pas été calculé et n'est pas prédéterminé, car il dépend en grande partie du budget disponible et de la taille de l'appui individuel accordé. En principe, ces avantages ciblent les plus pauvres parmi les pauvres, mais les mauvais critères de sélection, la mauvaise systématisation du processus et l'ampleur des contributions personnelles dans les décisions sur les bénéficiaires et les avantages, soulèvent des interrogations pertinentes quant à l'efficacité, l'efficience et la transparence des programmes d'assistance sociale.

## **5.2 Contraintes et Opportunités politiques et institutionnelles**

La fourniture de programmes de protection sociale au Mali devrait être vue dans le cadre du calendrier du développement social du pays et l'engagement pour la réduction de la pauvreté tel que décrit par le CSCR. Un des trois piliers du CSCR consiste à renforcer le secteur social et prend en compte la réduction des risques et la protection sociale ciblées par des actions de promotion d'une plus grande solidarité en faveur des groupes les plus pauvres et les plus marginalisés de la population. Cette protection et d'autres actions doivent viser par ailleurs une meilleure couverture sociale de l'ensemble de la population. L'inclusion de telles dimensions dans le CSCR est susceptible d'avoir comme conséquence une certaine attention programmatique à ces domaines d'intérêt. Néanmoins, ce qui est clair est que l'engagement essentiel du CSCR sur la période 2007-2011 est centré sur ses deux autres piliers: le développement 'des infrastructures dans le secteur productif' et 'la consolidation des réformes structurelles', puisque le programme est conduit vers une stimulation de la croissance économique, tout en essayant d'assurer qu'il reste pro pauvres. En effet, l'insuffisante exécution de la réduction de la pauvreté au cours du premier CSLP a été mise autant sur le compte de la faiblesse du développement du secteur que sur la stimulation insuffisante des secteurs productifs, la faible promotion de l'emploi et de la croissance (quoique cette dernière soit demeurée stable) (République du Mali 2006).

Ceci pourrait être une cause de souci pour l'investissement dans les secteurs sociaux, qui pourraient être négligés en raison d'un autre calendrier prioritaire. Les mécanismes de protection sociale en particulier, ayant été sous-financés et sous-développés, requièrent un flux soutenable de ressources au moyen terme afin d'assurer que les programmes puissent servir des objectifs préventifs, protecteurs, mais également « promotifs et transformatifs » : ainsi, au delà de la réduction des risques, la protection sociale concerne le développement de solides capacités humaines et économiques. Réaliser un système de protection sociale solide exige des institutions fortes qui peuvent faire des prestations de programmes clairs et plus transparents, soucieux d'atteindre des résultats durables de développement social pour les populations bénéficiaires.

S'agissant de la capacité politique et institutionnelle actuelles de faire des réalisations sur la base d'une stratégie de protection sociale au Mali, le PRODESS II a inclus une sorte de 'désaveu', en expliquant dès le départ qu'en dépit de tous les éléments inclus dans son plan d'étude qui a abouti à un solide cadre de développement social, capable de contribuer significativement à la réduction de la pauvreté et à la réduction des vulnérabilités, le MDSSPA ne dispose pas des instruments nécessaires pour faire des réalisations sur cette base, étant donné qu'à travers la pyramide il y a:

i) une pénurie d'infrastructures, d'équipements et de soutien logistique; ii) des ressources humaines insuffisantes, en termes de quantité et de qualité; et iii) des compétences inadéquates pour utiliser effectivement les instruments de gestion de programme. En outre, le document explique que l'exécution de la stratégie requière une coordination étroite avec différents Ministères et services publics, ce qui pourrait faire défaut (Ministère du Développement Social, de la Solidarité et des Personnes Agées 2004a).

Ceci signifie que, en dépit de la mise en place de cadres de politique solides, un engagement politique fort est à exiger pour assurer des investissements efficaces dans le secteur, non seulement pour financer les avantages accordés aux bénéficiaires par différents mécanismes de protection sociale, mais pour renforcer également les institutions responsables de leur planification et réalisation pour assurer que ces cadres soient mis en œuvre. Une expansion d'interventions de protection sociale devra nécessairement être accompagnée d'une stratégie claire de renforcement de processus de planification, et l'introduction de cadres de suivi évaluation aux différents niveaux pour promouvoir la redevabilité du système et le développement de capacités, pour que les acteurs de la protection sociale soient plus capables de traduire les documents de politique compréhensive en systèmes effectifs de protection sociale. Ces cadres de suivi évaluation auraient entre autres choses des programmes clairs comprenant des objectifs, indicateurs, des instructions de ciblage, un chronogramme d'agencement des interventions et le nombre de bénéficiaires. Actuellement ce type de planification est quasiment absent des programmes de protection sociale (sauf pour les mécanismes de l'INPS et des mutuels d'assurance maladie); ceci est une barrière importante à leur développement et à leur systématisation.

Il y a une forte poussée régionale pour renforcer les mécanismes de protection sociale en AOC, tout comme dans d'autres régions du monde. Cet élan peut être mis à profit pour favoriser un vrai alignement politique et institutionnel derrière la protection sociale au Mali. La Politique Nationale de Protection Sociale existante est une plate-forme puissante à partir de laquelle il est possible d'élaborer une stratégie saine qui s'inspire de certains des volets existants du programme de protection sociale (PRODESS) et inclut des mécanismes alternatifs additionnels pouvant atteindre plus effectivement les objectifs de protection sociale. De manière primordiale dans le cas du Mali, où les ressources budgétaires sont limitées en même temps qu'il y a un retard significatif dans le développement du secteur social, la promotion de mécanismes de protection sociale doit être évaluée sur une base de coûts et de rendements, pour assurer que les fonds publics sont utilisés pour les meilleurs résultats afin de réaliser la réduction de la pauvreté, l'accès aux Services sociaux et la réduction des vulnérabilités.

### **5.3 Mécanismes alternatifs de Protection sociale**

La politique nationale de protection sociale du Mali se réfère à l'importance de compléter des interventions de protection sociale faites par les acteurs publics par le couplage de ces interventions à celles des acteurs privés tels que les organisations à but non lucratif, par exemple les mutuelles de santé, les caisses, les coopératives, les confessions religieuses et autres groupes, aussi bien que les sociétés privées d'assurance, afin d'accomplir ses différentes dimensions et atteindre l'objectif d'élargir les services de protection sociale au plus grand nombre et plus rapidement. Dans cette section, nous nous pencherons brièvement sur trois des mécanismes les plus saillants de protection sociale ayant été mis en application, afin de nous rendre compte de quelles manières ils complètent les efforts de gouvernement dans le secteur de la protection sociale. Cette section explorera également la pertinence des transferts formels et informels traditionnels en tant que mécanismes de protection sociale au sein des communautés et des ménages maliens.

#### **5.3.1 Interventions des ONG/Secteur privé**

Les ONG sont des acteurs de protection sociale assez puissants au Mali. Elles exécutent toute une série de programmes innovateurs qui incorporent généralement la participation des communautés comme moyen d'assurer l'appropriation et la pérennité des programmes. Certaines leçons intéressantes peuvent être tirées de tels programmes dans le secteur public, pour amener le gouvernement à travailler en partenariat au niveau local, là où les institutions de prestation de services sont faibles. Plus loin, nous examinerons certains des exemples des programmes les plus frappants<sup>18</sup> de protection sociale des ONG

### **Programmes d'Alimentation scolaire et le PAM**

Les programmes d'alimentation scolaires ont été favorisés au Mali principalement par le PAM, parfois en partenariat avec d'autres ONG telles que le CRS. L'expérience internationale suggère que les programmes d'alimentation dans les écoles puissent avoir des résultats positifs, en particulier pour favoriser l'assistance à l'inscription scolaire et augmenter le taux de fréquentation et dans certains cas pour améliorer la situation nutritionnelle des enfants - bien que ceci dépende grandement de la conception, de l'exécution et de la réaction des parents aux programmes.<sup>19</sup> Dans le cas du Mali, d'importants résultats du PAM ont été obtenus à travers la mise en œuvre des activités d'alimentation scolaire, au nombre desquelles nous pouvons citer les 14% d'augmentation du nombre d'enfants fréquentant l'école et qui ont bénéficié de l'assistance du PAM suite à une combinaison d'efforts du PAM et des communautés (PAM 2007). Le PAM travaille au Mali à travers les communautés, favorise l'implication des femmes du milieu en leur confiant la charge de préparer les repas et de les donner aux enfants, en même temps qu'il continue à se focaliser sur les zones d'insécurité alimentaire ou sur celles où un fort taux de malnutrition est constaté. Dans certaines régions, le PAM fournit des stocks alimentaires et d'autres ONG se chargent de leur gestion et distribution. Afin de parvenir à mettre en échelle (mesurer) les activités, le PAM a commencé à travailler en partenariat avec le Gouvernement à travers le ministère en charge de l'éducation de base pour développer une politique nationale d'alimentation dans les écoles; en février 2007, il a organisé un forum national pour discuter des différentes possibilités d'élargir ses programmes d'alimentation scolaire à d'autres entités, y compris les associations et sources de financement, notamment. Le Gouvernement a dit en son temps qu'il s'engageait à commencer le pilotage de ces programmes d'alimentation scolaire dans les endroits qui connaissent un taux élevé de malnutrition, dans le vœu de perfectionner l'approche du PAM.

### **Les Sociétés 'L'Épargne pour le Changement'**

Un autre type de mécanisme de protection sociale de plus en plus populaire s'est développé en raison de sa facilité relative d'exécution et de son impact potentiellement grand dans la réduction des risques : il s'agit de groupements d'épargne dans les communautés. Ces associations ont été initialement lancées par un pool d'ONG, telles que CRS, CARE, Plan International, Oxfam America, Strømme Foundation et les partenaires des ONG locales, qui ont fourni l'assistance technique, la formation et tout l'appui nécessaire pendant la période de démarrage, qui a parfois été accompagnée de campagnes de sensibilisation sur la santé et l'éducation des femmes et de leurs enfants. L'idée est que les groupes des femmes soient formés pour leur permettre de gérer le système et de sorte que l'épargne qu'elles produisent soit utilisée la plupart du temps par elles pour leur bien-être, l'amélioration de leur santé ainsi que celle de leur famille. Ces coopératives servent donc ainsi de forme de mécanisme de protection sociale. Les cibles sont principalement les femmes vivant avec moins qu'un dollar par jour dans les régions de Kayes, Koulikoro, Sikasso et Ségou.

### **Programme de Microfinance**

Un nombre de plus en plus important d'organisations au Mali travaillant à la base pour soutenir les activités génératrices de revenus, qui sont réglementées en grande partie par le Ministère des

---

<sup>18</sup> D'autres exemples de programmes sont cités dans l'Annexe 2.

<sup>19</sup> Voir, <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTSOCIALPROTECTION/EXTSAFETYNETSANDTRANSFERS/0,,contentMDK:20775097~isCURL:Y~menuPK:1551727~pagePK:148956~piPK:216618~theSitePK:282761,00.html>.

Finances. Bon nombre d'entre elles sont concentrées sur les femmes, dans le but d'avoir un impact sur les conditions du bien-être des enfants. Ces initiatives conduites par les ONG (à but non lucratif) incluent le Consortium 'Freedom For Hunger' qui fait la promotion du programme des groupements féminins 'Epargne pour le Changement' qui a pour objectif l'amélioration des opportunités génératrices de revenus, l'éducation et le renforcement des capacités, la promotion des meilleures pratiques en matière d'éducation et de soins de santé pour leurs enfants. Un autre cas est celui de Kafo Jiginew, l'un des réseaux de petites associations communautaires qui existe dans tout le pays et qui est sur le terrain depuis 1986 mettant à disposition l'épargne et des mécanismes de prêts accessibles et volontaires pour les communautés. Sur l'ensemble de leurs bénéficiaires de crédit, 27% sont des femmes.

### 5.3.2 Mécanismes traditionnels de protection sociale

Un des mécanismes les plus répandus pour la protection sociale informelle au Mali est le transfert des ressources entre ménages. Selon Simonsson (2005, cité dans l'Observatoire du Développement humain durable et de la Lutte Contre la Pauvreté, 2008), l'évidence internationale a montré que la diversification des revenus entre les ménages est cruciale pour réduire les insécurités et se protéger contre des chocs. C'est dans la foulée de cette logique qu'il a été mis en place des mécanismes d'assurance informels fonctionnant à travers des échanges de 'dons' entre les ménages sous forme de nourriture, de biens en nature ou en espèce, toutes choses aidant à atténuer les risques sanitaires de sécurité alimentaire. Ainsi, les réseaux sociaux sont les mécanismes vitaux de protection sociale. De récentes recherches commanditées par l'UNICEF Mali (Observatoire du Développement Humain durable et de Lutte Contre la Pauvreté 2008) ont mis à jour que les transferts d'espèces entre les ménages contribuent de manière significative à la réduction des risques et de la pauvreté. Ces transferts entrent pour beaucoup dans la part de revenus surtout relativement aux ménages les plus pauvres et contribuent ainsi dans l'amélioration de la consommation des ménages. Le tableau 8 illustre que les transferts privés jouent rôle prépondérant dans le revenu domestique, en particulier s'agissant des ménages qui sont sous direction d'une femme et qui représentent 25,89% du total, ce qui est important dans le cadre de la réduction de la vulnérabilité des ménages sous direction de femme.

**Tableau 8 : Sources de revenu par sexe du chef de ménage, %**

Source de revenu	Sexe de chef de ménage		
	Masculin	Féminin	Total
Vente des produits agricoles	44,94	17,85	43,39
Salariés et revenus tirés des activités non-agricoles	34,35	45,01	34,96
Transferts publics	1,28	8,75	1,7
Transferts privés reçus	15,92	25,89	16,49
Autres sources de revenu	1,94	2,03	1,95
Transferts vers d'autres ménages	1,57	0,47	1,51

Source: Observatoire du Développement Humain Durable et de la Lutte Contre la Pauvreté (2008).

Similairement, une analyse des transferts reçus par les ménages pauvres et non pauvres a montré que ces derniers reçoivent la plus grande part des transferts privés par rapport aux non pauvres; le contraire est vrai avec les transferts privés. Cela suggérerait qu'actuellement, les transferts informels fournissent une plus grande maille de sécurité pour les ménages pauvres et vulnérables par rapport à ceux provenant du Gouvernement. Voir Tableau 9.

**Tableau 9 : Sources de revenu par le seuil de pauvreté, %**

Source de revenu	Non-pauvre	Pauvre	Total
Vente des produits agricoles	30,38	58,42	43,39

Salariés et revenus tirés des activités non-agricoles	47,36	20,65	34,96
Transferts publics	2,58	0,68	1,7
Transferts privés reçus	15,42	17,73	16,49
Autres sources de revenu	2,52	1,29	1,95
Transferts vers d'autres ménages	1,75	1,23	1,51

Source: Observatoire du Développement Humain Durable et de la Lutte Contre la Pauvreté (2008).

Les résultats analysant les transferts entre les ménages mieux à l'aise et les plus pauvres, montrent l'important impact que les transferts privés jouent sur la pauvreté monétaire de pauvres ménages, dans certains cas les relèvent au-dessus des seuils de pauvreté ou les rendent moins pauvres'. Comme constaté dans la section 4 de ce rapport, la pauvreté monétaire est intimement liée à la pauvreté et à la vulnérabilité, de sorte que les transferts privés soient une mesure de protection sociale qui réduise la vulnérabilité des ménages. Cette évidence suggère qu'il y a des gains positifs à rendre ces transferts plus durables et prévisibles, ce qui sera réalisé en augmentant le niveau des transferts publics.

Les envois d'argent sont également un mécanisme important de protection sociale au Mali, avec des envois officiels enregistrés atteignant 3,1% du PIB en 2006 (total du flux, y compris les envois non-officiellement enregistrés et qui sont vraisemblablement plus élevés en nombre).<sup>20</sup> Plusieurs de ces ressources vont dans le renforcement des revenus domestiques ou dans des activités de développement communautaire, telles que les bâtiments d'écoles ou centres médico-sociaux (Martin et Weil 2002), aidant ainsi à atténuer la vulnérabilité des familles restées au Mali.

### 5.3.3 Activités complémentaires

Le gouvernement du Mali s'est investi à améliorer l'accès et la qualité des Services sociaux de base, dont il en a l'un des piliers du PRSP. Le défi est grand, car le pays est en retard sur un certain nombre d'indicateurs de développement humain et social, mais des progrès ont été faits. Bien que l'insuffisance des ressources budgétaires (le flux réel et parfois leur abus) limite la gamme des programmes qui peuvent être mis en application, les principaux Ministères en charge du secteur social font la promotion d'une série de nouveaux programmes visant à améliorer les résultats sociaux, en particulier ceux relatifs aux enfants. Des exemples de ces activités complémentaires incluent l'augmentation des services de santé qui sont livrés gratuitement, tels qu'aussi les livraisons gratuites concernant les césariennes, et le fait que le Ministère de la Santé explore des coûts et avantages pour élargir la gratuité des soins de base à tous les enfants au-dessous de cinq, à titre d'initiative pour garantir l'éducation primaire gratuite (ce qui reste toujours à mettre en application mais déjà approuvée par le Parlement).

## 5.4 Remarques finales

La politique nationale de protection sociale du Mali est un document complet avec une conceptualisation multidimensionnelle de la protection sociale, y compris l'attention accordée à une série de risques sociaux, économiques, sanitaires et environnementaux qui rendent des gens vulnérables. Cependant, l'articulation de la stratégie de la protection sociale sous le PRODESS II est particulièrement limitée aux risques et aux interventions relatifs à la santé; d'autres domaines de la stratégie qui se rapportent aux risques sociaux et économiques des populations extrêmement pauvres, sont classés sous le PRODESS comme volets du 'développement social' de façon plus large, et incluent 'l'action sociale et l'assistance sociale'. Les programmes centrés sur la protection des enfants ne sont pas de façon spécifique placés au centre du PRODESS, et seuls les enfants 'vulnérables' (définis surtout comme ceux vivant sans attention parentale ou dans des ménages où le chef de ménage est une personne handicapée ou invalide) sont très largement qualifiés pour certaines formes d'aide sociale. La stratégie de la protection sociale du Mali tirerait

<sup>20</sup> <http://siteresources.worldbank.org/INTRPROSPECTS/Resources/334934-1181678518183/Mali.pdf>

avantage à accorder une plus grande priorité de politique, aussi bien que la prise en charge à travers une programmation efficace transformante, intégrant les dimensions de promotion, protection et prévention du développement humain, ce qui en ferait un instrument puissant pour la réduction des risques et la réduction de la pauvreté. Certains programmes importants relatifs à la santé et à la protection sociale soumis à l'approbation du Parlement en 2009 et dont le lancement est projeté pour 2010 pourraient rehausser significativement le profil de la protection sociale et contribuer à réduire toute une série des vulnérabilités (sanitaire et économique) des ménages pauvres. Cependant, une plus large approche de la protection sociale qui favorise le développement humain à travers, par exemple, la fourniture d'incitations pour que les enfants aillent à l'école ou pour que les ménages développent des comportements tendant à chercher des soins de santé-, ou des interventions soutenant la diversification de sources de revenus, pourraient compléter des programmes relatifs à la santé et à la protection sociale pour réduire plus effectivement les vulnérabilités. Par ailleurs, une approche plus systématisée des interventions d'aide sociale et d'action sociale, conduite d'une certaine manière pour fournir l'appui préventif et protecteur au vulnérable, est cruciale pour développer une stratégie plus forte et plus structurée de la protection sociale.

## 6. Analyse de l'espace fiscal pour les programmes de protection sociale

Les systèmes de protection sociale ont historiquement été faibles et sous-alimentés en termes de ressources dans la majeure partie des pays d'Afrique au sud du Sahara, avec des dépenses s'élevant approximativement à 0,1% du PIB, de manière significative au-dessous des dépenses du secteur dans d'autres régions du monde, telles que le Moyen-Orient et l'Afrique du Nord, où la moyenne est d'environ 5,7 % du PIB (Coudouel et al. 2002). Cette Section passe en revue la situation actuelle du Mali pour ce qui concerne l'espace fiscal aux fins d'identifier la place du financement additionnel des systèmes de protection sociale et des différents programmes, et évalue du même coup la possibilité d'augmenter les dépenses dans la protection sociale, dans certains, sinon dans tous les pays de la région de façon durable. Nous prenons comme point de départ la définition de Heller (2005) de l'espace fiscal : "L'espace fiscal est 'la place dans un budget de gouvernement qui lui permet de fournir des ressources pour des objectifs souhaités sans compromettre la durabilité de sa situation financière ou la stabilité de son économie'. Nous fournissons donc une vue d'ensemble générale de la situation macro-économique et fiscale du pays, ainsi que le progrès général accompli dans la gestion des ressources publiques, avant de nous concentrer plus spécifiquement sur les défis fiscaux qui s'opposent aux investissements dans les services sociaux et l'espace fiscal potentiel pour la protection sociale.

### 6.1 Vue d'ensemble de la Situation macro-économique et fiscale

Au cours de la période 2002-2006 sous le premier CSRP du Mali, la stabilité macro-économique et la durabilité fiscale ont été sensiblement renforcées. Cela fut en grande partie le résultat des politiques fiscales prudentes et des développements externes positifs (FMI 2007). En dépit d'une montée provisoire des prix pour cause de sécheresse en 2005, l'inflation est demeurée basse au cours de cette période dans une moyenne annuelle de 1,7%, alors que la balance de paiement déficitaire tombait à 4,7 % du PIB en 2006 dans une moyenne de 6,1% pour 2002-2006. La durabilité de la dette publique extérieure a été renforcée considérablement par une politique fiscale prudente - caractérisée par un équilibre fiscal positif de base en moyenne et par le PPTE et le MDRI, qui ont conduit en combinaison à une réduction de dette extérieure de 49% du PIB en 2002 à 20% en 2006. La composition des dépenses s'est améliorée sous le premier CSRP, avec une part de l'investissement dans le total des dépenses s'élevant en passant de 38% en 2002 à 43% en 2006 et les dépenses<sup>21</sup> de réduction de la pauvreté ont atteint 60% des dépenses totales en 2006. En dépit des besoins inattendus en dépenses, les objectifs du cadre à moyen terme des 2002-2006 (CDMT), ont été atteints en termes de répartition de ressources entre les secteurs prioritaires (FMI 2007).

En dépit de l'exécution macro-économique positive, la croissance du Mali a ralenti en raison des bouleversements intervenus au niveau de la production (résultant principalement de la sécheresse), de ses deux principaux produits d'exportations: le coton et l'or, ainsi que d'autres produits agricoles tels que les céréales que les paysans maliens utilisent dans le cadre du petit commerce et qui sont par ailleurs proposés à la consommation. La croissance économique du Mali a ralenti à un taux de 3% en 2007. L'inflation a été maîtrisée à environ 2% mais a augmenté de 6% en février 2008, principalement en raison des prix plus élevés des céréales. L'équilibre fiscal de base est passé d'un excédent de 0,3% du PIB en 2006 vers un déficit de 1,1% en 2007 ; les termes de l'échange se sont améliorés légèrement parce que les prix à l'exportation plus élevés de

<sup>21</sup> Sur la base d'une analyse du CSRP I et s'inspirant de la classification fonctionnelle existante du budget, les autorités maliennes ont désigné des lignes budgétaires fonctionnelles spécifiques comme 'dépenses de réduction de la pauvreté'. Cette méthodologie a permis de faire un suivi régulier des dépenses visant directement à réduire la pauvreté. Cependant, il faut souligner que toutes les dépenses dans le cadre des objectifs et programmes du CSRP sont considérées comme des 'dépenses de réduction de la pauvreté'; elles ne sont pas forcément reliées au dépenses du secteur social. Cela est particulièrement pertinent dans le cas du second CSRP, dans lequel l'accent a été mis sur les dépenses de renforcement de la croissance, qui pourraient ou ne pourraient pas être pro-pauvres.

l'or a plus que compensé la montée subite des prix à l'importation comme celui du pétrole. En dépit de son record de gestion financière saine, le Mali doit relever des défis importants, parmi lesquels l'amélioration des indicateurs sociaux constamment faibles qui ralentissent la croissance économique et les pressions sur le budget (FMI 2008b). En fait, les autorités ont identifié que le défis d'atteindre les ODM seraient au mieux si la croissance économique montait sensiblement ; le point focal du deuxième CSRP a donc été placé sur la promotion de la croissance (ibid)

Des taux réduits de croissance économique, qui sont anticipés à la baisse par rapport aux projections antérieures de 7%, planifiés pour la période 2007-2011 sous le CSCRP auront des répercussions sur le niveau des revenus fiscaux collectés par le Gouvernement et, avec la pression des dépenses, il y aura un déficit fiscal plus que prévu en 2008, toute chose qui va limiter l'espace fiscal du Gouvernement. L'évaluation récente de la situation économique du Mali par le FMI, prouve que les taux de croissance économique récents ne sont pas suffisants pour réduire la pauvreté de manière significative au niveau de la population à des taux prévus par le CSCRP, en particulier s'agissant de la grande proportion de la population qui vit en milieu rural.

**Tableau 10: Indicateurs économiques et financiers Sélectionnés**

	2004	2005	2006	2007 (est.)	2008 (prog.)	2009	2010 (proj.)	2011
PIB nominal (FCFA billions)	2,611	2,828	3,132	3,289	3,538	3,818	n/a	n/a
<i>Percent change annuel</i>								
<b>Prix et revenu nationaux</b>								
PIB réel	2.1	6.1	5.3	2.8	5.4	5.1	4.1	5.9
Déflateur du PIB	-0.7	2.1	5.1	2.1	2.0	2.6	4.5	0.1
Inflation du prix au consommateur (moyenne)	-3.1	6.4	1.5	1.4	2.5	2.5	2.5	2.5
<i>Percent of GDP</i>								
<b>Finances du Gouvernement central</b>								
Revenu	17.4	17.9	17.7	17.3	17.1	18.4	18.7	18.7
Subventions	4.0	4.1	39.7	4.8	4.3	4.0	3.9	3.9
Total net des dépenses et prêts	24.0	25.2	25.4	25.3	25.8	25.2	25.5	25.9
Balance global (bases d'ordre de paiement, sans les subventions)	-6.6	-7.3	-7.7	-8.4	-8.7	-6.8	-6.9	-6.8
Balance fiscal de base*	0.4	-0.2	0.3	-1.1	-1.9	-0.7	n/a	n/a
<b>Secteur Extérieur</b>								
Balance externe actuel, y compris les transferts officiels	-8.3	-8.2	-3.7	-8.2	-6.0	-5.7	-5.7	-4.4
Balance externe actuel, sans les transferts officiels	-10.3	-10.4	-6.4	-9.8	-7.5	-7.2	-7.2	-6.0
Dette extérieure (fin de période)	48.8	49.4	20.0	22.9	26.9	29.3	31.0	33.7

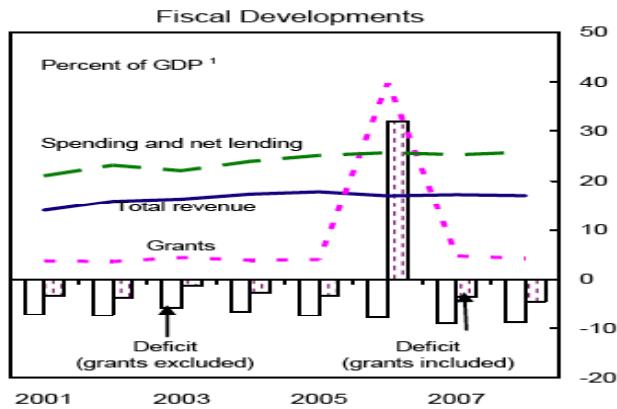
Source: Estimations et projection des autorités maliennes et du personnel du FMI.

Notes: \*Revenu (sans les subventions) un total moindre des dépenses (sans les projets sous financement étranger et dépenses connexes à l'initiative HIPC). Données FMI 2004, FMI (2008a); données 2005–2011, FMI (2008b).

Une des conclusions des récentes évaluations de l'Article IV de la Convention entre le FMI et le Gouvernement malien (FMI 2008b) a porté sur l'importance du renforcement de la situation fiscale dans le temps, sans affecter les dépenses de financement de l'aide. Compte tenu des engagements du Mali auprès de l'Union Economique Monétaire Ouest Africaine (UEMOA)<sup>22</sup>, son objectif est d'éliminer le déficit de la balance de base d'ici 2010. Ceci fournit un point de référence pour que les autorités se concentrent sur la durabilité fiscale à moyen et long terme, et place un paramètre pour l'espace fiscal, qui ne peut être produit que dans l'enveloppe fiscale courante (par redistribution) mais pas au travers de dépenses accrues.

<sup>22</sup> Afin de maintenir la parité de la monnaie commune, le F CFA, les pays de l'UEMOA doivent se conformer à certains critères de conversion dans certaines politiques macroéconomiques et indicateurs, y compris l'inflation et l'équilibre fiscal, parmi d'autres

**Figure 3 : Développements fiscaux au Mali**



Source: IMF (2008b).

Les perspectives fiscales 2008 du Mali ont été plus difficiles que prévues en raison de l'aide concessionnelle inférieure et de coûts plus élevés liés à l'augmentation des prix à l'importation des denrées alimentaires et du pétrole. Pour répondre à l'augmentation des prix, le Gouvernement a accordé des exonérations provisoires en douane sur les importations du riz et une fonction d'émulation partielle relative aux prix plus élevés des carburants. Ce qui a conduit à une réduction des recettes fiscales de plus de 1,5% du PIB (FMI 2008b). Pour faire face à cette situation, le Gouvernement est en train de réviser la mesure des programmes de dépense pour limiter le recours au financement domestique. Dans le cadre du programme du Gouvernement, l'objectif sera de relever le niveau des recettes en élargissant l'assiette des impôts et taxes tout en essayant en même temps de limiter la réduction des dépenses prioritaires – ce qui inclut les dépenses du secteur social.

Selon les prévisions du CSCRP, les dépenses de budget sont positionnées pour augmenter en 2008 et répondre aux priorités du CSCRP et à l'impact des augmentations de salaire pour des travailleurs du secteur public telles que convenues en 2007 dans le protocole d'accord entre l'UNTM et le Gouvernement; suite à la hausse générale des salaires, de plus grandes contributions au fonds de pension et du recrutement dans les secteurs sociaux, l'augmentation de la masse salariale globale dépassera la croissance du PIB en 2008. Pour équilibrer ces dépenses, les autorités ont décidé de contenir l'ensemble des dépenses au-dessous des montants approuvés dans la loi des Finances (de 2% du PIB) en économisant sur les biens et services (1 à 2% du PIB) et en rabaissant les dépenses d'investissement. Ces coupes sombres viendront limiter les dépenses non-prioritaires et l'ajournement de certains projets d'investissement. On s'attend à ce que ces mesures limitent la détérioration du déficit de base en passant d'environ 1,1% du PIB en 2007 à 1,9% en 2008. Si les perceptions de recettes font défaut, les autorités gouvernementales maliennes ont exprimé qu'elles opéreront d'autres coupes dans les dépenses pour atteindre le plafond du financement net domestique (ibid). Toujours aux termes des changements significatifs dans les priorités des dépenses résultant de l'impact du nouvel environnement international, le Gouvernement a l'intention de préparer une loi de révision budgétaire en juin/juillet 2008.

En plus des accords internationaux tels que les critères de conversion de l'UEMOA, les bailleurs de fonds et les autorités du Mali ont convenu d'aller vers une situation fiscale équilibrée, étant donné la vulnérabilité du pays aux chocs exogènes ou normaux. Sans espace fiscal apte à répondre rapidement aux demandes *ad hoc*, il y a un risque que la stabilité macro-économique et le programme de développement soient compromis. Dans cette perspective et suite aux discussions entre le Gouvernement et le FMI dans le cadre des évaluations de l'Article IV de la Convention, le

Gouvernement malien a exprimé qu'une balance de base nulle est la cible du budget la plus appropriée pour répondre aux besoins émergents. Pour respecter la programmation des dépenses visant à réduire la pauvreté, des mesures ont été mises en application pour corriger la tendance à la baisse des impôts et taxes dans le ratio du PIB, observée depuis 2005.

Le Mali tire actuellement profit de l'appui significatif de la communauté internationale des bailleurs de fonds. Plus de 40 partenaires techniques et financiers (PTF) sont présents au Mali, avec une forte concentration accordée à la santé, l'éducation et le développement rural. Leurs déboursements annuels ont été centrés sur l'augmentation, avec une valeur annuelle approximative de 450 millions€, sur lesquels environ 64% sont dans les subventions. Dans plus de 80% du total des ressources d'aide financière une approche de projet est toujours prédominante, bien qu'il y ait eu une augmentation dans le budget d'appui:

**Tableau 11 : Composition du Budget total, y compris l'appui budgétaire (milliards FCFA)**

	2004	2005	2006	2007
<b>Budget global</b>	<b>688,009</b>	<b>743,050</b>	<b>835,353</b>	<b>879,648</b>
Budget national	458,304	510,511	554,664	584,522
Budgets régionaux	234	-	-	-
Subventions de programme (appui budgétaire)	0	0	47,224	49,227
Budget d'appui spécial	229,471	232,539	233,465	245,899
<b>Budgets annexes, comptes spéciaux et fonds</b>	<b>3,874</b>	<b>4,552</b>	<b>5,387</b>	<b>5,671</b>
<b>Budget total</b>	<b>691,883</b>	<b>747,602</b>	<b>840,740</b>	<b>885,319</b>

Source : *Loi des finances, 2003-2007.*

L'aide étrangère contribue donc de manière significative dans le total des ressources budgétaires. Par exemple, de 2003 à 2005, l'aide a représenté 38% des ressources budgétaires totales à l'exclusion des fonds du HIPC, et 43% incluent l'HIPC. Depuis 2006, le Mali a tiré avantage du MDRI, avec un total d'annulation de la dette équivalent à 1.020 milliards FCFA, représentant 55% de la dette exceptionnelle (PNUD 2007).

Un des objectifs du plan actuel du Gouvernement est de favoriser un plus grand alignement de l'aide et simplifier la gestion financière publique, décalant de ce fait graduellement tous les bailleurs de projet pour économiser l'appui. En ce qui concerne le financement, le Gouvernement poursuivra une politique d'emprunt prudente, intérieurement et extérieurement. Pour assurer la durabilité de la dette, le Gouvernement a réaffirmé son engagement à choisir des projets de haute qualité et se servir du financement extérieur uniquement pour situations de premier ordre prioritaire. Pour 2008, le financement total du Gouvernement a coûté 156 milliards FCFA (4,4% du PIB), y compris 116 milliards FCFA pour le financement extérieur et 40 milliards FCFA pour le financement domestique (FMI 2008b).

## 6.2 Défis fiscaux à l'investissement dans les services sociaux<sup>23</sup>

Le Gouvernement malien a exprimé son engagement à préserver les dépenses sociales en dépit de la nécessité de ramener le niveau des dépenses dans un recul du déficit fiscal. En fait,

<sup>23</sup> L'analyse dans cette section est basée sur les données que les auteurs ont pu obtenir des Lois de Finances et Documents du Budget de l'Etat du Mali qui présentent l'ensemble des données de dépenses par secteur et non par programme, car au cours de la période de la recherche il n'était pas possible d'avoir accès à des informations supplémentaires séparées. Des données supplémentaires étaient obtenues auprès de documents officiels du FMI, basés sur l'analyse de données fournies directement par le ministère malien des Finances.

certaines augmentations sont prévues au budget 2008 pour financer des priorités selon les prévisions du GPRSP. Les autorités ont exprimé leur détermination à assurer que des allocations pour les services de base, tels que l'éducation primaire et le système de santé de base, soient maintenues ou augmentées. Selon le rapport de l'Article IV (FMI 2008b), il y a en fait une possibilité d'augmenter les dépenses sociales si un financement additionnel a pu être obtenu lors d'une table ronde des bailleurs prévue le mois prochain à Bamako. Le tableau 12 et la Figure 4 ci-dessous montrent la part d'allocation de budget prévue pour le secteur social et autres secteurs clefs de 2006 à 2009

**Tableau 12: Ratios globaux projetés par secteur, 2006-2009**

Secteurs	Dépenses réelles 2006	Dépenses projetées 2007	Allocations budgétaires 2008	Projet de Budget 2009
<b>Secteurs sociaux*</b>	<b>27,69</b>	<b>27,25</b>	<b>29,33</b>	<b>30,91</b>
<b>Secteurs productifs**</b>	<b>29,80</b>	<b>33,04</b>	<b>32,74</b>	<b>30,31</b>
<b>Autres secteurs***</b>	<b>42,70</b>	<b>39,70</b>	<b>37,93</b>	<b>38,79</b>

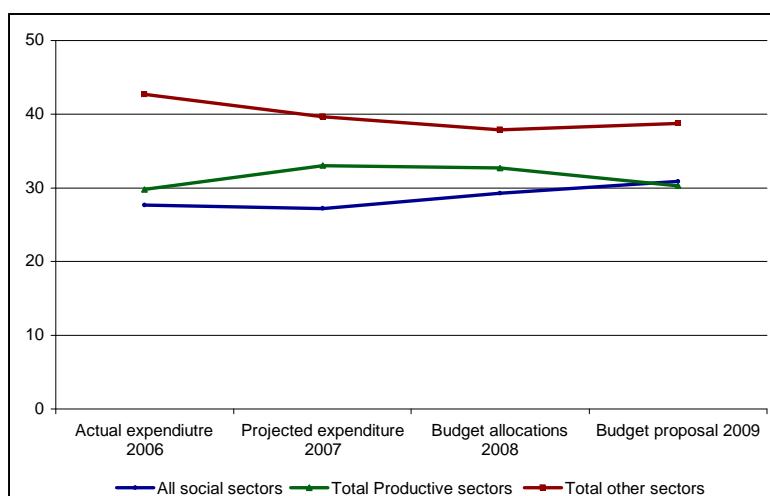
\* Les secteurs sociaux comprennent l'éducation de base, l'éducation secondaire et supérieure, la santé et autres secteurs sociaux

\*\* Les secteurs productifs comprennent l'agriculture ; les mines, l'hydraulique et l'industrie ; l'urbanisme, et les travaux publics, et l'emploi

\*\*\* Les autres secteurs comprennent les pouvoirs publics et l'administration générale, la diplomatie et affaires étrangères, la défense nationale et la sécurité domestique, la culture, la jeunesse et les sports, le transport, les communications, service et remboursement de la dette et des fonds non alloués

Source: Données de 2006-2007, Cadre du Budget moyen-terme du Mali, incluses au CSCR de 2007-2011. Données pour 2008 et 2009 d'un document du budget étatique 2009

**Figure 4: Tendances des Allocations budgétaires, 2006-2009**



Source: Données de 2006-2007, Cadre du Budget moyen-terme du Mali, incluses au CSCR de 2007-2011. Données pour 2008 et 2009 d'un document du budget étatique 2009

Comme mentionné plus haut dans ce rapport, la seconde génération du CSRP du Mali se focalise sur la productivité accélérée du secteur privé pour favoriser la croissance en réponse à la lenteur des progrès au Mali pour réaliser les objectifs de réduction de la pauvreté et aussi en raison de sa croissance stagnante. Toujours est il que les décisions budgétaires font preuve d'une reconnaissance du besoin de renforcer les dépenses du secteur sociale en tant qu'élément primordial de la réduction de la pauvreté, avec des allocations budgétaires au secteur social légèrement accrues en tant que partie de l'enveloppe totale budgétaire, passant de 27,7% des dépenses totales en 2006 à près de 31% dans le projet de budget pour 2009.

En fait, les allocations budgétaires de 2008 et projetées pour 2009<sup>24</sup> diffèrent légèrement du plan budgétaire à moyen terme présenté dans le CSCR, avec de légères révisions à la hausse des dépenses du secteur social en tant que part des dépenses totales – par exemple, le CBMT présenté au CSCR a projeté les dépenses du secteur social à 28,5% du budget total en 2008, et 27,6% en 2009, tandis que le Document du Budget Etatique de 2009 présente des chiffres plus élevés (respectivement 29,3% et 30,9%). Ceci veut dire qu'il y a des réductions proportionnelles planifiées dans certains domaines classifiés comme des 'dépenses productives' tels que l'agriculture et les travaux publics. Cependant, il est projeté d'augmenter la part reçue par d'autres secteurs qui ne sont pas reconnus comme une 'priorité' dans le CSCR, tels que la défense nationale et la sécurité domestique, (dans ce cas-ci par exemple, passant de 7,4% des dépenses en 2006 à 8,8% prévues pour 2009.)

Ces petits changements reflètent des divergences entre la planification à moyen terme du budget et les allocations budgétaires effectives et les dépenses. En fait, le CSCR du Mali a lui-même reconnu, non seulement les limitations dans l'utilisation du CBMT (Cadre de budget à moyen terme) comme cadre unique de référence pour les politiques et stratégies de développement à moyen terme, mais aussi en tant que principal instrument de négociation avec les partenaires techniques et financiers. Diverses évaluations du CSCR (par exemple Booth 2008; Banque mondiale et GTZ 2007) ont mis à jour la faiblesse des liens entre le processus du CSCR et les instruments budgétaires à court-moyen et long termes entre le processus de CSCR et les instruments budgétaires à court- et à moyen terme (budget de programme, l'ensemble du CBMT CDMT sectoriels). Dans le cas du Mali, les autorités ont fait savoir qu'elles feront des efforts pour assurer une plus grande harmonisation entre ces instruments, et également entre le PRSP et le programme triennal d'investissement (PTI). Cependant, il y a également un manque de cohérence explicite entre le CSCR, les stratégies secteur/thématisques (dont par exemple, le PRODESS II) et le budget d'État, ainsi qu'entre mauvaise synergie entre le CSCR et d'autres documents de politique sectorielle relativement à l'identification des actions en faveur des groupes les plus vulnérables de la population, ce qui pourrait fragiliser ces liens et causer une contradiction entre le financement des politiques sectorielles et les politiques nationales. Il est important de souligner que le budget est généralement le vrai centre des choix de politique, plutôt que le PRSP et autres documents de politique ; finalement, ce qui est crucial relativement aux dépenses du secteur social, est que le financement des programmes soit reflété dans le budget.

Bien que compatible avec les priorités du CSCR, le projet de budget 2008 présente un écart de financement d'environ 0,5% du PIB; en conséquence, les bailleurs, sous la direction du FMI, ont recommandé qu'à moins qu'un financement extérieur additionnel se confirme, les augmentations de dépenses prévues devraient être réduites pour convenir aux ressources disponibles, avec l'épargne en seconde priorité et les dépenses courantes en capitaux plus basses. Les autorités ont annoncé qu'elles demeureront prudentes dans leur allure de dépenses dans la première moitié de 2008 et ont indiqué également qu'elles protégeront les dépenses de réduction de la pauvreté, particulièrement dans les secteurs sociaux (FMI 2008a).

---

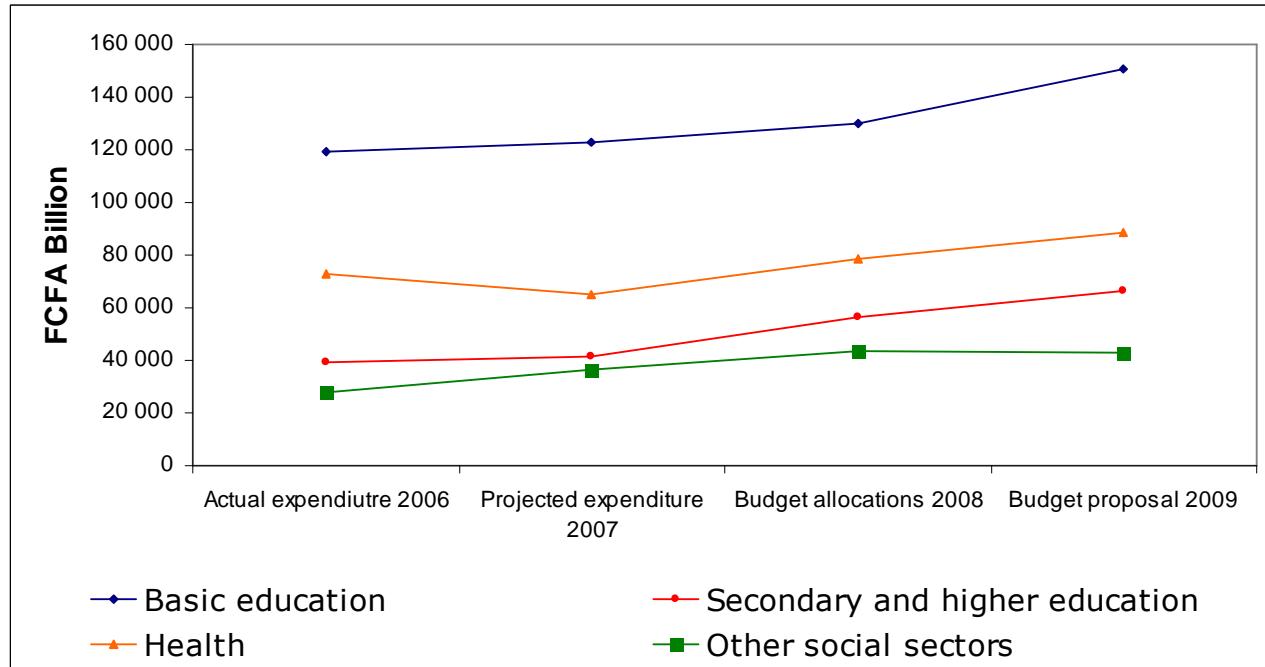
<sup>24</sup> Selon les données présentées dans le Document du Budget d'Etat de 2009

**Tableau 13: Répartition sectorielle des dépenses projetées, selon le CBMT 2006–2011 (% du total)**

Secteur d'activité	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Autorités publiques et administration générale	12.4	12.0	12.7	12.4	12.4	12.3
Diplomatie et affaires étrangères	1.8	2.1	2.0	2.0	2.1	2.0
Défense nationale et sécurité intérieure	7.4	7.7	7.6	7.8	8.1	8.2
Education de base	12.8	12.6	13.4	12.9	12.6	12.8
Enseignement secondaire supérieur et scientifique	4.2	4.2	4.4	4.4	4.5	4.6
Culture, jeunesse et sports	1.4	1.4	1.5	1.5	1.5	1.5
Santé	7.8	6.7	6.9	6.7	6.9	7.0
Secteurs sociaux	3.0	3.7	3.8	3.6	3.6	3.5
Emploi	0.8	0.8	0.8	0.7	0.7	0.7
Agriculture	12.6	13.4	13.1	13.5	13.7	13.7
Mines, ressources en eau et industrie	5.8	7.0	7.2	7.4	7.4	7.3
Aménagement et travaux publics	10.6	11.8	11.7	12.3	12.2	12.2
Transport	1.1	1.4	1.4	1.5	1.6	1.6
Communication	1.0	1.1	1.2	1.2	1.2	1.2
Dette intérieure	0.2	0.2	0.2	0.1	0.1	0.1
Dette extérieure	6.6	3.5	3.4	3.4	3.3	3.3
Intérêts sur la dette extérieure	1.9	1.2	1.0	0.9	0.8	0.7
Fonds non alloués	8.9	9.1	7.8	7.7	7.4	7.2
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Source : Source: Données de 2006-2007, Cadre du Budget moyen-terme du Mali, incluses au CSCR de 2007–2011. Données pour 2008 et 2009 d'un document du budget étatique 2009

**Figure 5: Allocations budgétaires pour secteurs sociaux clés (milliards de FCFA)**



Source: Données de 2006-2007, Cadre du Budget moyen-terme du Mali, incluses au CSCR de 2007–2011. Données pour 2008 et 2009 d'un document du budget étatique 2009

La Figure 5 qui illustre les allocations budgétaires pour les secteurs sociaux clés, fait ressortir une augmentation des allocations budgétaires nominales prévues. Il est clair que la grande priorité est accordée à l'éducation de base, indicative de la pression du gouvernement pour augmenter l'accès

et améliorer les taux d'inscription afin d'aller vers la réalisation des ODM 2.<sup>25</sup>. Ce qui est frappant c'est la très faible allocation à d'autres secteurs sociaux qui incluent la protection sociale, l'assistance sociale, l'action sociale et les ressources pour la protection des femmes et des enfants. La protection sociale à elle seule n'est pas incluse en tant qu'élément des projections sectorielles, ce qui suggère qu'elle ne se présente pas comme secteur prioritaire sous le PRSP, mais plutôt comme secteurs sociaux d'appui. La désagrégation des informations sur la protection sociale est également difficile à faire ressortir dans les budgets annuels, puisque ceux-ci contiennent les informations sur les dépenses encourues par ministère, avec une classification budgétaire fonctionnelle plutôt que pragmatique comme c'est le cas du MDSSPA ; toutefois, si nous pouvons voir l'ensemble des niveaux de dépenses, il est difficile d'évaluer la part effective des programmes spécifiques, comme par exemple, le Mois de la Solidarité, qui fait partie du budget de ce Ministère.

## 6.3 L'espace fiscal pour la protection sociale

### 6.3.1 État du Financement actuel de la Protection sociale au Mali

Au Mali, les programmes de protection sociale sont inclus dans le PDDSS (Plan Décennal de Développement Social et Sanitaire) qui est divisé en deux parties. La phase de cinq ans actuellement en cours (PRODESS II) a été publié en 2004, et présente un plan financier pour ses différents volets. Comme détaillé dans la Section 5 de ce rapport, ceux qui sont les plus appropriés pour la protection sociale – 'renforcement de la solidarité et de la lutte contre l'exclusion sociale' et 'renforcement de la protection sociale' - sont en gris sombre dans le tableau 14 ci-dessous.

---

<sup>25</sup> Il n'y a aucune augmentation significative qui pourrait faire suggérer la mise en œuvre d'une intervention coûteuse telle que l'abolition de coûts scolaires directs, à moins que cela ne soit prévu d'être introduit graduellement, au titre de l'augmentation des allocations nominales au secteur, bien que nous n'ayons aucune preuve pour corroborer ce fait.

**Tableau 14: Besoins de Financements du PRODESS II, Volet Développement social**

<b>Utilisation des ressources</b>	<b>Montants annuels du PRODESS II</b>											
	2005		2006		2007		2008		2009		<b>Total</b>	
	FCFA milliers	%	FCFA milliers	%	FCFA milliers	%	FCFA milliers	%	FCFA milliers	%	FCFA milliers	%
1. Renforcement de la solidarité et prévention sociale et lutte contre les exclusions	1,182,600	6	1,227,100	6	1,137,600	5	1,122,600	4	1,110,100	5	5,780,000	5
2. Réduction de la pauvreté	7,765,400	38	7,715,400	37	7,715,400	37	7,715,400	31	7,715,400	32	38,627,000	35
3. Renforcement de la protection sociale	2,346,000	11	2,293,500	11	2,714,500	13	6,892,000	28	6,377,000	26	2,062,000	18
4. Renforcement institutionnelle et financière	6,790,600	33	6,893,100	33	6,969,767	33	6,807,267	27	697,267	28	34,258,000	31
5. Développement des ressources humaines	846,160	4	836,127	4	761,127	4	691,127	3	674,460	3	3,809,002	3
6. Dépenses relatives aux nouvelles structures du Ministère	1,613,485	8	1,661,890	8	1,711,746	8	1,763,099	7	1,815,992	7	8,566,211	8
<b>Montant total requis</b>	<b>20,544,245</b>	<b>100</b>	<b>20,627,117</b>	<b>100</b>	<b>21,010,140</b>	<b>100</b>	<b>24,991,492</b>	<b>100</b>	<b>24,490,219</b>	<b>100</b>	<b>111,663,213</b>	<b>100</b>
<b>Ressources</b>												
1. Budget d'Etat	2,754,000	13	2,836,620	14	2,921,719	14	3,009,370	12	3,099,651	13	14,621,360	13
2. Budget d'investissements spéciaux	1,580,000	8	1,627,400	8	1,676,222	8	1,726,509	7	1,778,304	7	8,388,435	8
3. Net de la Sécurité sociale	3,000,000	15	3,000,000	15	3,000,000	14	3,000,000	12	3,000,000	12	15,000,000	13
4. Contribution des structures impliquées (autofinancement)	1,000,000	5	1,000,000	5	1,000,000	5	1,000,000	4	1,000,000	4	5,000,000	4
5. Contribution des bénéficiaires	340,000	2	340,000	2	340,000	2	340,000	1	340,000	1	1,700,000	2
6. Bailleurs	11,870,245	58	11,823,097	57	12,072,199	57	15,915,614	64	15,272,263	62	66,953,418	60
<b>Total des Ressources</b>	<b>20,544,245</b>	<b>100</b>	<b>20,627,117</b>	<b>100</b>	<b>21,010,140</b>	<b>100</b>	<b>24,991,492</b>	<b>100</b>	<b>24,490,219</b>	<b>100</b>	<b>111,663,213</b>	<b>100</b>

Il y a plusieurs aspects importants à noter dans ce plan de financement. Le premier est que plus de 60% des coûts annuels du plan requièrent un financement de bailleur: s'il y a une insuffisance de fonds d'aide au secteur, le plan sera à court de fonds.<sup>26</sup> D'un autre côté, la part prévue au budget total du Gouvernement est petite, approximativement 21% de son coût total (13% du budget d'État en plus du budget d'investissement de 8%), ce qui n'indique pas un engagement budgétaire significatif au secteur par le Gouvernement. En fait, pour se faire une idée de la taille du budget de protection sociale dans le cadre de ce plan de financement, la moyenne de tout le budget annuel du Gouvernement entre 2004 et 2007 est de l'ordre de 792 milliards FCFA, alors que la requête moyenne annuelle sur les ressources budgétaires selon le PRODESS, est de 4,6 milliards FCFA c.-à-d., 0,58% du total du budget prévu du Gouvernement.

Cela colle parfaitement à l'analyse des tendances dans les dépenses, où les 'autres secteurs sociaux' sont programmés pour avoir moins de 4% des dépenses totales. Seuls 18% du total des fonds du Ministère sont programmés pour la protection sociale (plus de 5% vont aux mécanismes de solidarité, qui incluent l'action sociale et l'assistance sociale); dans un contexte de vulnérabilité répandue, cela pourrait sembler bas.

En nous focalisant sur le document de budget dans la Loi des Finances annuelle, on constate que le budget du MDSSPA est plutôt fonctionnel que programmatique:<sup>27</sup> : il est difficile de savoir quel montant des ressources allouées au département est dépensé dans les programmes de protection sociale et activités connexes. Par exemple, selon la Loi des Finances 2005, sur le total du budget du Ministère, seulement 2,8% ont été affectés à la Direction du Développement Social et 0,8% à la Direction de la Protection sociale. Sur ces allocations c'est respectivement 78% et 68%, qui ont été dépensés dans les charges du personnel et respectivement 7,5% et 15.3% dans les coûts des matériels et de fonctionnement (bien qu'aucun détail n'ait été fourni sur ce que cela a engendré), toute chose qui rend très difficile d'identifier les ressources qui vont dans les programmes et dans l'appui à la protection sociale des populations bénéficiaires. De plus, les ressources allant dans le fonds de développement 'pour la réduction de la pauvreté', et qui représentent plus de 50% du budget du Ministère, sont classifiées comme budget d'investissement (dépenses d'investissement) mais aucun détail sur ce à quoi ces ressources ont exactement servi à financer n'est disponible. Se tourner vers la budgétisation de programme dans ce secteur serait une façon très utile de relever le niveau de transparence et de responsabilité devant les ressources de protection sociale, surtout quand on sait que le secteur dispose de certains mécanismes discrétionnaires pour les bénéficiaires d'appui qui gagneraient à être plus étroitement inspectés. Au stade actuel des choses cependant, nous ne pouvons que déduire que tout le budget du Ministère – les programmes de protection sociale y compris- représente une petite part des dépenses publiques totales. Les preuves tangibles des impacts de la réduction de la pauvreté par les mécanismes de protection pourraient avoir du chemin pour combler cette carence.

### **6.3.2 Augmenter l'espace fiscal pour la protection sociale**

Etant donné le rythme plutôt lent du progrès dans l'amélioration des indicateurs sociaux, il est clair que le Mali a toujours besoin d'investir davantage dans l'amélioration de l'accès et de la qualité des services sociaux de base, qui sont coûteux et absorberont plus de 27% du budget total dans les quatre années à venir. Dans cette perspective, la perception des acteurs interviewés au cours des recherches en avril 2008 était qu'actuellement les ressources budgétaires pour le secteur social étaient insuffisantes et qu'il était nécessaire de penser à faire intervenir des programmes additionnels et plus ambitieux de protection sociale. Pour ce qui concerne les Interventions de

---

<sup>26</sup> Nous n'avons trouvé aucune preuve des engagements d'aide de taille à supporter le financement du volet de développement social du PRODESS, auprès de la plupart des bailleurs de fonds qui sont présents dans le volet santé du PRODESS.

<sup>27</sup> Ce n'est pas le cas des autres Ministères, qui fournissent des informations de programme plus détaillées.

Actuellement, la planification budgétaire de mi-terme est en cours au niveau central et est en passe d'être introduite dans huit secteurs, y compris l'éducation et la santé, mais le développement pour l'instant n'est pas pris en compte, ce qui peut expliquer le manque de détail programmatique.

fourniture – accroissement de l'accès et promotion de la qualité – elles demeurent les premières priorités des décideurs dans les Ministères en charge du secteur social, c'est-à-dire le Ministère de la Santé, de l'Éducation, étant donné que le Mali est toujours à la traîne de la moyenne des pays au Sud du Sahara relativement aux indicateurs cruciaux, tels que détaillés dans la Section 2, avec des conséquences correspondantes sur le développement humain, le bien-être de l'enfant et la pauvreté chronique. Un défi effectif sera le besoin à partir de 2010, du budget du ministère de la santé et de transferts potentiels vers les collectivités territoriales, en reflétant le financement du RAMED pour assurer que les fournisseurs des services sanitaires soient effectivement payés pour les services gratuits qu'ils fourniront aux bénéficiaires de RAMED. Etant donné que les collectivités territoriales sont susceptibles d'avoir des déficits budgétaires, il est critique d'assurer qu'elles puissent couvrir leur contribution de 35%

L'analyse de la durabilité fiscale et du niveau actuel du financement des principaux secteurs sociaux laisse croire en dernier lieu que le potentiel pour créer un espace fiscal est trop faible pour financer des programmes plus ambitieux de protection sociale. Toutefois, pour explorer davantage ce potentiel, nous pouvons nous tourner vers trois volets centraux de l'espace fiscal : i) comment l'espace fiscal peut-il être créé ? ii) cet espace est-il durable ? et iii) quelles sont l'utilisation et la faisabilité probables de cet espace fiscal ? L'évaluation visant à savoir si l'espace fiscal peut être créé au Mali se rapporte aux agrégats macro-économiques et fiscaux globaux et aux risques associés, ainsi qu'à la volonté politique d'augmenter les investissements dans ce domaine clef.

De façon particulière, six mécanismes d'importance pour 'produire' l'espace fiscal ont été identifiés dans la littérature (Forum de Haut Niveau sur ODM 2005 de la Santé).<sup>28</sup> Nous allons brièvement nous pencher sur trois de ces derniers : revenus accrus (mobilisation de ressources) ; redistribution des dépenses; et l'aide. Selon Handley (2008), les seuls moyens véritablement durables de créer l'espace fiscal additionnel, à la portée du gouvernement, est la mobilisation et redistribution du revenu. Les autres mesures n'offrent pas le même profil de pérennité dans le long terme de l'espace fiscal exigé par les programmes de protection sociale, lesquels sont de fait des dépenses non-discretionnaires, dues aux attentes et aux collèges électoraux politiques de l'appui qu'ils créent. L'aide est pertinente puisqu'elle fournit l'appui initial pour faire aller de l'avant l'agenda de protection sociale. Cependant financer certains des coûts initiaux de la protection sociale en basant le financement sur l'assistance, n'est pas soutenable à moyen- et long termes.

**Augmenter le revenu à travers deux canaux essentiels: l'activité économique accrue (croissance du PIB en termes réels) et augmentations des recettes fiscales en tant que proportion du PIB.** Comme nous l'avons vu à partir du survol de la situation macro-économique et fiscale du Mali, la croissance du PIB s'était affaiblie dans ces deux dernières années et est tombée considérablement en deçà des attentes du CSLP tout juste au-dessous de 3% en 2007. Bien que les prévisions indiquent un certain redressement dans le courant des deux premières années à venir, il n'y a pas d'espérance que le niveau de croissance dépasse 5%, qui ne sera probablement pas assez pour répondre même aux besoins de financement prévus sous les PRSP 2007-2011. Comme expliqué plus haut, le plan du Gouvernement au cours des années à venir prévoit une augmentation des recettes fiscales en augmentant la base fiscale des revenus et aussi en améliorant l'efficacité d'imposition. Selon le FMI, le pays a effectivement déjà réalisé des augmentations impressionnantes de revenus au cours d'années récentes comme résultat de l'amélioration de l'administration fiscale des bases fiscales aussi bien directe qu'indirecte (FMI 2006). Cela est susceptible de générer des ressources fiscales additionnelles pour le Gouvernement mais, étant donné une croissance prévue plus modérée du PIB, l'augmentation nominale des revenus fiscaux pourrait juste contrebalancer sa diminution relative comme part de PIB, et être ainsi peu susceptible de produire suffisamment d'espace fiscal pour prendre une plus grande part des engagements du Gouvernement.

---

<sup>28</sup> Une analyse plus approfondie de l'espace fiscal pour la protection sociale dans la région du WCA se trouve dans le Block 6 du rapport régional.

### **Réallocation des dépenses des moindres priorités vers les plus grandes pour des programmes plus efficaces en vue d'améliorer l'efficience allocative.**

L'espace fiscale est un concept progressiste dynamique qui reflète les augmentations progressives des ressources disponibles pour l'allocation parmi les priorités en compétition pour des budgets futurs (Handley, 2008), donc l'une des questions clés n'est pas tellement le montant de l'espace fiscal existant actuellement, mais la capacité du Mali à construire graduellement cet espace pour la protection sociale. Il est important de noter que la 'lourdeur' des dépenses publiques implique que seul un très petit pourcentage du budget soit réalloué à de nouvelles initiatives politiques (telles qu'une nouvelle initiative de protection sociale) d'une année à l'autre. Schiavo-Campo et Tommasi (1999, cité par Handley, 2008) notent que normalement la « marge de manœuvre » annuelle n'excède pas 5% des dépenses totales budgétisées. Les remboursements de la dette, les paiements des intérêts, des transferts et des subventions sont tous inflexibles ou sans mandat de gestion (c'est-à-dire que leurs coûts ne peuvent pas être différés du court terme au moyen terme). Un plus grand pouvoir discrétionnaire pourra exister en pratique pour réduire ou différer des dépenses planifiées de capital, surtout en réponse à des déficits en flux d'aide, mais les conséquences pour la croissance économique et le développement pourront être graves au plus long terme. Dans certains cas, de tels financements sont assignés pour empêcher une telle réallocation. Les dépenses des opérations et de maintenance sont pour la plupart considérées comme étant 'souples' mais il y a des dangers bien documentés sur l'absence de respect des implications des coûts récurrents pour les dépenses en capital. Tandis que les salaires du secteur public sont techniquement des dépenses discrétionnaires (c'est-à-dire des frais où le montant dépensé est sous contrôle gouvernemental), ils sont souvent de facto de nature non discrétionnaires puisqu'il y a des contraintes politiques sévères à des réductions de telles dépenses sur le court terme à moyen terme (Handley 2008).

Néanmoins, vu certaines des contraintes qui la concernent, dans le contexte malien, la réallocation de dépenses semble toujours être la voie la plus efficiente pour créer un espace fiscal pour la protection sociale au Mali à court et à moyen terme. Nous avons vu qu'actuellement les dépenses courantes pour la protection sociale sont très faibles—considérablement moins que la moyenne de la région. Bien qu'au moment où la protection sociale ne semble pas figurer en première ligne de l'ordre du jour des politiques, la nécessité de mettre en place des mécanismes pour une réponse rapide à la crise alimentaire courante, le besoin de frais divers dans le cas de chocs éventuels et le chronogramme pour la mise en œuvre de l'AMO et du RAMED indiquerait qu'il pourrait y avoir plus d'incitation aux interventions de protection sociale dans un avenir proche. Par ailleurs puisque l'évidence soutient le potentiel de réduction de la pauvreté par les interventions de protection sociale, celles-ci pourraient commencer à figurer plus en ligne de front dans l'ordre du jour des politiques.

**Table 14.a : La composition des dépenses**

	2006	2007 préliminaires	2008 programmées	2009 projetées
Total des dépenses et prêts	25,5	25,3	25,8	25,2
Dépenses actuelles	13,1	13,3	13,6	14,5
Salaires	4,7	5	5,5	5,5
Paiement des intérêts	0,4	0,4	0,4	0,6
Autres dépenses actuelles	7,9	7,9	7,7	_ 8,4
Dépenses capitales	10,9	12	10,2	9
Dont celles financés de l'extérieur	7,3	6,9	6,4	5,8
Net prêts, fonds spéciaux et budgets annexés	1,4	0,4	2	1,8

**Table 14.b : Dépenses discrétionnaires et non-discrétionnaires**

	2006	2007 préliminaires	2008 programmées	2009 projetées	Moyenne
Dépenses non discrétionnaires*	5,2	5,4	5,9	6,1	5,6
Dépenses discrétionnaires	20,2	20,3	19,9	19,2	20,4

\*Non-discrétionnaires : salaires et émoluments et paiement des intérêts

Sources : Ministère des Finances ; et estimations et projections du personnel du FMI, du rapport FMI Art IV (FMI, 2008b)

Le tableau 14a montre la composition des dépenses et tableau 14b fournit des chiffres pour les dépenses non discrétionnaires et discrétionnaires du Mali. Les dépenses globales exprimé comme part du PIB est en ligne avec celles des autres pays de l'Afrique de l'Ouest, (par exemple avec les dépenses du Sénégal à 24,8% du PIB, et celle du Ghana à 32,3% du PIB) Néanmoins, la probabilité que ces ressources soient réallouées à la protection sociale dépend de « l'efficacité allocative » ou l'allocation de dépenses publiques selon les priorités de la politique gouvernementale. Comme il a été noté précédemment, l'attention politique accrue accordée à la protection sociale, la reconnaissance par le gouvernement du Mali du besoin de mécanismes plus efficaces de réduction de la pauvreté, et l'augmentation des dépenses du secteur social pourraient suggérer qu'il y ait de l'intérêt pour la réallocation de certaines dépenses discrétionnaires en faveur de mécanismes potentiellement efficaces de protection sociale.

La section 7 de ce rapport fournit l'évidence du potentiel de réduction de la pauvreté à travers les transferts d'argent espèce comme intervention spécifique de protection sociale et aussi fournit des évaluations de ses coûts possibles. Il est clair que compte tenu des restrictions budgétaires du Mali et des priorités multiples qui rivalisent, il serait difficile de réaffecter des ressources ne valant plus que 1% du PIB vers les programmes de protection sociale et, dans le cas du Mali, il semblerait clair que le niveau actuel des dépenses dans le secteur social soit maintenu. Cependant, étant donné l'engagement du Gouvernement à travailler dans la réduction de la pauvreté, il serait important d'évaluer la rentabilité d'autres interventions (40% du total des dépenses vont dans des secteurs autres que les secteurs sociaux et productifs – avec par exemple plus de 8,5% des allocations budgétaires totales faites en faveur de la défense nationale et la sécurité domestique) et aussi la poursuite de la poussée des dépenses pour qu'elles soient faites dans des ressources plus efficaces et plus salvatrices probablement pour la protection sociale.

**Davantage d'Aide Sous Forme de Prêts concessionnels** est également une façon de générer l'espace fiscal ; cependant, ceci dépend du niveau, de la durée et de la prévisibilité des dépenses du bailleur. Dans le cas du Mali, il y a déjà un flux important de fonds de bailleur finançant plusieurs volets de l'agenda de réduction de la pauvreté du pays, avec l'aide située en moyenne à 1,8% du PIB pendant la période 1997-2008, ce qui est important mais en-dessous des niveaux de certains pays africains au sud du Sahara<sup>29</sup> que sont lourdement tributaires de l'aide (FMI, 2008c) Un programme puissant, de base évidente de protection sociale pour une réduction nette de la pauvreté et avec des objectifs humains de développement (y compris des objectifs ciblant les enfants) pourraient attirer l'intérêt de beaucoup plus de financements de bailleurs et, si ceux-ci sont bien programmés et ciblés, ils pourraient être considérés comme plates-formes pour canaliser

<sup>29</sup> Selon les données du Rapport Régional de Perspectives Economiques, 2008 du FMI (FMI, 2008c).

les interventions dans le cadre de l'insécurité alimentaire (Banque Mondiale 2008). L'appui des bailleurs dans le secteur de la protection sociale peut contribuer, comme dans d'autres pays, à financer le développement initial de la stratégie de protection sociale ainsi que des coûts non récurrents, tels que les études de faisabilité, dresser la cartographie de la pauvreté, la fourniture de renforcement des capacités et l'élaboration de cibles, et notamment d'autres 'coûts d'installation' significatifs. Cependant, il est important que le Gouvernement se trouve un espace fiscal pour la masse de coûts récurrents à la protection sociale dans son propre budget destiné à réduire sa dépendance sur des flux d'aide, qui peuvent parfois réservé des surprises.

D'un autre côté, étant donné que le Mali travaille à promouvoir une plus grande coordination des bailleurs et à l'harmonisation, avec l'introduction des stratégies de secteur et les MTEF, un protocole d'accord commun (MoU) d'appui budgétaire et de soutien aux approches de large secteur (échanges), il est probable que ce type d'appui puisse augmenter l'espace fiscal au budget global du Gouvernement, pour canaliser des mécanismes efficaces de protection sociale de façon plus pérenne.

Plus important encore, la création d'un espace fiscal additionnel n'est seulement qu'une partie du défi. Il est également important d'avoir un contexte institutionnel sain et, en particulier, des procédures de gestion vigoureuses de dépense publique (PEM) à mettre en place pour assurer que les ressources sont utilisées efficacement et de façon efficiente, parvenant aux bénéficiaires ciblés afin de maximiser les résultats. Selon des évaluations récentes, le Mali a fait des pas positifs en améliorant son PEM, bien qu'il ait toujours beaucoup de chemin à faire.

## **6.4 Progrès dans la Gestion des Ressources publiques**

La bonne gouvernance et la gestion financière publique efficace sont cruciales pour réaliser la réduction de la pauvreté et pour améliorer les indicateurs du développement humain. Par exemple, la meilleure réalisation des programmes du secteur social, y compris l'éducation, la santé et la protection sociale, exigera des liens étroits entre la gestion des finances publiques (PFM), les stratégies de secteur et la décentralisation. Des évaluations par différents bailleurs (par exemple Banque Mondiale 2007) ont indiqué que la qualité des pratiques en matière de gouvernance demeure un défi aux autorités maliennes et ont mis un pont entre ces faiblesses dans le système de gouvernance et le faible niveau de l'efficacité administrative et la qualité réglementaire et la responsabilité déficiente entre autres. De plus, ces faiblesses ont été reliées à la performance sous-optimale dans le secteur de la santé et de l'éducation ainsi que dans d'autres secteurs essentiels (ibid). C'est une dimension importante à prendre en considération dans la conception de toute intervention de protection sociale pour réduire au minimum les problèmes possibles liés aux fuites et à la mauvaise utilisation des fonds pouvant entraver son efficacité.

Une des recommandations sur les dépenses publiques et les programmes de Responsabilité financière (PEFA) pour le Mali est que les révisions des stratégies de secteur devraient améliorer les CBMT (central et sectoriel) en instrument pour transformer le budget en outil de développement efficace. En outre, une plus grande coopération entre le Ministère des Finances et les Ministères du secteur est nécessaire pendant la préparation et l'exécution de budget (Banque Mondiale 2007).

Le Gouvernement a adopté un plan d'action complet pour moderniser le PFM ; les priorités incluent une meilleure surveillance de l'exécution des budgets, rigidité du contrôle financier et l'établissement de relations plus claires entre le Vérificateur Général et d'autres entités. En plus, les autorités sont en train de décentraliser l'administration publique avec l'appui des partenaires, notamment l'Union Européenne (UE) et la Banque Mondiale. Le progrès est en quelque sorte encourageant, mais le préalable pour déléguer une plus grande responsabilité financière aux autorités locales est de renforcer leur capacité de gestion (FMI 2008b).

Selon l'Étude de Pauvreté de l'Enfance de l'UNICEF, l'objectif général de la majorité des programmes de développement et des projets au Mali est aujourd'hui la réduction de la pauvreté. À la fin de décembre 2006, le coût global de ces programmes et projets était de 863 milliards FCFA, représentant 42% de l'ensemble du portefeuille des projets et programmes du Mali, avec 36% de leur financement fournis par l'aide financière (l'UNICEF Mali, et al.2008).

Cependant, en dépit de ces efforts, l'analyse incluse dans la Stratégie d'Assistance de Pays de la Banque Mondiale (2007) suggère qu'en dépit des progrès dans l'accès aux services publics, les dépenses publiques au Mali ne sont toujours pas suffisamment pro-pauvres – celles qui se rapporte non seulement aux secteurs dans lesquels les dépenses publiques sont canalisées, mais également aux bénéficiaires principaux des dépenses. Par exemple, pour une gamme de services, tels que les soins scolaires du secondaire et tertiaire et d'hôpital, les pauvres tendent à bénéficier beaucoup moins que la population dans son ensemble, des dépenses publiques. Dans certains domaines bénéficiant de subventions publiques implicites, telles que l'électricité et les tarifs d'eau, les pauvres bénéficient 10 fois moins que la population générale des subventions existantes, étant donné que les services subventionnés sont pratiquement consommés par des quintiles plus riches de la population. Ceci signifie que les ressources publiques pour ces subventions ne sont pas pro-pauvres. De plus, l'analyse faite par la Banque mondiale explique que l'évidence des enquêtes de suivi des dépenses publiques au Mali, indique que seule une petite partie des fonds assignés à certains services dans l'éducation et la santé atteignent les pauvres. Ainsi, un mauvais ciblage et les fuites de fonds compromettent l'impact des dépenses publiques sur la réduction de la pauvreté et l'amélioration des indicateurs sociaux.

Ces résultats ont été corroborés au cours des entrevues avec le personnel du FMI au Mali, où il est apparu clairement qu'il y a eu en fait fuites de ressources dans le système, ce qui nous amène à dire que toutes les dépenses du secteur social n'atteignent pas leurs destinataires et ainsi elles n'atteignent pas leurs objectifs. C'est un problème clair dans lequel l'UNICEF pourrait s'engager fortement, à travers l'encouragement des enquêtes sur les financements des dépenses publiques dans le secteur social. Ceci aura le potentiel d'améliorer les résultats des fournitures du secteur social, et libérer également des ressources qui pourraient potentiellement être utilisées sur des interventions de protection sociale, où lesdites ressources auront un meilleur placement pour impacter la réduction de la pauvreté et l'appropriation des services de base.

## **6.5 Visibilité des Enfants dans les Budgets et Dépenses de Protection sociale**

La question relative à la visibilité des enfants dans les budgets et dépenses de protection sociale est liée au déficit d'interventions de protection sociale focalisées sur les enfants et des importants programmes de protection sociale dont les enfants sont les bénéficiaires directs ou indirects. Il y a certaines interventions de petite envergure par le MDSSPA, telles que la fourniture de trousse et de bourses scolaires pendant le mois de la solidarité, ce qui joue directement sur les enfants. Cependant, les ressources pour ces activités ne pas indexées ou identifiables dans les budgets, signifiant, par exemple, qu'elles pourraient être gonflées, diminuées ou éliminées de la planification de budget d'une année à l'autre.

Pour que les enfants soient visibles dans la budgétisation et les dépenses du secteur social, il y a lieu d'assurer que le budget, en tant que noyau de prise de décision politique, fasse une allocation de ressource pertinente pour des politiques et programmes focalisés sur les enfants. La première étape vers ceci doit garantir un développement de politique sensible aux enfants et qui se met en œuvre à travers une programmation efficace. Dans le cas du Mali, certaines politiques sociales focalisées sur les enfants, sont très assorties dans les budgets, telles que le financement de l'éducation de base ; d'autres programmes dans le secteur de la protection des enfants, tels que les campagnes de sensibilisation contre les mutilations génitales féminines MGF, lesquelles sont également mises en évidence dans les budgets (bien qu'avec des répartitions des ressources très petites). Finalement, dans le cas de la protection sociale tournée vers les enfants, la clef est de

favoriser le développement des programmes sur le fiscal et qui seront soutenables pour le Gouvernement, et surveiller alors leur inclusion au budget annuel des programmes, comme volet contribuant à surveiller la qualité des dépenses de ces ressources, ce qui est du ressort de l'UNICEF qui pourrait jouer et soutenir ce rôle. Cela est valable également dans le cas de certaines interventions pertinentes de protection d'enfants et de secteur social (comme par exemple les campagnes de vaccination), où une attention plus particulière doit leur être accordée pour assurer que ces campagnes reçoivent un financement proportionné du budget.

## **6.6 Remarques finales**

La situation macroéconomique et fiscale du Mali ne fait pas suffisamment de place pour la génération d'espace fiscal aux fins de financer des programmes élargis de protection sociale. Les ressources sont non seulement limitées mais aussi il reste beaucoup à faire pour garantir l'accès aux services sociaux de qualité pour la population malienne, en particulier les plus pauvres. Cependant, le Gouvernement malien a articulé son soutien aux efforts de réduction de la pauvreté, y compris l'allocation d'une plus grande part des ressources pour promouvoir les secteurs productifs, qui ont la capacité de stimuler la croissance. En outre, certains programmes positifs de protection sociale seront lancés dans l'année à venir. Ainsi, avec des éléments de preuve suffisants de la pauvreté et du potentiel de réduction de la vulnérabilité à travers un programme de protection sociale efficacement bien conçu, il est possible de fédérer la volonté politique de réappropriation des ressources d'autres interventions qui pourraient ne pas être aussi rentables dans la réalisation des résultats de réduction de la pauvreté. La contribution de l'UNICEF pourrait se faire dans une plus grande production de cette évidence, et aussi dans l'assistance pour le suivi des dépenses budgétaires des programmes du secteur social centrés autour des enfants, si ces dits programmes sont mis en application en tant qu'élément d'un ordre du jour plus complet de réduction de la pauvreté.

## 7. Analyse des transferts en espèces comme mécanisme de lutte contre la pauvreté des enfants

Depuis quelques années, un nombre croissant de pays en développement introduisent des programmes à grande échelle de transfert sociaux en réponse à des niveaux élevés de pauvreté et de vulnérabilité. Dans beaucoup de pays, les programmes de transfert ont particulièrement mis l'accent sur les enfants, pour plusieurs raisons, entre autres: i) les enfants sont un groupe particulièrement vulnérable, avec une incidence élevée de pauvreté; ii) les périodes de pauvreté au cours de l'enfance peuvent avoir des effets durables sur le développement futur, y compris la transmission intergénérationnelle de la pauvreté; iii) la réduction de la pauvreté des enfants est importante pour la rupture du cycle intergénérationnel de la pauvreté courant dans les pays en développement; iv) l'amélioration de la nutrition, de la santé et de l'éducation des enfants peut permettre à ceux qui vivent dans la pauvreté de s'en sortir et de se placer sur des trajectoires de croissance, contribuant ainsi à la croissance économique et au développement; et v) des programmes de transfert sociaux d'envergure axés sur les enfants, comme Oportunidades au Mexique, Bolsa Familia au Brésil, le Child Support Grant en Afrique du Sud et le programme Food/Cash for Education au Bangladesh, prouvent que ce sont des options politiques faisables et souhaitables dans les pays à faible ou moyen revenu (Barrientos et Dejong, 2006).

Dans cette optique, il y a de plus en plus de preuves que les transferts en espèces peuvent avoir un impact positif sur la réduction de la pauvreté chez l'enfant. Il a été constaté que les sommes d'argent transférées vers les ménages sont utilisées pour la plupart pour acheter de la nourriture, des vêtements et des semences et pour couvrir les coûts de services tels que l'éducation et la santé. Par ailleurs, les évaluations du Child Support Grant programme en Afrique du Sud et des transferts d'argent conditionnels ciblés en Amérique Latine, montrent que les transferts en espèces ajoutés aux investissements supplémentaires dans les services de base, sont un outil efficace de réduction de la pauvreté chez l'enfant, y compris l'amélioration de la nutrition des enfants, l'enregistrement à la naissance, et les taux d'inscription à l'école et de la survie de l'enfant. (Barrientos et DeJong 2006; Adato et Basset, 2007; Jones et al, 2008).

Dans le cas du Mali, lorsque l'idée d'un 'transfert en espèces' a été introduite au cours des discussions et des entrevues avec les décideurs, la plupart semblait mal connaître le mécanisme et était sceptique quant à la réussite potentielle d'un tel programme de réduction de la pauvreté – seules les ONG internationales et les bailleurs connaissaient ces modèles et ont expliqué qu'ils n'ont généralement pas fait l'objet de discussions au Mali. Cependant, ce qui est intéressant, c'est qu'après d'autres recherches, nous avons pu nous rendre compte qu'il y avait déjà certaines formes de dispositif de 'transfert en espèces' comme réponse à des vulnérabilités spécifiques dans le cadre des interventions de l'État dans le domaine de 'l'assistance sociale'. C'est cette nuance qui change la perception de l'approche: les transferts en espèces dans le contexte malien sont perçus comme une aide – une forme d'œuvre de bienfaisance de l'État aux 'nécessiteux' – plutôt qu'un dispositif systématique de réduction de la pauvreté et de la vulnérabilité et de promotion du développement permettant aux citoyens de réaliser leurs droits fondamentaux. Par conséquent, il faudra du temps et des preuves solides pour que la promotion de la notion du transfert en espèces comme dispositif puissant de réduction de la pauvreté, et surtout de lutte contre la pauvreté chez l'enfant gagne l'appui des uns et des autres.

### 7.1 Situation actuelle des transferts en espèces au Mali

Sur le plan international, il y a un large éventail de programmes de transfert en espèces pour la réduction de la pauvreté, avec des conceptions politiques différentes basées sur les objectifs de chaque programme, les besoins de réduction de la pauvreté du pays, les populations vulnérables distinctes, les ressources publiques disponibles pour le financement du programme, et la faisabilité

politique entre autres. Beaucoup de ces interventions profitent directement aux enfants (comme bénéficiaires principaux), ou indirectement (par leur impact sur les ménages et/ou sur les accompagnateurs des enfants). Le tableau 15 présente un schéma des principaux types de transfert en espèces et de leurs objectifs, et indique lesquels des transferts en espèces peuvent avoir un impact direct ou indirect sur les enfants.

**Tableau 15: Les différents types de transferts en espèces et leurs objectifs**

Type de transfert en espèces vers les ménages	Détails du programme	Objectifs principaux	Bénéficiaires
Transferts conditionnels en espèces pour le développement humain.	Subventions ciblant les ménages pauvres assorties de conditions telles que la fréquentation scolaire ou des centres de santé.	Améliorer la santé, la nutrition et les résultats scolaires pour les enfants et les membres des ménages.	Les ménages pauvres – avec comme cible la mère de famille- les bénéficiaires finaux sont les enfants
Argent contre travail.	Les gens reçoivent du travail en fournissant la main d'œuvre pour des projets de travaux publics.	Réduire la vulnérabilité saisonnière et augmenter le revenu des ménages afin de satisfaire les besoins élémentaires.	Les ménages pauvres – adultes capables de travailler.
Transferts en espèces inconditionnels ciblés.	Les ménages les plus pauvres sont ciblés pour une petite subvention.	Améliorer le revenu des ménages dans le but de satisfaire les besoins élémentaires.	Les ménages les plus pauvres – souvent ceux sans main d'œuvre disponible; les enfants peuvent être des bénéficiaires directs ou indirects.
Pensions sociales.	Subvention sous forme d'argent aux personnes âgées.	Répond à la pauvreté qui affecte les personnes âgées de façon disproportionnée.	Peut être universel ou cibler les pauvres ou les personnes dépassant un certain âge; peut bénéficier aussi aux enfants pris en charge par des personnes âgées.
Allocations pour les enfants.	Les ménages ayant des enfants reçoivent des subventions en espèces.	Couvre les besoins élémentaires des enfants dans les ménages.	Peut cibler les ménages les plus pauvres; les bénéficiaires principaux sont les récipiendaires des subventions et les enfants.
Prestations d'invalidité .	Appui aux personnes invalides.	Aide les personnes invalides à avoir accès aux services et à satisfaire leurs besoins élémentaires.	Les personnes invalides, en particulier celles qui ne peuvent pas travailler.

Au Mali, l'assistance sociale et l'action sociale (qui ont comme l'explique la Section 5, plusieurs fonctions qui se recoupent) ont certaines catégories prédéfinies d'appui en espèces, une forme de transfert d'espèces inconditionnel, qui peut être apporté aux nécessiteux, soit sur une base exceptionnelle, soit pendant une courte période, pour les aider à surmonter leurs difficultés. Aucun de ces mécanismes ne cible directement les enfants, même si l'on peut prévoir qu'une partie des ressources reçues par les familles ayant plusieurs enfants profitera aux enfants et que les enfants en situation difficile que l'on peut qualifier de 'défavorisés' pourraient aussi en bénéficier. Même si

les programmes d'assistance et d'action sociale sont la preuve de la volonté de l'État de 'prendre en charge' les besoins des plus vulnérables, comme politique d'Etat, ces deux types d'intervention ont plusieurs limites, à cause surtout du manque de systématisation des avantages qu'ils offrent.

Nos entrevues avec les principaux acteurs du Ministère du Développement Social, de la Solidarité et des Personnes Âgées font ressortir qu'il n'y a aucun dispositif clair de ciblage dans le pays. Il y a des critères généraux de sélection des bénéficiaires, mais les personnes ayant besoin d'assistance doivent prendre contact avec les services du développement social, soit au niveau local, soit au niveau régional, ou au niveau central, et présenter leurs cas. Dans le cas d'une demande introduite par un individu ou d'une famille, la représentation locale, régionale ou nationale des services sociaux ou une collectivité décentralisée peut entièrement ou partiellement assurer la prise en charge, sur la seule base des éléments contenus dans la demande, sans exiger une enquête sociale. Ainsi le niveau de dépôt de la demande est fortement dégré d'information du demandeur, de son lieu de résidence habituel et des moyens dont il peut disposer pour éventuellement se déplacer. De la même manière, une demande déposée au niveau le plus déconcentré ou décentralisé (cercle ou mairie) peut être acheminée sur le niveau régional ou national sans aucune certitude de satisfaction. Lorsque la demande parvient directement au niveau national, la décision peut être prise d'envoyer ou non un travailleur social ou d'imputer ladite demande au service social pour enquêter sur ledit cas, classer l'individu ou la famille dans la catégorie 'indigent' et décider si un transfert en espèces est approprié ou non (entrevue des auteurs, Mai 2008). Bien qu'il s'agît là d'une forme 'd'enquête simple de ciblage de moyens' basée sur l'évaluation des besoins de la famille par le travailleur social, l'absence de directives et de paramètres de sélection clairs, et le fait que l'appui résulte d'une demande plutôt que de l'identification préalable des bénéficiaires, entraînent un manque de systématisation et une informalité relative du système de transfert, sans base réelle pour une évaluation d'impact. Par ailleurs, la qualité d'indigent n'est pas toujours attestée par un certificat d'indigence, qui n'est généralement délivré que lorsque les demandes de prise en charge sont adressées à une autorité administrative (Maire, Préfet, Gouverneur...)

Sans surprise, un grand nombre de cas sont abordés de façon informelle – par exemple, il y a toujours de longues files d'attente de personnes cherchant une aide sociale devant le bureau du Directeur National du Développement Social, qui les reçoit un à un et leur accorde parfois une forme d'appui correspondant à leurs besoins. Même s'il ne nous a pas été possible d'obtenir des documents sur le nombre des bénéficiaires<sup>30</sup> ou sur les directives opérationnelles de ces programmes, nos entrevues suggèrent que l'approche actuelle pourrait exclure certains groupes démographiques parmi les plus démunis. Premièrement, seules les personnes au courant de la possibilité d'obtenir cette assistance approcheront les autorités concernées pour demander de l'aide; ces personnes seront probablement celles qui ont le plus d'informations, pas nécessairement les plus marginalisées. Deuxièmement, approcher les autorités au niveau régional et/ou central entraîne des coûts considérables, que les plus 'démunis' et certaines personnes dans le besoin auront du mal à supporter. Troisièmement, un dispositif de 'ciblage' basé sur la 'demande' signifie que ces programmes ne sont pas prévisibles: le budget d'assistance prévu peut être réduit d'une année sur l'autre, entraînant un impact sur le nombre de bénéficiaires du transfert. Au regard des préoccupations de transparence et de bonne gouvernance dans le fonctionnement des programmes au Mali (Kaufman et al 2008; République du Mali 2002a), les limites actuelles à la transparence et à la systématisation de ces types de transferts sociaux amènent à se demander s'ils sont le meilleur mécanisme pour atteindre le grand nombre de pauvres et d'indigents au Mali.

---

<sup>30</sup> Le Tableau 7 dans la Section 5 donne une estimation des bénéficiaires des programmes d'assistance sociale (en espèces et en nature)

## 7.2 Quels sont les avantages et les coûts potentiels des transferts en espèces au Mali?

Pour déterminer l'impact potentiel d'un programme national de transfert en espèces ciblant les enfants sur la réduction de la pauvreté au Mali, une série de simulations a été effectuée en utilisant les données de l'enquête nationale sur les ménages. Ces simulations sont fondées sur plusieurs hypothèses (détaillées ci-après) mais elles sont utiles pour démontrer l'impact d'un programme de transfert en espèces ciblant les enfants sur le niveau général de la pauvreté des ménages et, plus particulièrement, sur la pauvreté chez l'enfant.<sup>31</sup>

Évaluer l'efficacité potentielle des programmes de transfert en espèces dans le contexte Malien n'est qu'une partie d'une étude détaillée plus vaste sur la pauvreté et la vulnérabilité, les infrastructures de services de base et la capacité de réalisation des programmes dans le pays. Les simulations ex-ante des micro-données sur l'efficacité en termes de réduction de la pauvreté des transferts sociaux ciblant les enfants peuvent fournir des informations additionnelles aux décideurs politiques, en identifiant la gamme des impacts de la réduction de la pauvreté de ces programmes, l'efficacité relative des options de conception de transfert alternatives et une indication approximative des ressources requises (Stewart et al 2008; Kakwani et al 2005). L'analyse ci-dessous présente les conclusions d'un exercice de micro-simulation utilisant les données de l'enquête sur les ménages au Mali.

Comme nous l'avons expliqué plus haut, les transferts sociaux constituent des subventions en espèces ou en nature aux ménages ou aux individus, visant à augmenter leur revenu ou leur consommation. La simulation compare des mesures de données de base de la pauvreté aux mesures de la pauvreté établies après l'apport de transferts à un ménage. La simulation ne tient pas compte des réponses comportementales des ménages au transfert, qui peuvent être positives ou négatives d'une perspective de réduction de la pauvreté. Par exemple, des études ont démontré que des transferts réguliers et fiables peuvent améliorer la capacité de production des ménages, surtout en milieu rural, si bien que l'augmentation du revenu ou des dépenses est en réalité plus grande que le montant du transfert (Sadoulet et al 2001). Par contre, si les transferts sont mal gérés, l'impact sur la consommation alimentaire peut être plus faible que la somme des allocations. Les simulations ci-dessous ne prennent pas en compte ces réponses comportementales, d'où la nécessité d'entreprendre des recherches additionnelles pour explorer cet aspect en détail.

Les simulations sont basées sur des données de l'enquête sur les ménages: l'ensemble des données de l'ELIM 2006 qui est représentatif sur le plan national. Le tableau 16 ci-dessous fournit des statistiques descriptives tirées de l'ensemble des données.<sup>32</sup>

**Tableau 16: Statistiques descriptives**

	Mali 2006
Observations – individus (nombre)	40810
Observations – ménages (nombre)	4 494
Ménages avec des enfants entre 0–14 ans (nombre)	4 139
Pourcentage des ménages de l'échantillon ayant des enfants de 0 à 14 ans (%)	92,1
Enfants de 0 à 14 ans (nombre)	19 529
Échantillon d'enfants (%)	47,9
Moyenne annuelle des dépenses par personne dans les ménages (FCFA)	231 086
Moyenne annuelle des dépenses par personne dans les ménages pauvres (FCFA)	101 419
<b>Montant annuel du seuil de pauvreté alimentaire des adultes (FCFA)</b>	<b>108 595</b>

<sup>31</sup> Les simulations, les calculs et les analyses dans cette section sont pour la plupart tirés de Barrientos et Bossavie (2008), qui fait aussi partie de cette Étude sur la Protection Sociale et les Enfants en Afrique de l'Ouest et du Centre.

<sup>32</sup> Pour une description plus détaillée des données, voir République du Mali (2007) (la partie sur les tendances).

Source: Données ELIM 2006, calculées par Barrientos et Bossavie (2008).

### 7.2.1 Mesures de la pauvreté

L'analyse présentée ci-dessous est axée sur deux mesures principales de la pauvreté<sup>33</sup>. L'**incidence de la pauvreté** indique la proportion de la population vivant en-dessous du seuil de pauvreté. L'**écart de pauvreté** mesure le déficit moyen par rapport au seuil de pauvreté. Pour les ménages, on adopte comme écart de pauvreté la différence entre le revenu ou la consommation observé des ménages et le seuil de pauvreté alimentaire, ainsi s'agit-il d'une mesure de sévérité de la pauvreté. La mesure est construite en additionnant les écarts de pauvreté de tous les ménages pauvres, et, en exprimant ce total comme la moyenne de l'ensemble de la population, la présentant comme une fraction du seuil de la pauvreté. Il décrit donc l'écart moyen de pauvreté au sein de la population, le montant de pauvreté qui atteindrait le ménage moyen si l'on devait repartir de manière égale l'écart de pauvreté dans son ensemble, comme proportion du seuil de pauvreté.

La simulation compare l'incidence des pauvres et l'écart de pauvreté à l'intérieur de l'échantillon, ajoute ensuite le transfert vers chaque ménage bénéficiaire, et se termine en recalculant la mesure de la pauvreté. Les mesures de la pauvreté sont calculées par rapport à la mesure des dépenses par ménage<sup>34</sup>. Les calculs étaient basés sur le seuil de pauvreté alimentaire du pays, équivalent à 108 595 F CFA par an.

### 7.2.2 Options conceptuelles

Les deux options conceptuelles suivantes de programme ont été simulées:

1. **Allocation Universelle pour enfants (AUE).** Dans cette option, on part de l'hypothèse qu'un transfert équivalent à un tiers du seuil de pauvreté alimentaire est payé à chaque enfant âgé de 0 à 14 ans dans l'échantillon.
2. **Allocation sélective pour enfants en utilisant une enquête de moyens par défaut (ASE).** Dans cette option, on part de l'hypothèse qu'un transfert équivalent à un tiers du seuil de pauvreté alimentaire est payé à chaque enfant âgé de 0 à 14 ans vivant dans un ménage identifié comme pauvre avant le transfert. Une enquête de moyens par défaut a été utilisé pour identifier les ménages pauvres, et un transfert a été appliqué par la suite à chaque enfant vivant dans ces ménages. Une enquête de moyens par défaut est utilisée pour reproduire les conditions possibles sur le terrain lorsqu'une évaluation d'éligibilité pour le transfert est faite sur la base d'un ensemble de caractéristiques du ménage, excluant le revenu ou les dépenses. Une enquête de ce genre est utilisée pour reproduire des conditions possibles sur le terrain là où une évaluation d'éligibilité pour le transfert est faite en utilisant une gamme de caractéristiques des ménages, en excluant le revenu ou les dépenses. Une enquête de ce genre est utilisée dans des pays où il est impossible de conduire une enquête de moyens basée sur le revenu, étant donné le nombre important de personnes dans le secteur informel pour qui des données fiables sur le revenu font défaut. Dans ces cas, leur situation de pauvreté est déterminée selon des caractéristiques relatives à leurs conditions de vie. Au cours de la simulation, un ensemble de variables observées et disponibles dans l'enquête sur les ménages est utilisé en lieu et place du niveau de bien-être du ménage, et comprend les variables reproduisant la localité, le logement, les actifs et la démographie des ménages. Etant donné que la classification de ces variables par des

<sup>33</sup> L'estimation des mesures de pauvreté suit la fonction de la pauvreté de Foster-Greer-Thorbecke, dans laquelle une fonction de la pauvreté  $p(x,z)$ , est spécifiée comme  $p(x,z)=1/n \sum_{i=1}^q (z - x_i/z)^\alpha$ , où  $x_i$  est le revenu ou la consommation de l'individu  $i$ ,  $z$  est le seuil de pauvreté,  $q$  est le nombre de pauvres. Pour  $\alpha = 0$ ,  $p(\cdot)$  produit l'incidence de la pauvreté, alors que pour  $\alpha = 1$ ,  $p(\cdot)$  produit la mesure de l'écart de pauvreté. Pour les buts de cette étude, la fonction de la pauvreté du FGT a l'avantage de produire des mesures de pauvreté cohérentes avec le sous groupe. Voir Foster et al (1984).

<sup>34</sup> Les paramètres et les mesures ont été fixés pour faciliter la comparaison avec une étude similaire au Congo. Voir Notten (2008).

enquêteurs effectuant la collecte de données est susceptible d'évaluation subjective, elles ne sont pas exactes et peuvent donc comprendre des erreurs d'inclusion et d'exclusion. Dans la simulation, nous avons procédé à une régression du tableau des dépenses des ménages sur ces variables, puis utilisé les valeurs ajustées pour estimer l'état de pauvreté d'un ménage.<sup>35</sup> Ici il est important de noter que vu les difficultés d'identification précise des ménages pauvres, autant sur le plan statistique que sur le terrain (où il faut vérifier les caractéristiques des ménages), cette enquête comprend des erreurs d'inclusion et d'exclusion.

### Impact sur les mesures de la pauvreté

Les résultats des simulations de l'impact des transferts sur les mesures de la pauvreté sont présentés au Tableau 17. Le transfert est fixé à 30% de du seuil de pauvreté alimentaire des enfants défini au niveau national, et à 70% du seuil de pauvreté alimentaire des personnes âgées de 55 ans et plus; celui-ci étant plus élevé, « les 55 ans et plus » étant moins nombreux que les enfants dans les ménages. L'allocation pour enfant et la pension fourniraient une part importante des ressources financières nécessaires pour satisfaire les besoins alimentaires des enfants.

**Tableau 17: Résultats de la simulation sur l'impact de la pauvreté pour le Mali**

Transfert	Ligne de base	AUE	ASE
Allocation par enfant comme % du seuil de pauvreté alimentaire		30	30
Transfert annuel (en FCFA)		32,580	32,580
<b>Impact sur la pauvreté</b>			
<i>Incidence de la pauvreté</i>			
Toute la population (%)	40,8	30,4	34,5
Réduction de l'incidence de la pauvreté (%)		25,5	15,4
Tous les enfants (%)	43,4	31,4	35,9
Réduction de l'incidence de la pauvreté (%)		27,6	17,3
<i>Écart de pauvreté</i>			
Toute la population (% du seuil de pauvreté)	13,1	7,7	8,9
Réduction de l'écart de pauvreté (% du seuil de pauvreté)		40,4	32,0
Tous les enfants (% du seuil de pauvreté)	13,8	7,7	9,0
Réduction de l'écart de pauvreté (% du seuil de pauvreté)		44,0	34,8

Source: Données de l'ELIM 2006, calculées par Barrientos et Bossavie (2008).

Comparée aux données de base, l'addition des transferts aux dépenses des ménages peut entraîner une réduction significative de la pauvreté dans son ensemble au Mali:

- L'introduction d'une AUE pourrait entraîner une réduction de l'incidence de la pauvreté de 25,5%.
- Une ASE pour laquelle la sélection est faite sur la base d'une enquête de moyens par procuration aurait un impact moindre sur l'incidence de la pauvreté: 15,4%. L'allocation ciblée a un impact moins important parce que, comme expliqué ci-dessus, les enquêtes de moyens par défaut comprennent des erreurs d'inclusion et d'exclusion ayant comme résultat le non ciblage de tous les ménages pauvres par le transfert.

L'impact d'un transfert sur l'incidence de la pauvreté chez l'enfant est plus important que celui sur la population dans son ensemble, à cause du niveau plus élevé de l'incidence de la pauvreté chez l'enfant.<sup>36</sup>

<sup>35</sup> Pour faciliter la comparaison avec l'étude pour le Congo, nous avons reproduit le modèle pour la simulation des enquêtes de moyens par défaut utilisées dans ce pays-ci.

<sup>36</sup> L'impact plus important du transfert sur la pauvreté chez l'enfant n'est pas basé sur le fait que le transfert cible les enfants, puisque les transferts sont simplement rajoutés aux dépenses de ménage et on suppose qu'ils sont distribués de façon égale à tous les membres du ménage.

- L'introduction d'une AUE pourrait entraîner une réduction de l'incidence totale de la pauvreté de 27,6%.
- Une ASE dans lequel la sélection est faite sur la base d'une enquête de moyens par défaut a un impact moindre sur l'incidence de la pauvreté: 17,3%.

L'impact du transfert sur l'écart de pauvreté est plus grand que celui sur l'incidence de la pauvreté. Le fait que le transfert est fixé à 30% du seuil de pauvreté fait que le transfert en lui-même n'est pas suffisant pour sortir les enfants des familles pauvres de la pauvreté.

- L'introduction d'une AUE pourrait entraîner une réduction de l'écart général de pauvreté au Mali de 40,4%.
- Une ASE pour laquelle la sélection est faite sur la base d'une enquête de moyens par défaut a un impact moindre sur l'écart général de pauvreté: 32%.

L'impact du transfert sur l'écart de pauvreté chez l'enfant est encore plus grand.

- L'introduction d'une AUE pourrait entraîner une réduction de l'écart de pauvreté chez l'enfant de 44% au Mali.
- Une ASE pour laquelle la sélection est faite sur la base d'une enquête de moyens par défaut a un impact moindre sur l'écart de pauvreté chez l'enfant: 34,8%.

### 7.2.3 Analyse de coût-efficacité

Nous focalisons maintenant notre attention sur le coût-efficacité d'un transfert axé sur les enfants sur la réduction de la pauvreté, et l'efficacité relative des différentes options conceptuelles. Les résultats de la simulation sont résumés au Tableau 18 ci-dessous. Les simulations fournissent aussi des informations sur deux questions fondamentales: premièrement, de quelles ressources avons-nous besoin pour appuyer l'introduction d'un transfert ciblant les enfants? Deuxièmement, comment ces ressources peuvent-elles effectivement atteindre les ménages pauvres?

Le premier ensemble de chiffres vise à fournir des informations sur les ressources nécessaires pour financer le transfert. Ces chiffres sont calculés en multipliant le nombre d'allocations par la valeur du transfert. Le coût de la gestion et de la réalisation du programme de transferts est fixé à 10% des dépenses en termes d'allocations pour l'AUE et à 15% des dépenses en termes d'allocations pour le programme sélectif. Les coûts opérationnels de sélection sont donc estimés à 5% des dépenses en termes d'allocations<sup>37</sup>. Il y a aussi des coûts de sélection associés aux erreurs de sélection.

- Le programme de transfert pourrait absorber entre 3,2% et 5,9% du PIB du Mali, selon la conception du programme.
- Les coûts liés à une AUE sont estimés à 5,9% du PIB, tandis que les coûts liés à une ASE pour laquelle la sélection est effectuée par une enquête de moyens par défaut sont estimés à 3,2% du PIB.

Le second ensemble de chiffres fournit des informations sur l'efficacité de la réduction de la pauvreté selon l'option conceptuelle du transfert.

- Les erreurs d'inclusion soulignent le pourcentage d'enfants non pauvres inclus dans le programme. Une AUE serait payée à tous, et alors elle atteindrait également 56,6% de tous les enfants au Mali qui ne sont pas pauvres.
- On estime que la sélection au moyen d'une enquête de moyens par défaut inclut dans le programme 22,5% de tous les enfants Maliens au dessus du seuil de pauvreté, soit parce que l'enquête de moyens appliquée les considère comme pauvres, soit parce qu'au moment de sélection des ménages, la personne chargée de la sélection de ménages ciblés pourra inclure des ménages qui ne correspondent pas aux critères, (soit par suite de corruption, soit à cause d'une décision prise par le chargé de la sélection.)

---

<sup>37</sup> Il s'agit là de coûts récurrents plus appropriés à un programme en cours, car l'introduction d'un programme aura probablement des coûts plus élevés au départ, couvrant la formation, l'information et les systèmes de réalisation, et les informations de données de base pour le suivi/évaluation.

Le Tableau 18 comprend aussi une mesure monétaire des coûts de réduction de l'écart de la pauvreté dans son ensemble et parmi les enfants.

**Tableau 18: Résultats de la simulation coût/efficacité pour le Mali**

	AUE	ASE
<b>Coûts</b>		
Dépenses annuelles d'allocations (en milliard de FCFA)	192	101
Coût administratif (comme % des dépenses annuelles d'allocations)	10	15
Coût administratif annuel (en milliard de FCFA)	19,2	15,2
Dépenses annuelles du programme		
(en milliard de FCFA)	211,2	116,2
(comme % du PIB)	5,9	3,2
<b>Efficacité de réduction de la pauvreté</b>		
<i>Cibler l'efficacité</i>		
Erreur d'inclusion (% de tous les enfants au dessus du seuil de pauvreté inclus)	56,6	22,5
Erreur d'exclusion (% de tous les enfants pauvres exclus)	0	10,6
Ratio coût/bénéfice (milliards de FCFA nécessaires pour réduire l'écart moyen de pauvreté par un point de pourcentage)		
Toute la population	39,1	27,6
Tous les enfants	34,6	24,2

Source: données de l'ELIM 2006, calculées par Barrientos et Bossavie (2008).

Au Mali, l'utilisation d'un transfert ciblant les enfants de 30% du seuil de pauvreté pourrait entraîner une réduction de 1 point de pourcentage de l'écart de pauvreté chez l'enfant, pour un coût de 34,6 milliards de FCFA avec une AUE; et 24,2 milliards de FCFA si on utilise une ASE pour laquelle la sélection est faite par une enquête de moyens par défaut.

#### 7.2.4 Problèmes de conception du programme.

La simulation soulève quelques problèmes de conception du programme. En premier lieu, une AUE a l'avantage de réduire les erreurs d'exclusion au minimum, mais nécessite un budget significativement plus élevé que celui dont un programme sélectif aurait besoin. L'éventail des estimations de coût et de l'efficacité en termes de la réduction de la pauvreté des allocations sélectives (effectuant la sélection par une enquête de moyens par défaut) montre l'importance de réussir la sélection, si telle est l'option choisie. Deuxièmement, les simulations reflètent un programme de transfert couvrant tous les enfants du ménage. Ailleurs, des programmes similaires imposent des restrictions sur le nombre d'enfants à appuyer dans chaque famille, ou fixent un plafond pour l'ensemble de transferts qu'un ménage peut recevoir. Troisièmement, les simulations se sont focalisées sur les transferts à niveau fixe (par enfant) et n'ont pas pris en compte les possibilités de variation du niveau du transfert. Les transferts à niveau variable peuvent améliorer l'efficacité de la réduction de la pauvreté du transfert dans les cas où des catégories d'enfants facilement identifiables montrent des niveaux de pauvreté ou de vulnérabilité différents, les filles et les garçons par exemple, ou les enfants scolarisés et les enfants non scolarisés.

Ainsi, malgré les hypothèses et les limites de ce genre d'exercices, les simulations décrites ci-dessus démontrent que des transferts sociaux ciblant les enfants peuvent avoir un impact significatif sur la réduction de la pauvreté et de la vulnérabilité au Mali.

#### 7.2.5 Le Mali peut-il se permettre des transferts en espèces?

Une des conclusions de la Section 6 est que le Mali a réussi une gestion macroéconomique stable et une gestion fiscale responsable au cours des dernières années, avec la promesse des autorités de maintenir cette tendance. Cependant, les entrées fiscales sont limitées au Mali et le pays dépend des bailleurs pour le financement de son programme de développement, qui continue d'avoir des besoins importants. Dans le CBMT du Mali, il est prévu une légère réduction de

l'ensemble des dépenses de 29,2% du PIB en 2006 à 27,7% du PIB en 2011 (République du Mali 2006, Annexe I) afin de maîtriser les déséquilibres fiscaux. Pourtant, le gouvernement a affirmé son engagement à financer les besoins de développement et les secteurs et programmes en faveur des pauvres définis dans le CSCRP pour atteindre les objectifs de réduction de la pauvreté<sup>38</sup>, principalement à travers l'amélioration de ses performances fiscales et une meilleure gestion de finances publiques. Le Tableau 19 montre les estimations de coût des deux scénarios pour les différents transferts sociaux axés sur les enfants.

**Tableau 19: Estimation de coûts des deux scénarios**

Programme	Coût total (milliard de FCFA)	Comme part des dépenses totales*	Comme part du PIB
AUE	211,2	21,63%	5,9%
ASE	116,2	11,90%	3,2%

Source: Barrientos et Bossavie (2008) et MTBF 2007–2011 du Mali.

Note: \*Le coût pour l'ensemble des dépenses pour 2007 (projection) est de 976 602 milliards FCFA, CDMT 2007–2011 du Mali.

Le Tableau 20 montre la répartition des dépenses prévisionnelles en 2008-2009 dans le secteur social, selon des données du ministère des Finances.

**Tableau 20: Ratios globaux des dépenses totales par secteur, 2006–2011**

Secteurs	2008 prévisions budgétaires (nominales)	2009 propositions (nominales)	2008 prévisions budgétaires (en % du PIB)	2009 projet de budget (en % du PIB)
Éducation de Base	130 200 856	150 585 294	3,68%	3,95%
Santé	78 867 434	88 847 181	2,23%	2,33%
Autres secteurs sociaux	43 826 020	42 791 247	1,24%	1,12%

Source: Données du budget fournies par le ministère des Finances Chiffres de GDP des estimations et projections du FMI

Au vu des coûts des simulations présentées, les chiffres sur les dépenses du secteur social au Mali et les conclusions de l'analyse de l'espace fiscal fournie à la section 6, on peut tirer les conclusions suivantes sur la capacité du Mali à faire des transferts sociaux ciblant les enfants.

- L'AUE dont le coût est estimé à 5,9% du PIB est largement trop chère eu égard au fait qu'un tel programme prendrait une part plus grande des dépenses que tout le secteur de l'éducation de base (entre 3,7% et 4% du PIB) et plus de 70% de plus que le budget pour la santé et autres secteurs sociaux combinés. Ainsi ce n'est pas réaliste au regard de l'ampleur des besoins de financement public au Mali.
- A plus de 3,2% du PIB, l'allocation pour les enfants (en utilisant l'enquête de moyens par défaut) reste chère comparée à d'autres dépenses d'ordre primordial pour le secteur social: par exemple, elle prendrait toujours plus de ressources que le budget prévisionnel pour la santé.

Ainsi en termes générales, créer de l'espace fiscal au dessus de 3% du PIB n'est pas à la portée du Mali étant donné sa position fiscale actuelle et la concurrence de ses multiples besoins en politique sociale. Il est pertinent de noter que les deux scénarios qui furent simulés étaient sélectionnés sur la base de leur comparabilité avec quatre autres études de cas dans des pays faisant partie de l'étude régionale plus large sur la protection sociale et ainsi

<sup>38</sup> Etant donné que le pilier le plus fort du CSCRP est celui relatif à l'encouragement de la productivité qui est reflété dans la composition des dépenses.

iles n'étaient pas spécifiquement basé dans le contexte malien, ce qui explique leur nature trop chère. Cependant en réfléchissant sur l'analyse de l'espace fiscal présenté à la section 6, il pourrait être possible de financer un programme de transfert en espèces plus modeste que ceux présentés par les simulations. En fait les scénarios présentés dans les simulations ont un impact très sensible sur la réduction de la pauvreté mais ils sont ambitieux par rapport aux programmes similaires ailleurs en Afrique, étant donné la couverture étendue proposée soit par une allocation universelle, soit par un transfert aux enfants dans tous les ménages pauvres, et le montant du transfert à 2,715 F CFA par enfant et par mois (environ 6 dollars US) tandis que d'autres programmes en Afrique varient de transferts de 2 dollars US par membre du ménage (Mozambique) à 7 à 13 dollars US par ménage au Ghana (Barrientos et Holmes 2007).

Ceci implique que les options supplémentaires rendant le programme plus à la portée du Mali pourraient être explorées, y compris les suivantes :

- Il y a la possibilité de réduire le montant du transfert proposé à 10% ou 15% du seuil de pauvreté plutôt que 30%, pourvu que le montant du transfert soit toujours assez significatif pour fournir un appui aux ménages bénéficiaires.
- Le programme pourrait cibler des enfants d'une fourchette d'âges plus réduite plutôt que les enfants de 0 à 14 ans. Par exemple, en ciblant des enfants de 0 à 5 ans, l'accent du programme pourrait être mis sur l'amélioration des effets nutritionnels sur de jeunes enfants, ou il pourrait cibler les enfants en âge de l'école primaire, axé sur la promotion de la fréquentation scolaire et la réduction du travail de l'enfant. Cette décision serait basée sur un choix politique selon l'objectif le plus pertinent.
- Le ciblage pourrait être limité aux seuls ménages les plus pauvres (par exemple, ceux du quintile ou décile de richesse le plus limité) plutôt que tous les ménages en-dessous du seuil de pauvreté, tout comme lors de la simulation en employant l'enquête de moyens par défaut. Cependant une telle option devrait prendre en compte les complexités et les coûts du ciblage, ce qui sera discutée en plus ample détail ci-après.
- Une possibilité notée lors de la discussion sur la conception du programme est de plafonner le nombre d'enfants par ménage qui recevraient le transfert. Cependant, dans le cas du Mali ceci pourrait poser problème étant donné que dans des ménages polygames, les enfants ont des mères différentes et leur statut au sein du ménage pourrait être menacé en cas d'exclusion du transfert.
- Un autre moyen d'arriver à pouvoir face aux coûts, particulièrement si un programme devrait être introduit par étapes, serait à travers un ciblage initial géographique, visant l'intervention axée sur les zones les plus déshéritées ayant les indicateurs les plus faibles du bien-être de l'enfant. Cependant, il est clair que dans un pays où plus de la moitié de la population est pauvre, cette approche n'atteindrait pas les ménages pauvres dans des régions relativement mieux nanties (et pouvait risquer l'inclusion de ménages plus aisés dans des endroits plus pauvres.)

En tout état de cause, les coûts du programme pourraient être réduits de façon significative en utilisant l'une ou en combinant plusieurs des critères cités ci-dessus, en réalisant le programme manière séquencée appropriée au contexte malien et plus abordable et durable pour l'Etat dans le moyen à long terme, étant donné les contraintes budgétaires et économiques. Un programme plus modeste aurait moins d'impact que les options présentées ci-dessus, mais il présenterait toujours une option budgétaire significative pour la réduction de la pauvreté, comme on pourrait le prouver à travers des simulations supplémentaires ou le pilotage. Un pilotage réussi dans des régions sélectionnées et l'identification de complémentarités d'un tel transfert avec d'autres services sociaux (par exemple en augmentant la demande pour la santé et/ou l'éducation) pourrait produire des connaissances pour reproduire un tel programme ailleurs, tout en exigeant moins d'effort fiscal au départ. En cas de réussite, il pourrait être plus facile de rallier l'appui politique et financier pour la mise à l'échelle du programme de transfert en espèces.

Afin de créer l'espace fiscal pour financer un programme plus modeste de transferts en espèces, l'une des options plus faisables (telles qu'analysées en plus ample détails à la section 6), est de réallouer des ressources à partir d'autres secteurs – évidemment pas les secteurs sociaux où il y a toujours des écarts de financement pour assurer l'accès aux services de qualité. Ceci impliquerait un examen budgétaire global des secteurs qui utilisent une part plus importante de ressources publiques et leur rentabilité. Un tel exercice pourrait être entrepris plus facilement en cas de ralliement de l'appui politique pour un transfert social axé sur les enfants basé sur les preuves de son impact potentiel sur la réduction de la pauvreté. En plus, le réalignement de ressources de programmes de l'assistance sociale et de l'action sociale actuelle de façon plus rentable, pourrait rendre disponible des ressources du secteur pour les allouer à un tel programme. Cependant, comme l'indique l'analyse de l'espace fiscal pour la protection sociale présentée à la section 6, étant donné la nature récurrente d'une allocation axée sur les enfants, il ne serait pas à conseiller de prendre des dettes (même à concessions) pour les coûts récurrents du programme à moyen terme parce que les fonds peuvent être imprévisibles et produire des interruptions importantes à la réalisation du programme.

## 7.3 Le ciblage a-t-il un sens au Mali?

La décision sur le ciblage des programmes de protection sociale suscite des débats entre les analystes et les praticiens de la protection sociale, en particulier concernant les pays d'Afrique sub-saharienne où la pauvreté est répandue et où le but est d'atteindre le maximum de gens possibles. Cependant, les ressources publiques sont limitées, et des décisions doivent être prises sur comment rendre les programmes plus abordables. Par ailleurs, lorsque les ressources gouvernementales sont très rares, il est tentant de concentrer tous les efforts d'augmentation de revenu sur certains 'groupes cibles' ou ménages ou individus vivant dans la pauvreté pour réaliser le maximum d'impact à partir d'un budget de réduction de la pauvreté donné ou, dans la même proportion, pour réaliser au moins un impact donné à coût budgétaire (Coady et al 2002).

D'un autre côté, il y a d'importants défis administratifs et de capacité à prendre en compte, ce qui peut augmenter la complexité du ciblage. Par exemple, certains critiques arguent que le ciblage de la pauvreté requiert des informations permettant d'identifier les ménages pauvres qui peuvent être difficiles et chères à recueillir, de même que des conditions administratives que les pays à faible revenu pourraient ne pas avoir. Parmi les autres facteurs à prendre en compte nous avons le risque que ces programmes entraînent des coûts sociaux tels que la stigmatisation et/ou davantage d'exclusion des bénéficiaires ou des tensions sociales entre les récipiendaires et les non récipiendaires (Coady et al 2002; Jones et al 2008). Par ailleurs, Adato et Hoddinott (2007) et Coady et al (2002) maintiennent que le ciblage des programmes de protection sociale est un moyen d'arriver à une fin, si la fin est de garantir que les ménages pauvres seront les bénéficiaires des programmes de protection sociale.

### 7.3.1 Situation actuelle au Mali

Le ciblage au Mali a été analysé dans le contexte d'autres programmes du secteur social et les opinions sur son efficacité et sa faisabilité sont mitigées. Les spécialistes de la mobilisation communautaire et du développement interrogés dans le cadre de cette étude ont expliqué que les communautés n'aiment pas les mécanismes de ciblage basés sur la communauté car de tels mécanismes érodent le sens de la cohésion sociale, créant des tensions entre les membres des communautés qui ont été choisis et ceux qui ne l'ont pas été (entrevue des auteurs, Avril 2008). Au cours de nos entrevues, un autre argument contre le ciblage a été que beaucoup de personnes se trouvent dans le besoin et qu'il est de plus en plus difficile de différencier entre ceux qui auraient droit à une allocation et ceux qui n'y auraient pas droit, d'autant que le seuil de pauvreté monétaire ne fait pas ressortir les différentes gammes de besoins et de vulnérabilités. Malgré ces

contraintes, pour certains types d'allocations (par exemple les interventions dans le domaine de la santé), le ciblage basé sur la communauté à travers des évaluations informelles des ménages par les membres de la famille a été perçu au Mali comme le mécanisme le plus facile pour assurer l'acceptation et le suivi par la communauté des bénéficiaires (Entrevues des auteurs, Avril 2008). Sur la base des discussions avec les principaux acteurs, dans le cas des programmes d'assistance sociale au Mali, on peut dire qu'il n'y a actuellement aucun ciblage systématique véritable, mais qu'il y a plutôt un ensemble de critères d'ordre général pour l'approbation ou non de l'appui selon les besoins. Les évaluations faites par les individus ou les ménages de la situation des bénéficiaires potentiels – généralement par un travailleur social ou les responsables des services sociaux – fournissent des informations permettant de décider au cas par cas s'il faut oui ou non accorder l'allocation.

### 7.3.2 Exploration des différents mécanismes de ciblage

Ce passage présente un éventail de mécanismes de ciblage possibles qui ont été utilisés sur le plan international sur plusieurs programmes de protection sociale. Après une définition sommaire des types les plus courants de mécanismes de ciblage dans l'encadré 1 ci-dessous, nous analyserons l'applicabilité de certaines de ces différentes méthodes de ciblage – par rapport à leurs coûts, leurs critères administratifs, et l'efficience du ciblage dans le cas du Mali.

#### Encadré 1: Méthodes de ciblage

##### Le ciblage se caractérise par quatre phases:

1. Un ensemble de décisions politiques sur ceux qui doivent être appuyés par les programmes de transfert;
2. La conception et la mise en œuvre des mécanismes visant à assurer que l'appui arrive à ceux à qui il est destiné, avec des erreurs minimales d'inclusion et d'exclusion;
3. Les processus d'identifier ces personnes et la mise à jour de telles listes; et
4. Faire en sorte que les bénéficiaires voulus comprennent les allocations auxquelles ils ont droit.

Dans la pratique, certaines méthodes de ciblage sont généralement combinées pour atteindre une efficacité maximale.

Parmi les méthodes de ciblage courantes nous avons:

**Évaluation individuelle ou de ménages**, qui implique des évaluations directes, ménage par ménage ou individu par individu pour déterminer si un candidat est éligible ou non pour le programme. Cela se fait généralement en utilisant une enquête de moyens ou des instruments d'indicateurs de la pauvreté. Cette méthode est la plus technique et utilise une main d'œuvre intensive et par conséquent, fait appel à une capacité institutionnelle renforcée. Parmi les types d'évaluations des ménages, il y a divers types de mécanismes dont le degré de cohérence varie et qui requièrent donc des degrés de capacité administrative et institutionnelle différents pour être réalisés.

*L'enquête de moyens vérifiable* recueille des informations (presque) complètes sur le revenu et/ou les moyens d'un ménage et compare les informations recueillies à des sources indépendantes comme les fiches de paie, ou la documentation d'impôt sur le revenu et sur les biens. Cela nécessite que les populations cibles aient de tels documents pour permettre les vérifications, de même que l'existence d'une capacité administrative pour traiter et actualiser continuellement ces informations chaque fois qu'il est opportun de le faire. Pour toutes ces raisons, les enquêtes de moyens vérifiables sont extrêmement rares dans les pays en développement, où les ménages les plus démunis reçoivent des revenus de plusieurs sources et où la constitution formelle de dossiers n'existe pas.

*L'enquête de moyens simple*: Cette enquête ne nécessite pas de vérification indépendante de revenu et est relativement courante. Une visite à domicile par un travailleur social du programme peut permettre de vérifier de manière qualitative/visible si le niveau de vie, qui est le reflet du revenu ou des moyens, est plus ou moins conforme aux chiffres donnés. Ce genre d'enquête de moyens simple est utilisé à la fois pour les programmes de transfert direct et pour les programmes de gratuité de services, avec ou sans visite à domicile.

*L'enquête de moyens par défaut* est de plus en plus utilisée, bien qu'elle demeure relativement rare. Cette enquête dénote un système qui produit un score pour les ménages candidats sur la base de caractéristiques

de ménages assez faciles à observer, telles que l'emplacement et la qualité de la résidence, la possession de biens durables, la structure démographique du ménage et le niveau d'éducation et, si possible, l'occupation des adultes qui y vivent. Les indicateurs utilisés dans le calcul des scores et leurs poids relatifs sont tirés d'analyses statistiques de données issues d'enquêtes détaillées sur les ménages, dont la réalisation pour tous les candidats de programmes à grande échelle coûterait cher.

*Le ciblage basé sur la communauté* utilise un groupe de membres de la communauté ou un leader communautaire dont les fonctions principales dans la communauté n'ont rien à voir avec le programme de transfert, pour sélectionner ceux qui au sein de la communauté doivent bénéficier du programme ou non.

*Le ciblage par catégorie* implique la définition des catégories dont tous les membres sont éligibles pour les bénéfices. Il implique la définition de l'éligibilité en termes de caractéristiques individuelles ou des ménages qui soient assez faciles à observer, difficiles à falsifier et en corrélation avec la pauvreté. Parmi les catégories couramment utilisées nous avons l'âge (les enfants, les personnes âgées, les jeunes); la géographie (ou cartographie de la pauvreté); le genre et l'appartenance ethnique.

*Les programmes d'auto-sélection.* Ici, l'accès aux programmes peut être illimité, si bien que les programmes peuvent paraître non ciblés, mais leur concept les rend attractifs pour les plus pauvres uniquement, (par exemple le transfert est accordé à ceux qui participent à une forme de main d'oeuvre: le transfert est sous forme d'un produit de moindre qualité ou le coût administratif de se faire enregistrer pour le recevoir est trop élevé) qui auront probablement un coût de participation moins élevé que les mieux nantis

Source: Farrington et al (2007); Coady et al (2002).

Si l'on s'en tient aux informations issues des simulations dans la Section 7.2, pour les cas d'allocation pour les enfants au Mali, il serait plus rentable d'avoir un programme ciblé, à cause du coût élevé d'une allocation universelle (qui le rend inabordable pour le gouvernement Malien) en dépit des risques d'exclusion. Ainsi que le montre le tableau ci-dessus, il existe un éventail de mécanismes de ciblage et il est important d'explorer les plus applicables dans les cas de bénéfice pour les enfants au Mali.

Les cas où un seul mécanisme de ciblage est utilisé à la fois ne sont pas courants. Dans le cas d'un transfert en espèces destiné à réduire la pauvreté des enfants, le premier ciblage est catégoriel (de 0 à 14 ans), basé sur l'âge, car c'est seulement les ménages ayant des enfants qui en bénéficieraient. Il s'agit là d'un filtre relativement facile à utiliser, même si dans le contexte Malien, il y a des défis additionnels, eu égard au fait que 48% des enfants au Mali ne sont pas enregistrés et à peu près 40% ne fréquentent pas l'école. Dans ces conditions, il pourrait être difficile d'identifier tous les ménages bénéficiaires. Les enfants doivent être identifiés et enregistrés pour obtenir les bénéfices, ce qui passe par un appui administratif et des campagnes de sensibilisation permettant aux enfants, y compris ceux vivant dans les communautés les plus éloignées (et souvent les plus pauvres) d'en bénéficier.

Bien que la pauvreté soit répandue au Mali, des disparités régionales importantes existent qui pourraient faciliter une approche par étape au ciblage qui se focalise au départ sur les régions les plus pauvres: dans ce sens l'une des possibilités est de commencer par un ciblage géographique pour réduire le nombre des bénéficiaires tout en reconnaissant que cette approche comprendrait l'exclusion de beaucoup de pauvres dans d'autres régions. Le ciblage peut être peaufiné d'avantage à travers un des mécanismes de ciblage des ménages ou individuel. Dans le cas d'un transfert en espèces axé sur les enfants, les données sur l'état nutritionnel des enfants et le degré d'inscription à l'école - deux déterminants majeurs de la pauvreté des enfants – peuvent être utilisées pour élaborer une carte de la pauvreté pour une première intervention du transfert en espèces. Un indice multidimensionnel de la pauvreté, tel que celui sur les privations des enfants dans l'Étude sur la Pauvreté des Enfants de l'UNICEF Mali (2008) peut aussi être utilisé pour élaborer une cartographie de la pauvreté des enfants en vue de déterminer les interventions de la première phase, basée sur les données existantes. Toutefois, le ciblage géographique en tant que tel sans d'autres critères de sélection pourrait engendrer des erreurs d'inclusion (c'est-à-dire, inclure des bénéficiaires qui ne sont pas pauvres) et un nombre de bénéficiaires trop important, ainsi il devrait être peaufiné d'avantage.

Il y a des avantages à utiliser le ciblage individuel et/ou basé sur les ménages pour minimiser les erreurs d'inclusion et garantir que les ressources disponibles arrivent à ceux à qui elles sont destinées. Cependant, le ciblage porte en lui des complexités qui peuvent rendre sa mise en œuvre problématique pour un pays en développement comme le Mali. L'applicabilité de trois des différents mécanismes de ciblage dans le cas du Mali est explorée ci-dessous, sur la base de la cartographie des conditions économiques, sociales et institutionnelles requises pour le ciblage de Coady et al (2002).

L'efficacité du ciblage basé sur une enquête de moyens dépend largement de la capacité de recueillir des informations fiables sur les revenus dans leur ensemble à un coût raisonnable. En général, l'enquête de moyens entraîne des coûts plus élevés liés à la collecte et à la vérification des informations, que les méthodes catégorielles, mais ces coûts varient en fonction du niveau d'informations requis. Dans le cas du Mali, la sélection en cours des bénéficiaires des programmes d'assistance et d'action sociales est basée grossièrement sur l'**enquête de moyens simple**, bien que cette sélection fonctionne de manière un peu différente, car il ne s'agit pas de ciblage préprogramme, mais plutôt d'un examen du niveau de vie et du statut de pauvreté des candidats basé sur les demandes des individus d'obtenir l'assistance. Pour cette raison, des structures de services sociaux sont en place au niveau régional qui peuvent développer la capacité de réaliser des enquêtes de moyens simples dans le contexte d'un système plus systématisé. Néanmoins, quoiqu'il soit toujours utile d'avoir ces structures en place déjà, le besoin d'investissement – en termes de développement de compétences, systèmes et coûts – ne devrait pas être sous-estimé étant donné que la portée d'un programme de transfert en espèces, avec un nombre de ménages bénéficiaires atteignant les dizaines de milliers, dépasse de loin la portée des services sociaux qui ont la capacité actuelle d'atteindre tout au plus seulement quelques centaines de ménages.

Nos entrevues aux niveaux régional et national indiquent que ce processus est difficile à entreprendre, car il n'y a généralement pas suffisamment de ressources gouvernementales pour payer les salaires, le transport et les autres frais logistiques permettant aux travailleurs sociaux de faire des visites à domicile et de vérifier les conditions de vie des candidats. L'enquête a tendance à se reposer sur les informations fournies uniquement par les individus, ce qui peut poser des problèmes d'inclusion (pour les individus qui présentent mal leurs statuts) et d'exclusion (pour les personnes pauvres que les travailleurs sociaux n'arrivent pas à atteindre pour les ajouter aux bénéficiaires du programme.) Ainsi, un des préalables pour réaliser efficacement des enquêtes de moyens simples sur une grande échelle au Mali serait de faire en sorte que les coûts administratifs et logistiques soient garantis pour un examen complet des bénéficiaires, ce qui pourrait garantir l'adéquation des informations pour le ciblage. En ce qui concerne les coûts sociaux, les enquêtes de moyens simples peuvent provoquer la stigmatisation sociale et des tensions entre les bénéficiaires et ceux qui sont exclus dans une communauté, surtout dans un contexte où les communautés ne sont pas habituées à des bénéfices sélectifs et où la différence entre les niveaux de vie des ménages pauvres et les ménages riches n'est que marginale dans la plupart des cas. En effet, au cours d'une entrevue avec un mobilisateur communautaire travaillant pour un projet de vulgarisation sanitaire, nous avons appris que les membres des communautés ont tendance à demander une couverture globale plutôt que le ciblage individuel pour ne pas avoir à faire des distinctions entre les ménages. Ce problème se pose aussi dans le cas du **ciblage basé sur la communauté**, dans lequel les responsables communautaires pourraient trouver socialement et politiquement difficile de faire de telles distinctions entre les ménages de leurs localités. Dans le cas du ciblage basé sur la communauté, l'effort de collecte des informations sur les bénéficiaires est répercuté sur les communautés qui les reçoivent, ce qui peut permettre l'appropriation et l'acceptation par la communauté mais aussi entraîner des frais de transaction considérables pour elles, et être problématique pour les communautés les plus pauvres dans lesquelles les responsables sont souvent analphabètes.

Maintenant qu'on a présenté certaines difficultés des enquêtes de moyens simples et du ciblage basé sur la communauté, il est important de mettre en lumière certains de leurs avantages sur les

autres méthodes dans le cas du Mali. Un des avantages de ces deux méthodes est qu'elles ne requièrent pas des compétences individuelles élevées pour la réalisation du ciblage, comme ce serait le cas dans une enquête de moyens par procuration. Aussi, sans négliger la difficulté qu'il y a à obtenir des informations complètes sur tous les ménages potentiels, ce qui pourrait mener à des erreurs d'exclusion et être administrativement coûteux, approcher les responsables du ciblage des communautés peut se traduire par une meilleure différentiation entre les ménages pauvres et les ménages riches selon les caractéristiques spécifiques localement, ce qui permettrait d'assurer plus facilement que les bénéficiaires ciblés soient effectivement inclus au programme. De plus, ces deux mécanismes de ciblage peuvent connaître plus de réussite en matière d'approche d'un nombre plus grand de ménages pour l'enregistrement et l'inscription dans les programmes de transfert en espèces.

L'enquête de moyens par défaut est une méthode différente de ciblage des ménages, développée pour répondre à certaines difficultés liées à la collecte et à la vérification d'informations détaillées sur le revenu ou le niveau de consommation des ménages dans beaucoup de pays en développement. Les enquêtes de moyens par défaut utilisent un nombre relativement restreint de caractéristiques des ménages tirées des données d'enquêtes détaillées sur les ménages pour calculer une note qui indique le niveau de richesse du ménage et pour déterminer l'éligibilité pour la réception des bénéfices du programme. Une fois que les variables aient été choisies, des méthodes statistiques sont utilisées pour donner un poids à chaque variable. Une caractéristique fondamentale des enquêtes de moyens par défaut, qui peut être perçue comme un avantage ou un inconvénient, est son calcul en formules des besoins. Cela est utile pour faire des jugements pouvant être répliqués avec des critères cohérents et visibles. Parce qu'il utilise des informations assez directes qui sont faciles à recueillir et simples à interpréter, une enquête de moyens par défaut bien exécutée devrait garantir une équité 'horizontale' – que les mêmes ménages ou des ménages similaires (au moins pour ce qui est des variables choisies) bénéficieront du même traitement. Un groupe cible choisi de cette façon peut être aussi suivi quantitativement; dans le cas du Mali, cela pourrait potentiellement aider à minimiser la politisation de l'entrée au programme. D'ailleurs, étant donné qu'au Mali les transferts en espèces sont perçus comme un acte de 'charité' et non comme un moyen d'inciter les ménages à rompre le cycle de la pauvreté, un raisonnement objectif pour le ciblage, tel que défini par l'enquête de moyens par défaut, pourrait s'avérer utile pour justifier l'intervention auprès de la communauté.

D'autre part, parmi les inconvénients de ce mécanisme de ciblage nous avons le fait que la rigidité inhérente aux enquêtes de moyens par défaut ne prenne pas en compte les circonstances particulières pertinentes au ménage ou à la communauté. Dans ce sens, les enquêtes de moyens par défaut portent en eux une erreur inhérente : la formule est conçue pour être juste en moyenne, mais elle ne pourra pas classer les ménages correctement. Baser le choix des variables sur l'analyse des enquêtes sur les ménages pourrait aussi exclure beaucoup de variables qu'un observateur avisé de la localité aurait proposées. Ces deux éléments peuvent engendrer des problèmes d'exclusion. Dans le cas du Mali, cela pose problème, vue l'étendue de la pauvreté. Cependant, comme avec les autres formes d'enquêtes de moyens, les dispositions administratives et institutionnelles liées à la collecte et à la vérification des informations sont cruciales pour garantir des niveaux bas d'erreurs d'exclusion et la nature exhaustive et la précision du ciblage. Dans ce sens, un autre problème posé par le ciblage est que, quoique la définition des critères et le poids des caractéristiques du ménage soient effectuée par des méthodes statistiques, la sélection effective des ménages est fait par des enquêteurs, sur la base de l'observation, qui pourrait permettre l'inclusion par clientélisme de ménages pouvant ne pas correspondre aux critères au cas où il n'y aurait pas de mécanismes adéquats de contrôle qui garantissent la transparence du processus de sélection.

De cette analyse, il ressort que les mécanismes de ciblage sont nécessaires pour assurer la nature abordable et la durabilité du programme à moyen terme au Mali, et qu'une combinaison de mécanismes de ciblage serait plus utile. Cependant, les mécanismes de ciblage des ménages ou individuel les plus convenables pourraient dépendre de la disponibilité des ressources, de la

structure institutionnelle, de la capacité de travailler avec les communautés et des objectifs ultimes du programme, et doivent être choisis en tenant compte d'un éventail de variables et de caractéristiques importantes.

## 7.4 Stimuler la demande des services sociaux de base au Mali

Le Mali continue de souffrir d'une pénurie d'infrastructures sociales de base et d'un accès insuffisant aux services sociaux de base. Par exemple, si l'on s'en tient aux données de l'ELIM 2006, à peu près 61% des ménages sont situés à 15 minutes d'une école primaire (65,9% pour les ménages urbains et 58% pour les ménages en zone rurale); 19,8% des ménages se trouvent entre 15 et 29 minutes. Pour la scolarisation au niveau du secondaire, 32,4% des ménages sont situés à une heure de distance d'une école. Concernant la santé, il faut plus d'une heure pour 26,6% des ménages pour arriver à un centre de santé, contre 37,2% à qui il faut moins de 15 minutes. Dans les zones rurales, 40,9% des ménages sont situés à plus d'une heure de distance d'un centre de santé. Ces chiffres illustrent le problème de l'accessibilité géographique, qui constitue un des points faibles de la prestation de services sociaux au Mali. De plus, la qualité des services de base est une source de préoccupation importante; par exemple, 20,3% des enfants inscrits ne fréquentaient pas l'école au moment de l'ELIM, ce qui indique qu'ils n'en voyaient pas l'utilité.

Dans ce contexte, les contraintes fiscales au Mali imposent des compromis; des approches côté offre semblent être favorisées pour garantir des niveaux minimaux d'accès et de qualité (entrevues, 2008). En effet, plusieurs fonctionnaires des Ministères de la Santé et de l'Éducation ont parlé du besoin d'augmenter l'accessibilité comme première priorité, et de l'amélioration de la qualité comme deuxième priorité. De nos jours, la stimulation de la demande est faite à travers la mobilisation communautaire, dans laquelle l'appropriation des services de santé par exemple, s'interpose fortement à travers les traditions culturelles, et très peu d'alternatives – telles que les transferts en espèces – ont fait l'objet de promotion. Ainsi, les ressources sont investies d'abord dans l'offre.

Pendant ce temps, il est de plus en plus évident que l'augmentation des dépenses liées à l'offre de services sociaux ne produit pas le niveau de demande de ces services auquel on pourrait s'attendre. Les données de l'ELIM et de l'EDS 2006 montrent que les taux d'inscription à l'école et la demande de services de santé n'ont pas augmenté avec la rapidité attendue, un grand nombre de personnes interrogées affirmant que l'insatisfaction des services et leurs coûts relativement élevés sont parmi les raisons de la faible appropriation.

En attendant d'explorer de manière très détaillée les obstacles aux services de santé dans la section suivante, une esquisse de certains obstacles à l'éducation est présentée ci-dessous. L'enquête ELIM de 2006 n'a pas recueilli les informations sur les causes de la non inscription, mais elle a recueilli les informations sur les causes de la déperdition scolaire, qui donnent une idée de certains obstacles auxquels ils sont confrontés.

**Tableau 21: Raisons pour lesquelles les enfants cessent d'aller à l'école (%)**

	Urbain	Rural	7 à 12 ans	13 à 15 ans	Total
% de ceux qui ne fréquentent pas l'école à l'heure actuelle	4,2	6,9	3,2	11,8	<b>5,7</b>
Trop âgé pour finir les études	6,5	8,9	7,2	8,7	<b>8,1</b>
Trop loin	4,7	8,5	7,1	7,5	<b>7,3</b>
Trop chère	2,8	5,6	5,6	4,2	<b>4,8</b>
Travaille à domicile ou dehors	20,6	29,0	26,2	26,5	<b>26,4</b>
inutile/sans intérêt	24,0	18,6	25,9	16,6	<b>20,3</b>
Échec à un examen	16,0	22,5	15,3	23,9	<b>20,5</b>
Maladie/handicap	11,4	5,3	6,6	7,6	<b>7,2</b>
Grossesse	3,3	1,1	0,0	2,9	<b>1,8</b>
Mariage	0,0	3,4	1,3	3,0	<b>2,3</b>

Autres	14,5	7,0	11,0	8,2	9,3
--------	------	-----	------	-----	-----

Source: Données de l'ELIM 2006.

Par exemple, parmi les enfants qui ne fréquentent pas l'école, 4,8% ont cité comme obstacle les coûts directs; 26,4% ont déclaré qu'ils étaient trop occupés par leur travail, ce qui est indicatif du coût indirect élevé (ou coûts d'opportunité) de la scolarisation comparativement à d'autres activités impliquant les enfants. Au regard du fait que ces indicateurs n'enregistrent pas assez rapidement de progrès permettant la réalisation des OMD d'ici 2015 (UNICEF Mali, et al 2008), la situation a engendré une réflexion plus approfondie sur les obstacles à la demande.

Concernant les coûts, même si les recherches ont indiqué que les coûts directs et indirects sont un obstacle de taille, dans le cas des services de santé par exemple, le recouvrement des coûts à la base est considéré comme un élément crucial pour la durabilité. Dans le cas de la scolarisation, les frais de transport et de fournitures scolaires doivent aussi être couverts. Ce genre d'évidence fait ressortir le besoin d'explorer les approches basées sur la demande comme moyen de stimuler la demande de services sociaux.

Un projet récent à petite échelle, financé par une source non gouvernementale fournit un exemple du pouvoir des stimulants côté demande comme mécanisme visant à améliorer l'appropriation de services sociaux de base.

#### 7.4.1 Bourse Maman

Le programme vise à promouvoir l'inscription et la fréquentation scolaires dans les villages ayant des niveaux élevés de pauvreté, et où l'inscription est faible et les taux de déperdition historiquement élevés. En 2002, l'UNICEF a lancé un programme pilote de 'transfert conditionnel en espèces' (TCE) appelé *Bourse Maman* dans cinq villages dans les deux régions de Mopti et de Kayes. Des détails sont fournis sur ce cas dans l'Encadré 2 ci-dessous.

#### Encadré 2: Étude de Cas de la Bourse Maman, un programme TCE d'UNICEF Mali

Mopti et Kayes sont deux régions du Mali où l'inscription à l'école continue d'être faible. Sans progrès dans ces régions, le Mali ne pourra pas atteindre les OMD dans leur volet d'éducation scolaire primaire universelle d'ici 2015. Pour trouver une solution nouvelle à ce problème, l'UNICEF et les autorités locales chargées de l'éducation pilotent depuis 2002 un projet appelé *Bourse Maman* dans ces deux régions. Il s'agit d'un TCE, inspiré du *Bolsa Familia* Brésilien offert aux femmes issues de familles pauvres à condition que leurs enfants soient inscrits et fréquentent l'école pendant toute l'année scolaire, et qui fait la promotion de l'équité du genre en offrant les fonds à plus de filles que de garçons. Le projet est financé avec les ressources de l'UNICEF et exécuté dans des zones reculées, dont l'accès et la supervision sont typiquement difficiles pour les administrateurs scolaires, et dans lesquelles l'économie est basée sur les formes traditionnelles d'agriculture, d'élevage, et de pêche, qui sont tous pratiqués dans des situations fragiles à cause de la géographie typiquement sahélienne des zones concernées (précipitations rares et imprévisibles et épisodes récurrents de sécheresse). Bien que relativement petit (neuf écoles dans deux régions et 391 bénéficiaires), le projet a réalisé des résultats d'inscription et de rétention scolaires positifs.

#### Réalisation du projet

Deux ONG locales expérimentées (une dans chaque région) ont été retenues par l'UNICEF pour aider les communautés à identifier les familles bénéficiaires, avec comme priorité des priorités les familles les plus pauvres, et celles ayant le plus grand nombre d'enfants (filles et garçons) en âge de fréquenter l'école primaire. Avec la participation du conseil communal de la localité, des groupements de femmes, des directeurs d'écoles, des comités de gestion scolaires nouvellement mis en place et des autorités locales chargées de l'éducation, les ménages bénéficiaires ont été choisis pour recevoir un paiement mensuel de 5 000 F CFA, aussi longtemps qu'ils garantissent que tous leurs enfants fréquentent l'école à 80% au moins pendant l'année scolaire. Les deux ONG locales et les autorités scolaires des bureaux régionaux de l'éducation ont ensuite été chargées de vérifier la fréquentation. Conformément aux meilleures pratiques en matière de TCE, la subvention a été accordée aux femmes en supposant qu'elles respecteraient l'engagement pris d'utiliser le revenu supplémentaire au profit de leurs enfants en âge de fréquenter l'école. Une évaluation externe récente commanditée par UNICEF Mali (2006) a démontré que l'effet sur l'inscription

et la fréquentation scolaire a été réel, dramatique et soutenu, surtout dans les cas où les familles ne suivent pas périodiquement les modes de vie nomades.

### **Bourse Maman à Sénossa**

Une visite de terrain à Sénossa dans la région de Mopti a corroboré cette évaluation, à travers les entrevues avec les directeurs d'école, les maires et conseillers villageois et, de manière plus importante, à travers une discussion de groupe témoin avec les femmes bénéficiant du programme dans le village et une brève conversation avec un groupe d'enfants bénéficiaires. Parmi les résultats atteints par la Bourse Maman, nous avons le triplement des inscriptions à l'école, de 94 enfants dans cinq classes en 2002 (27 ans après l'ouverture de l'école) à 275 dans six classes en 2007; les absences non autorisées – courantes avant le projet – ont été maîtrisées: un responsable du comité de gestion scolaire affirme qu'il suit étroitement la fréquentation scolaire. L'organe de supervision de l'éducation dans le cercle est informé sur la fréquentation tous les mois pour lui permettre de contrôler les femmes pour savoir si elles doivent recevoir ou non le paiement mensuel.

Malgré ses résultats positifs, le projet a du faire face aussi à des obstacles. Par exemple, il lui a fallu affronter l'opposition d'un leader musulman local influent, qui a vu au projet une menace pour les écoles coraniques. Le directeur du bureau régional de l'éducation a géré cette situation avec tact en demandant l'intervention d'une autorité religieuse supérieure qui soutient l'éducation scolaire et la tenue des études religieuses après les heures d'école. Dans le même village, les scepticismes par rapport aux bénéfices du projet et au ciblage ont fait que certaines mères ont d'abord renoncé à participer au plan; lorsqu'elles ont changé d'avis, le choix initial des bénéficiaires a été contesté à travers une marche de protestation sur la mairie du village. Malgré la mise en place du programme depuis 2002, il y a toujours une certaine ambivalence et une certaine tension autour du fait que certaines mères reçoivent le transfert alors que leurs semblables dans les mêmes conditions ne le reçoivent pas, mettant à jour une des difficultés à réussir le ciblage dans une communauté. Ce genre de ciblage est particulièrement difficile dans un contexte où la cohésion sociale, la solidarité et l'homogénéité ont été les caractéristiques des mécanismes 'traditionnels' de protection sociale; toutefois, au regard des circonstances économiques dures et des disparités croissantes, beaucoup de ces relations traditionnelles ont faibli.

### **Ciblage**

Une combinaison de ciblage communautaire et d'enquêtes de moyens simples a été faite à Sénossa pour déterminer le niveau de pauvreté des ménages (en particulier celle des femmes). Il n'y a pas de documentation sur le seuil précis de pauvreté ou sur les caractéristiques des ménages qui ont été prises en compte dans la conduite de cette évaluation, même si les deux ONG ont réalisé une enquête sur les ménages ayant des enfants en âge de fréquenter l'école pour déterminer ceux qui doivent recevoir le transfert en espèces. Une caractéristique importante de la sélection a été le nombre d'enfants en âge de fréquenter l'école (avec la priorité accordée aux mères ayant plus d'enfants, même si le transfert n'était pas par enfant, mais plutôt par ménage). Les ménages ayant des filles ont bénéficié d'une plus grande préférence. La légère différence de niveau de pauvreté entre les ménages sélectionnés et non sélectionnés, de même que l'insuffisance de communication sur l'idée derrière le ciblage par les autorités, ont provoqué des tensions entre les femmes de la communauté, y compris des mouvements de protestation mineurs, qui n'ont pas fait l'objet de médiation de la part des autorités locales (en fait, une partie des tensions n'a été résolue qu'au cours de la deuxième année du transfert, avec la disponibilité d'une quantité plus grande de ressources pour le projet, ce qui veut dire qu'un plus grand nombre de ménages ont été inclus). Par conséquent, dans ce cas précis, le ciblage au niveau communautaire a engendré certaines difficultés qu'il a fallu résoudre par une communication plus créative et l'expansion du projet. Cependant, selon l'évaluation et les entrevues avec les autorités et les bénéficiaires, les problèmes d'exclusion étaient liés à l'insuffisance des ressources permettant de garantir que chaque ménage sous le seuil ciblé recevra le bénéfice au lieu des critères de sélection eux-mêmes, car beaucoup de difficultés ont été surmontées lorsqu'un nombre plus grand de femmes ont été incluses. Si l'on prend en compte l'étendue de la pauvreté à Sénossa et les faibles niveaux d'inscription à l'école avant la Bourse Maman, il est improbable qu'une inclusion inadéquate ait pu survenir, bien que l'évaluation n'ait pas pris en compte cet aspect du ciblage.

### **Défis à la mise en œuvre du programme**

Un problème important qui met à jour certains risques à la durabilité de ce genre d'interventions et leur complexité institutionnelle est que la réalisation de la partie du contrat concernant l'accord l'UNICEF/ONG ne s'est pas faite sans accroc. Les paiements des femmes ont accusé des retards de deux à trois mois: cette imprévisibilité limite la capacité des familles à planifier les dépenses et les modes de consommation réguliers. Nous avons trouvé que ces retards étaient généralement dus aux arrangements administratifs entre les ONG locales et l'UNICEF, qui accusent souvent des retards dans les paiements, soit à cause de

dispositions internes, soit à cause du retard accusé par les ONG dans la soumission de leurs rapports. Ce problème peut donner une idée des problèmes potentiels qu'il y a à avoir des programmes de transfert en espèces financés de l'extérieur, surtout lorsque ces plans entraînent un certain degré de dépendance des ménages.

Pendant nos visites de terrain, nous avons trouvé qu'aucun paiement n'avait été effectué au cours de l'année scolaire 2007/08; plutôt qu'un retard, cette absence de paiement est le résultat de désaccords contractuels entre l'UNICEF et les ONG locales, mais les bénéficiaires n'ont pas été informés de cette situation et ont continué à attendre leurs (arriérés) du transfert en espèces, qui ne seront probablement pas payés. Cela pose problème, car l'un des principes des transferts en espèces efficaces est leur caractère prévisible – des épisodes de ce genre pourraient diminuer la confiance des villageois en ce genre d'appui. Pendant l'année scolaire, les femmes ont tout fait pour que leurs enfants restent à l'école pour ne pas perdre le transfert, mais elles n'ont pas reçu de compensation pour leurs coûts d'opportunité, ce qui pourrait avoir un impact sur l'économie des ménages, en particulier des ménages qui participent à des plans d'épargne et de crédit. Par ailleurs, si ces ménages découvrent que le transfert pour l'année scolaire ne sera pas rétabli, ils pourraient se sentir trompés et décider de retirer purement et simplement leurs enfants de l'école. Cependant, les autorités locales espèrent que, même sans le transfert, les parents –en particulier les femmes- et les enfants eux-mêmes commenceront à voir l'avantage de rester à l'école et de ne pas abandonner, même si au cours de la discussion du groupe témoin, les femmes ont insisté qu'elles ne pouvaient pas garantir que les enfants resteraient ,a l'école sans l'appui en espèces. Il est probable que l'UNICEF s'entendra avec une autre ONG locale pour le prochain cycle scolaire afin de continuer son appui aux enfants dans ces communautés.

## Résultats

En plus des résultats positifs de la scolarisation des enfants, un autre résultat positif du projet a été l'existence de ressources supplémentaires dans les ménages. Quand on leur a demandé d'identifier les changements que le projet a provoqués dans leur vie, les 55 femmes bénéficiaires de Sénossa se sont unanimement appesanties sur l'impact d'avoir leur propre argent: elles peuvent payer des cahiers et des stylos pour leurs enfants; plusieurs se souviennent d'avoir emmené leur enfant scolarisé malade au centre de santé et d'avoir payé les médicaments demandés. Avant, pour ces besoins élémentaires, il fallait attendre la médiation et le paiement du père, qui ne venaient pas parfois. De plus, la Bourse Maman a entraîné la mise sur pied d'une petite association d'épargne et de crédit entre ses bénéficiaires, ce qui s'est révélé très utile lorsqu'il s'est agi de mobiliser des ressources pour des achats spécifiques et même de faire de petits investissements. Les femmes allouent une petite partie de leur subvention mensuelle à ce fond et, avec les cotisations de toutes, des ressources suffisantes sont générées pour couvrir des dépenses plus significatives. La gestion de ce système et la prise de décisions sur comment utiliser ces ressources sont des preuves d'une plus grande responsabilisation des femmes dans la communauté.

Même si les femmes Peuhls et Bozos à Sénossa ont pu avoir périodiquement accès à de petits revenus provenant de la vente de lait, de poisson ou de légumes, ce genre d'activités est saisonnier et sa productivité imprévisible. Les transferts en espèces leur ont donné une première expérience d'une forme modeste mais plus fiable de revenu qu'elles ont utilisé avec prudence pour protéger leurs familles. Ils les ont aussi amenées à adopter la scolarisation moderne comme un mode normal pour leurs enfants, en particulier les filles. Il est remarquable que la fréquentation de l'école par les enfants n'ait pas été affectée par l'absence de paiement du transfert en espèces. À Nia Ouro, un autre village du projet pilote avec une population Peuhl intégralement pastorale, la scolarisation connaît actuellement des perturbations parce que la pénurie alimentaire a obligé la population à revenir à sa stratégie traditionnelle de mouvement vers des zones éloignées à la recherche de riz sauvage et d'autres formes de nourriture qui peuvent être collectés et consommés. L'ONG chargée de l'exécution n'est pas retournée voir les mères du village récemment prospecté, parce que selon elle, elle n'a rien à leur dire à propos de la mise en œuvre du projet qui était censée démarrer en 2007 et se poursuivre jusqu'en 2012.

## Conclusions

Ces informations illustrent qu'il existe un potentiel énorme que les transferts en espèces aient un impact positif sur le bien-être des enfants – en particulier dans les domaines de l'inscription à l'école et de la santé – et aussi des répercussions positives sur les femmes et tout le ménage au Mali. Elles montrent aussi la complexité de la mise en œuvre d'un tel système, en particulier lorsqu'il nécessite la coordination de divers acteurs. Les autorités locales chargées de l'éducation se sont impliquées dans le projet, apportant assistance technique, faisant le suivi de la fréquentation et offrant leur soutien au système, ce qui démontre la pertinence du travail en partenariat avec le Gouvernement; mais la coordination était exclusivement une

affaire entre l'UNICEF et l'ONG locale. De plus, l'une des plus grandes faiblesses du programme a été la dépendance des transferts en espèces sur les ressources de l'UNICEF. Ce mécanisme n'est pas durable et il est impossible de le mettre à l'échelle de façon significative, montrant ainsi le besoin pour ce type de programme d'être financé essentiellement par le gouvernement. Peut-être qu'une plus grande institutionnalisation, avec plus d'appropriation par le gouvernement et son engagement financier, aurait pu assurer au programme une plus grande durabilité.

Parmi les leçons à retenir de l'expérience de la Bourse Maman nous avons l'importance d'établir un partenariat avec les autorités locales chargées de l'éducation pour obtenir leur appropriation du programme et son appropriation par elles, ce qui serait fondamental si l'envergure de ce genre de projet devait être renforcée. Cependant, les autorités gouvernementales chargées de l'éducation n'ont pas été impliquées dans le projet de Bourse Maman. Il faudra donc les informer de ses résultats positifs pour encourager sa reproduction, pas seulement en termes d'accord avec la politique, mais aussi parce les autorités locales en charge de l'éducation ne sont pas indépendantes sur le plan budgétaire et les ressources devront forcément venir du budget du Ministère de l'Éducation du Gouvernement central. Les autorités chargées de l'éducation interrogées (y compris le Directeur de l'Éducation Primaire) ont affirmé qu'elles ne connaissaient pas le projet de Bourse Maman. Sur la base des résultats atteints dans les deux villages où le projet de Bourse Maman a été mis en œuvre, il est évident qu'une intervention basée sur la demande pourrait largement améliorer l'inscription à l'école et pourrait aussi avoir un impact positif sur d'autres aspects de la vie, réduisant du coup la vulnérabilité des ménages. Cependant, il est aussi clair qu'il y a des difficultés de ciblage et d'exécution, même sur une échelle aussi réduite, ce qui devrait servir de base à la conception de tous projets plus grands. Cela inclut l'aspect crucial du financement: l'étude de cas illustre les conséquences potentiellement négatives de la suspension des transferts sur les familles qui comptent là dessus<sup>39</sup>. Le financement par intermittence est une contrainte majeure des programmes de protection sociale, et en particulier des TCE. Dans le cas de la Bourse Maman, ces perturbations étaient dues à des problèmes administratifs entre l'UNICEF et les ONG chargées de la mise en œuvre du projet, mais les retards de décaissement peuvent aussi survenir entre le gouvernement central et l'administration locale. Par conséquent, le renforcement d'un transfert en espèces devrait tenir compte des dispositions administratives et institutionnelles qui minimisent ce risque.

À ce jour, il n'y a eu qu'une seule évaluation à mi-parcours du projet (2006); les problèmes tels que les contraintes administratives, institutionnelles et financières n'ont pas été évaluées. Il pourrait donc s'avérer utile de faire une évaluation additionnelle avec comme objectif de réunir des informations pour la conception d'un projet pilote plus grand, qui pourrait être exécuté avec les fonds du gouvernement. La cellule éducation à l'UNICEF projette actuellement de lancer un nouveau type de projet qui prévoit des transferts en espèces pour les ménages ayant des enfants en âge de fréquenter l'école à court terme, mais il planifie le lien de sa durabilité à moyen terme à des projets générateurs de revenu pour qui les transferts en espèces sont le capital de base. Ce projet est seulement à la phase de conception.

Vu l'intérêt du gouvernement pour la réalisation des OMD et des objectifs de l'Éducation Pour Tous, il sera forcément intéressé par les interventions ayant un impact significatif sur l'inscription et la rétention scolaire. Par conséquent, il est important d'exposer l'expérience de la Bourse Maman aux autorités chargées de l'éducation. Un élément important à noter par rapport à la conception de la Bourse Maman comme programme côté demande est que ce sont les villages ayant une bonne accessibilité aux écoles qui ont été retenus. Ainsi, dans le cadre du renforcement de ce genre d'interventions, il est à prévoir qu'une approche par séquence pourrait impliquer un plus grand pilotage des transferts en espèces dans des zones qui ont déjà un bon accès aux écoles tout en continuant à accorder la priorité aux approches côté offre dans les zones où l'accès demeure un obstacle majeur. Cette approche séquencée serait plus abordable de même qu'elle maximiserait l'impact, car elle répond aux obstacles correspondants de manière plus précise. Néanmoins, avant

---

<sup>39</sup> Il serait utile de suivre le comportement d'enfants bénéficiaires et de leurs mères dans les deux villages au cours de la prochaine année scolaire s'ils ne reçoivent pas de transfert cette année.

de se lancer dans une telle initiative, il est nécessaire de s'assurer que la conception du programme est bonne et que les estimations de financement et de durabilité sont complètement réalisées pour que les enfants bénéficiaires et leurs accompagnateurs puissent être appuyés tout au long du cycle scolaire.

## 7.5 Le Mali réunit-il les conditions administratives et de gouvernance pour réaliser efficacement des transferts en espèces?

Les préoccupations majeures par rapport aux conditions administratives et de gouvernance au Mali pour la mise en œuvre d'un programme efficace de transfert en espèces, sont les suivantes.

- Il y a des preuves de fuite dans le transfert des fonds du secteur social vers les programmes d'importance cruciale, tels que la fourniture de manuels scolaires gratuits (Bureau du Vérificateur Général 2007). Cela illustre le potentiel de mauvaise gestion des fonds, à moins de développer convenablement des mécanismes de conception et de suivi/évaluation du programme pour le transfert en espèces. Les capacités institutionnelles sont faibles, surtout à la base, et il y a une pénurie de mécanismes de rapportage; ces deux éléments devraient être renforcés pour réduire le risque que les ressources destinées aux transferts en espèces soient détournées.
- Comme le démontrent les faits présentés dans la Section 7.2, le ciblage est nécessaire pour garantir le caractère abordable d'un programme de transfert en espèces. Mettre en place un mécanisme de ciblage, y compris élaborer une cartographie rigoureuse de la pauvreté, avec zonage géographique suivi d'évaluations individuelles exhaustives, en minimisant les problèmes d'inclusion et d'exclusion, requiert un certain niveau de capacité administrative et d'infrastructure institutionnelle qu'il faudrait renforcer au Mali, surtout au niveau de l'administration locale.
- En tout état de cause, le ciblage crée des risques de manipulation d'enquêtes d'éligibilité et de corruption en sélectionnant les bénéficiaires. Étant donné que la sélection de ménages bénéficiaires est fait en fin de compte par des individus (des travailleurs sociaux, enquêteurs ou autres) qui reçoivent de faibles salaires et travaillent dans un milieu ayant peu de mécanismes de contrôle, les normes faibles de déontologie en fournissant des services publics, et des intérêts matériels possibles lorsque ceux qui exécutent la sélection ont une forme de relation avec de potentiels bénéficiaires, il est probable qu'il y ait d'importantes erreurs d'inclusion (et potentiellement d'exclusion), ce qui fait monter les coûts du ciblage.
- En termes de cibler des ménages avec enfants, une contrainte additionnelle est le nombre important d'enfants dont la naissance n'est pas enregistrée (53% selon les données 2006 de l'EDS IV). Ceci entrave la possibilité d'identifier les enfants et peut refléter les faiblesses administratives considérables des structures chargées de l'accomplissement de devoirs publics importants au niveau des communautés de base.
- Le Mali n'a pas un système postal avancé ou un réseau bancaire capable de faciliter le transfert, en particulier vers les zones éloignées. Il est probable que tous programmes pilotes devraient s'appuyer sur les relais de l'administration locale pour faire le transfert, ce qui pourrait nécessiter de renforcer les capacités et de mener des contrôles efficaces pour garantir la performance, en particulier au moment où le programme est élargi pour couvrir un plus grand nombre de ménages, y compris ceux dont l'accès est difficile (et coûteux).

Les données (issues des simulations et des expériences pratiques existantes) montrent que l'introduction d'un programme de transfert en espèces axé sur les enfants au Mali pourrait avoir un impact positif sur la réduction de la pauvreté et le bien-être et l'accès des enfants aux services. Cependant, même pour un projet pilote avec un grand potentiel de vulgarisation, certains problèmes administratifs et de gouvernance devront être étudiés avec attention pour que la conception du programme se fasse sur la base d'informations sûres et pour améliorer la mise en

œuvre du programme, maximisant les bénéfices pour la population cible tout en assurant une utilisation appropriée des fonds publics.

## 7.6 Remarques finales

Cette section a abordé une série de questions importantes sur la contribution des transferts en espèces à la réduction de la pauvreté et à la vulnérabilité des enfants, de même que sur la faisabilité de l'introduction du programme de transfert en espèces au Mali.

Au regard des évidences de l'analyse de la simulation, l'exercice fournit des informations sur l'ordre d'ampleur des effets directs de la réduction de la pauvreté à partir du revenu des transferts. Même s'il y a des limites intrinsèques aux simulations, par exemple le fait qu'elles ne prennent pas en compte les réponses comportementales des ménages bénéficiaires au transfert et ne fournissent aucune information sur les effets à plus long terme (tels que les améliorations probables de productivité du travail des enfants bénéficiaires en tant qu'adultes dues à une nutrition améliorée), les simulations montrent que les transferts sociaux basés sur les enfants peuvent avoir un impact significatif sur la réduction de la pauvreté et de la vulnérabilité au Mali. Ces faits quantitatifs solides sont cohérents avec l'appréciation qualitative de l'impact positif du projet pilote TCC de Bourse Maman. Bien qu'il n'y ait pas eu d'analyses de l'impact sur la pauvreté du projet de Bourse Maman, les évaluations dont il a fait l'objet et l'évaluation qualitative de ses bénéfices ont conclu que les transferts en espèces peuvent avoir un impact positif sur le bien-être des enfants et réduire la pauvreté et la vulnérabilité des enfants.

Néanmoins, il y a des contraintes institutionnelles, financières et administratives importantes qui doivent être entièrement comprises pour que la conception du programme de transfert en espèces, si telle devait être l'initiative choisie par le gouvernement Malien, comprenne des mécanismes pour gérer et surmonter certains risques. Parmi ces contraintes nous avons le besoin d'un flux de fonds constant et fiable vers les familles bénéficiaires pendant la période de transfert convenue. Les simulations montrent que les transferts sociaux sous forme d'allocations pour les enfants dans un contexte de pauvreté répandue sont coûteux, ainsi, garantir le financement est un problème majeur. Ce problème est exacerbé par le fait que qu'il y a de multiples besoins de développement social et de réduction de la pauvreté qui requièrent l'attention du gouvernement et sont en concurrence avec le programme de transfert en espèces pour les ressources publiques – financières, humaines et institutionnelles - surtout au regard des contraintes budgétaires du Mali. De plus, les simulations entreprises pour les fins de cette étude montrent clairement que les deux options présentées pour les allocations pour enfants (l'allocation universelle et l'allocation ciblant des ménages en dessous du seuil de pauvreté) ne sont pas abordables dans le contexte malien actuel, mettant en exergue le besoin d'étudier des scenarii additionnels, tels que le ciblage d'un groupe plus restreint de la population, (le décile le plus pauvre, ou des personnes vivant en dessous du seuil de la pauvreté extrême; réduire la fourchette d'âge des enfants à cibler) et/ou réduire la taille du transfert. Dans tous les cas, mener un ciblage efficace, un élément essentiel pour maximiser la rentabilité des transferts, constitue aussi un défi, si l'on tient compte de la complexité qu'il y a à éliminer les erreurs d'inclusion, d'exclusion et d'exécution.

Peut-être une approche à l'introduction d'un transfert social axé sur les enfants au Mali serait de lui assurer un séquençage adéquat et une complémentarité avec d'autres interventions qui ont fait la preuve de leur efficacité, et d'en faire le reflet d'une compréhension des obstacles à l'accès aux services sociaux et à la réduction de la fréquence de la pauvreté qui varie selon la région, le groupe démographique, etc. Un exemple de ce genre est l'engagement politique du gouvernement à abolir les frais d'étude primaire assumés par les parents – qui a été approuvé par le Parlement mais n'a pas encore été appliqué. Les données de l'ELIM 2006 montrent que, pour les enfants inscrits mais ne fréquentant pas l'école, les coûts directs sont un obstacle beaucoup moins grand à la fréquentation que les coûts d'opportunité. Cela veut dire que, l'impact d'un programme de transfert en espèces capable de compenser les coûts d'opportunité de la fréquentation scolaire

pour eux et pour leurs familles peut être plus grand sur l'inscription et sur l'économie du ménage. Cependant, s'il est avéré que les coûts directs de la scolarisation étaient la cause principale de la non inscription, alors la politique du gouvernement devrait se focaliser d'abord sur l'élimination du premier obstacle – les frais scolaires additionnels tels que les frais d'inscription.

## 8. Analyse de la contribution potentielle et de la faisabilité de l'assurance maladie

La santé est une composante essentielle de la protection sociale, étayée par les principes de solidarité et d'équité: l'accès à un paquet adéquat de soins de santé est garanti à tout individu sur la base des besoins en matière de santé et de son droit aux soins de santé, plutôt que sur la base de sa capacité de payer (Walsh 2008). Sur la base du cadre conceptuel, l'importance de la protection sociale sanitaire, en particulier pour les enfants, est liée à l'opportunité de: **prévenir** les effets d'entraînement de la maladie et du coût catastrophique des soins de santé sur la pauvreté; **protéger** les populations vulnérables par le traitement des maladies; et **promouvoir** les capacités et l'amélioration des opportunités de revenu en polissant le profil des dépenses de santé et en augmentant la productivité grâce à une santé et un capital humain améliorés. De ce point de vue, la protection sanitaire sociale doit s'ancrer dans un cadre plus large d'action politique et programmatique, dont l'augmentation de l'accès à des soins de santé de qualité pour toute la population et le renforcement de l'équité sociale, en particulier par la facilitation d'une croissance saine pour les enfants (Walsh 2008).

Au Mali, la protection sociale est principalement axée sur la santé. En effet, le Programme de Développement Sanitaire et Social (PRODESS) du pays comporte une composante santé et une composante développement social, et cette dernière comporte un volet spécifique protection sociale qui a été le fondement les 5 dernières années d'une planification de politique significative qui envisage d'aboutir à l'introduction de deux nouveaux mécanismes de protection sociale – l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) et le Régime d'Assistance Médicale (RAMED) – en 2010.

Cette section du document donne une vue d'ensemble de la programmation sanitaire actuelle et de son état de financement. Elle examine aussi le potentiel de réalisation des programmes d'assurance maladie par rapport à d'autres mécanismes de financement de la santé tels que la suppression des frais incombant aux utilisateurs, comme moyen d'assurer de meilleures prestations de service de soins de santé en faveur des enfants pauvres et vulnérables et de leurs responsables.

### 8.1 Le système de santé au Mali et les obstacles à son accès

Le système de santé au Mali, à l'instar d'autres pays francophones de l'Afrique de l'Ouest, est basé sur les directives de l'initiative de Bamako. L'initiative de Bamako, introduite en 1987 par les Ministres Africains avec l'appui de l'UNICEF, de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et de la Banque Mondiale, visait à instaurer la participation et la gestion communautaire des contributions des utilisateurs à travers la rétention de fonds au niveau communautaire (Knippenberg et al 2003). L'initiative était perçue comme un moyen d'améliorer la qualité et la capacité de réponse des services aux demandes des communautés et d'assurer que les contributions des utilisateurs puissent servir à maintenir des services de santé et un approvisionnement en médicament durables au niveau communautaire. Elle a été développée en réponse au sous financement chronique du secteur de la santé dû aux programmes d'ajustement structurels des années 80, qui ont eu un impact négatif sur les résultats en matière de santé dans la sous-région. Depuis, le financement de la santé par les communautés est perçu par certaines évaluations comme une alternative réaliste pouvant garantir un financement plus durable et des services de santé plus accessibles et de meilleure qualité pour la population, par la promotion de la responsabilisation du niveau local et l'amélioration de l'offre de service et par l'augmentation du capital social (Ekman 2004; Campbell et Jovchelovitch 2000; Mehrota et Jarrett 2002). Toutefois, c'est une évidence que les revenus générés par les frais payés par les utilisateurs au niveau communautaire sont faibles, si bien que le recouvrement des coûts se limite grossièrement à 25% (Ekman 2004).

Les soins de santé communautaire constituent le pilier des services de santé primaires et secondaires du Mali. Selon les données de la Fédération Nationale des Associations de Santé Communautaire (FENASCOM), à la date de 2007, il y avait dans le pays 826 centres de santé communautaire (CSCOM), dans le pays gérés par les associations locales de santé communautaire (ASACO), dont le nombre était de 850 à la même période. Ces centres offrent des soins de santé primaires et, dans de rares cas, des services de santé secondaire de base. L'investissement initial pour la construction et l'équipement d'un CSCOM est assuré par le gouvernement central, qui finance 90% des coûts de construction (les 10% restants sont financés par la communauté), l'équipement et le paquet initial de médicaments génériques, qui sont vendus dans les CSCOM à un prix qui permet le recouvrement de leurs coûts d'achat. Selon certains observateurs, ce mécanisme garantit la disponibilité des médicaments essentiels au niveau local à des prix relativement bas, bien que le prix des médicaments par consultation ait été estimé à environ 1 600 à 2 000 FCFA, ce qui n'est pas négligeable, surtout pour les plus pauvres. De plus, ces centres imposent des frais d'utilisateur pour les consultations de 500 FCFA en moyenne et pour la plupart des interventions, y compris les accouchements (qui coûtent approximativement 5 000 FCFA).

Au niveau primaire, le système de santé basé sur la communauté permet une expansion graduelle des prestations de santé, car les CSCOM sont créés en réponse à la demande locale et cherchent à assurer leur propre durabilité<sup>40</sup>. Un élément de la stratégie d'expansion du PRODESS II est la poursuite de la mise en place des CSCOM pour garantir l'accès d'un pourcentage plus élevé de la population aux soins de santé. Pourtant, les contraintes relatives à l'autonomie signifient que les communautés marginalisées ou relativement éloignées ne pouvant pas faire la preuve d'une demande potentielle de 5.000 utilisateurs risquent d'être exclues, à moins que le gouvernement ne prenne l'initiative de les doter de centres de santé de base. La stratégie en matière de santé a aussi mis l'accent sur le besoin de renforcer les centres de santé de 2me niveau encore appelés Centres de Santé de Référence (CSRéf).

Malgré cette structure fonctionnelle, le PRODESS II reconnaît les limites de l'État en ce qui concerne l'offre de services de santé adéquats à l'ensemble de la population, en faisant allusion à des contraintes en termes de ressources humaines et financement, de même qu'à la répartition inégale de ces ressources entre le niveau central, les régions et les localités. Selon les données budgétaires pour 2007 de La Cellule de Planification de la Santé<sup>41</sup>, la composition de la totalité des dépenses de la santé en 2007 se présentaient comme suit :

- Etat : 51%
- Bailleurs de Fonds : 36%
- Contributions de sources privées/ frais : 13%
- Contributions communautaires : 0,22%
- Communes : 0,32%

Pour les dépenses privées, selon les données de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)<sup>42</sup> les dépenses des ménages pour la santé sont de 99,5%; les plans prépayés et les *pooling* de risques restent faibles, à seulement 0,5% de toutes les dépenses privées en matière de santé. Cela indique que les ressources des ménages au Mali sont confrontées à des risques significatifs en cas de crise sanitaire.

---

<sup>40</sup> Certaines conditions pour la création d'un CSCOM dans une localité sont: la création d'un ASACO avec des statuts et un règlement intérieur officiels; la détermination de l'aire géographique couverte par le nouveau CSCOM, à plus de 15km d'un autre CSCOM et avec un minimum de 5000 habitants dans son propre rayon de 15km; la préparation du plan et du coût estimatif de la construction du CSCOM; une demande de cofinancement; l'identification et le recrutement du personnel du CSCOM. Le CSCOM doit aussi s'engager à prendre en charge tous les coûts opérationnels.

<sup>41</sup> Le financement des activités, 2007, CPS .

<sup>42</sup> Séries des Comptes Nationaux de Santé de l'OMS. Août 2007.

### 8.1.1 Obstacles à l'utilisation des services de santé

Les données de l'EDS M IV<sup>43</sup>(2006), montrent que la fréquentation des services de santé formels demeure faible, avec seulement 44,9% de la population se rendant dans les centres de santé formels pour un service de santé primaire ou secondaire. Une proportion beaucoup plus grande, 65,4%, a recours à l'automédication et au conseil sanitaire non formel.

**Tableau 22: Comportement de recherche de la santé des ménages**

	% des ménages dont au moins un membre s'est blessé ou est tombé malade au cours des 30 jours précédent l'enquête qui ont cherché un avis ou une attention médicale dans un centre de santé formel ( primaire ou secondaire).	% pratiquant l'automédication	% des ménages dont au moins un membre s'est blessé ou est tombé malade au cours des 30 jours précédent l'enquête qui ont cherché un avis ou une attention médicale en dehors des centres de santé formels ( primaire ou secondaire).	% qui n'ont recherché aucune attention médicale / automédication.
<b>Chef du ménage</b>				
Homme	44,8	66,7	10,7	9,0
Femme	45,3	55,6	12,6	14,3
<b>Quintile sanitaire</b>				
Les plus pauvres	38,2	68,2	8,7	10,7
Second	39,2	72,2	11,7	6,6
Moitié	43,2	74,1	12,1	7,5
Quatrième	42,5	53,4	10,3	18,0
Les plus riches	63,1	55,4	10,6	6,0
<b>Moyenne</b>	<b>44,9</b>	<b>65,4</b>	<b>10,9</b>	<b>9,6</b>

Source: DHS (2006).

Le Tableau 22 illustre les différences au niveau de la demande des services de santé formels. Il est utile de noter la différence significative au niveau des comportements de recherche de la santé entre les quintiles riches et pauvres, avec seulement 38,2% des ménages dans le quintile le plus pauvre recherchant des soins dans les centres de santé formels contre 63,1% dans le quintile le plus riche. Le contraire est vrai pour ceux qui recherchent des consultations sanitaires non formelles et l'automédication, avec près de 70% des ménages dans le quintile le plus pauvre agissant ainsi contre 55% dans le quintile le plus riche. Cela suppose que certains obstacles à l'appropriation des services de santé sont liés à la richesse, un aspect qui sera exploré plus loin. Pourtant, les barrières culturelles qui modèlent l'attitude des gens vis-à-vis des services de santé formels, la demande élevée de guérisseurs traditionnels et du manque de confiance à la médecine moderne représentent aussi des obstacles à l'utilisation des services de santé formels. En effet, une des composantes clés du PRODESS II est la mobilisation sociale et la promotion de la santé pour tenter de changer certaines de ces habitudes. Certains bailleurs, tels que l'USAID, appuient le développement des capacités techniques du ministère à rendre les services de santé formels plus attrayants, y compris le développement de campagnes importantes à travers le pays pour la promotion de l'appropriation des services.

### Obstacles financiers

Les coûts élevés sont l'une des raisons principales de la mauvaise utilisation des services de santé, avec des dépenses moyennes en matière de santé des ménages estimées à 15.249 FCFA par mois (12.977 par personne blessée/malade, avec en moyenne 1,2 patients par ménage au moment de l'enquête). Cela est significatif si on prend en compte que le seuil de pauvreté au Mali est de 12.775 FCFA par personne par mois<sup>44</sup>. Comme l'illustre le Tableau 23, en général, il y a un lien positif entre les dépenses en matière de santé des ménages et leur niveau de richesse, avec les ménages riches dépensant plus (à l'exception de ceux du deuxième quintile qui, selon les

<sup>43</sup> Toutes les données sur les dépenses de santé ont pris en compte les personnes malades ou blessées dans la famille dans les 30 jours de l'enquête.

<sup>44</sup> FCFA 153.510 per person per year, according to the second-generation CSRP.

données, dépensent plus que ceux qui du quintile des moyennement riches). Le plus important, est que les dépenses moyennes des ménages et des patients utilisant les services de santé formels sont considérablement plus élevées (23.709 FCFA) que ceux faisant recours à l'automédication et/ou recherchant les consultations sanitaires en dehors du système de santé formel (13.766 FCFA), ce qui indique que les services de santé formels sont considérablement plus chers et exercent plus de pression financière sur les ménages qui recherchent ce genre de service.

**Tableau 23: Dépenses pour la santé (FCFA)**

	Total par personne blessée/malade 30 jours avant l'enquête ( primaire et secondaire, formel et non formel)	Total par ménage avec au moins une personne blessée/malade 30 jours avant l'enquête ( primaire et secondaire, formel et non formel)	Total par ménage avec au moins une personne blessée/malade 30 jours avant l'enquête ( pratiquant l'automédication)	Total par ménage avec au moins une personne blessée/malade 30 jours avant l'enquête ( pratiquant l'automédication ou recherchant l'attention sanitaire en dehors des centres de santé formels).	Total par ménage avec au moins une personne blessée/malade 30 jours avant l'enquête ( recherchant des soins de santé formels sans automédication)	Total par ménage avec au moins une personne blessée/malade 30 jours avant l'enquête ( recherchant des soins de santé formels sans automédication)
Chef du ménage						
Homme	13.257	15.628	5.388	13.929	21.362	24.050
Femme	10.850	12.446	4.427	12.379	19.009	21.210
Âge						
<5	3.780	-	-	-	6.688	-
5-14	10.100	-	-	-	16.381	-
15-49	14.862	-	-	-	23.337	-
>50	22.130	-	-	-	36.798	-
Sexe						
Homme	15.873	-	-	-	25.650	-
Femme	10.702	-	-	-	16.674	-
Quintile de la richesse						
Les plus pauvres	8.194	9.462	4.561	8.377	12.223	14.192
Deuxième	12.033	13.717	4.471	12.759	20.749	22.699
Moyen	9.617	11.311	3.463	10.577	16.165	18.134
Quatrième	14.110	16.282	6.434	16.074	26.386	27.817
Les plus riches	21.133	26.652	9.612	24.532	26.728	31.743
<b>Moyenne</b>	<b>12.977</b>	<b>15.249</b>	<b>5.291</b>	<b>13.766</b>	<b>21.082</b>	<b>23.709</b>

Source: DHS (2006).

Le Tableau 23 contient aussi des données intéressantes sur la prise en charge de la santé des enfants. Les dépenses par personne blessée/malade sont considérablement (plus de cinq fois) plus élevées pour les adultes, en particulier ceux qui ont 50 ans ou plus, que pour les enfants. Il y a même une différence importante entre les dépenses pour les moins de cinq ans et ceux ayant entre cinq et 14 ans. Même si cela peut être relié au fait que les personnes âgées souffrent de maladies et de blessures dont le traitement coûte plus cher, il peut aussi signifier que la prise en charge de la santé des enfants est beaucoup plus négligée dans les ménages. Des anecdotes tirées de certaines conversations avec des individus au cours des visites de terrain ont révélé que les ménages pauvres étaient souvent réticents à investir dans la santé des enfants à cause de la grande probabilité de décès. C'est seulement lorsque les enfants atteignent un âge légèrement avancé que les parents sont plus enclins à payer pour la prise en charge de leur santé, ce qui pourrait expliquer le bond dans les frais de santé entre cinq et quatorze ans, la morbidité étant particulièrement plus élevée parmi les enfants de moins de cinq ans, ce qui nécessiterait des paiements plus élevés. Cependant, une autre explication est qu'il y a plusieurs services offerts gratuitement aux enfants de moins de cinq ans, parmi lesquels la vaccination et le traitement du paludisme, cette maladie affectant plus les enfants de ce groupe d'âge (à peu près 71% des cas de maladie déclarés chez les enfants en 2006). D'autres données sur les causes de cette tendance des dépenses pour les soins de santé au sein des groupes d'âge pourraient donc être utiles pour la conception des politiques.

Les informations sur les dépenses des ménages tirées de l'ELIM 2006 indiquent que la santé représente une part significativement faible des dépenses des ménages. Les données présentées dans le Tableau 24 indiquent que la santé est une des priorités de dépenses les moins importantes à la fois pour les ménages pauvres et les ménages non pauvres, prenant en moyenne seulement 1,8% des dépenses totales des ménages. Cette faible moyenne peut être liée à la faible appropriation des services de santé par la population, avec près de 65% de la population dépendant en cas de maladie de la seule automédication, qui coûte beaucoup moins cher que la recherche de conseils ou de consultations médicales formels. Ce chiffre peut aussi évoquer l'ignorance, la mauvaise qualité de l'accueil dans les centres de santé, autrement le peu d'appréciation de l'importance de demander une attention médicale, qui est plus susceptible d'être lié à des facteurs culturels ou éducatifs qu'à des facteurs financiers. Aussi, bien que le Tableau 24 indique les dépenses **moyennes** pour la santé, il ne montre pas l'impact de la maladie, des blessures ou du handicap sur les ressources des ménages, qui peuvent changer la répartition des dépenses des ménages de manière significative, en particulier pour les pauvres.

**Tableau 24: Structure des dépenses des ménages ayant des enfants de moins de cinq ans (%)**

Composition des dépenses	Non pauvres	Pauvres	Total
Nourriture	38.7	44.5	40.3
Transport et communication	19.7	18.6	19.4
Logement, eau et électricité	11.5	18.8	13.5
Loisirs	10.5	2.8	8.4
Autres articles du service	8.8	7.4	8.4
Vêtements	5.0	4.4	4.8
Meubles, articles du ménage, dépenses du ménage	3.4	1.7	2.9
Santé	1.9	1.5	1.8
Éducation	0.5	0.2	0.5
Total	100.0	100.0	100.0

Source: ELIM (2006).

Les différents mécanismes de financement des dépenses pour la santé des ménages peuvent donner une idée de l'importance accordée au financement des dépenses de santé en dehors du mode de financement habituel des ménages, surtout dans le cas des pauvres.

**Table 25: Source de financement des dépenses des ménages pour la santé**

	% des ménages payant en espèces ou en nature pour au moins un patient (niveaux primaire et secondaire)	% de ménages pour qui la source de financement est:					
		Salaire/espèces disponible	Epargne	Prêt sans intérêt	Prêt standard	Vente de biens/avoirs	Autres sources
Chef du ménage							
Homme	71,8	57,9	7,7	7,9	0,9	18,3	4,9
Femme	67,3	65,8	6,6	7,1	0,0	10,2	1,2
Localité							
Urbaine	73,3	77,2	6,3	8,5	0,3	5,7	2,7
Rurale	70,5	52,0	8,1	7,6	0,9	21,7	5,2
Quintile de richesse							
Les plus pauvres	70,5	44,2	8,4	7,2	2,7	26,5	3,1
Deuxième	69,8	52,1	7,8	8,6	0,4	21,9	5,6
Moyen	69,0	54,7	7,3	7,4	0,0	20,1	6,7
Quatrième	65,3	63,7	9,4	6,6	1,5	16,0	2,9
Les plus riches	83,7	77,1	5,5	9,0	0,0	3,8	3,2
<b>Moyenne</b>	<b>71,2</b>	<b>58,8</b>	<b>7,6</b>	<b>7,8</b>	<b>0,8</b>	<b>17,4</b>	<b>4,5</b>

Source: DHS (2006).

Puisque les dépenses de santé sont en grande partie financées grâce à la liquidité disponible, cela est beaucoup plus courant chez les ménages du quintile le plus riche; seulement 44,2% des ménages dans le quintile le plus pauvre financent les dépenses de santé de cette manière. En effet, 26,5% des ménages les plus pauvres financent les dépenses de santé par la vente de biens ou d'actifs, ce qui peut être une cause de vulnérabilité économique: ils diminuent leur capacité future de générer des revenus. Il est intéressant de savoir que c'est que c'est seulement une petite partie des pauvres (2,7%) qui contractent des prêts avec intérêt.

Les barrières financières semblent donc être un obstacle de taille à la recherche de soins de santé formels, surtout pour les pauvres. Le coût moyen pour les pauvres cherchant une prise en charge médicale d'un membre malade ou blessé du ménage est presque égal au seuil de pauvreté mensuel; alors qu'à peu près 60% de la population vit avec un revenu inférieur à ce coût. Les crises sanitaires peuvent donc être une cause majeure de la vulnérabilité financière. Les soins préventifs primaires de santé, qui pourraient réduire significativement les vulnérabilités en matière de santé pour les pauvres, en particulier les enfants, ne sont pas abordables pour beaucoup de gens.

### Distance

Étant donné qu'en règle générale (ce qui ne s'applique pas de façon si rigoureuse en zone urbaine telle que Bamako), la construction d'un CSCOM est approuvée aux seules conditions que la population qui va l'utiliser atteigne au moins 5000 personnes et qu'il n'y ait pas un autre CSCOM dans un rayon de 15km, il est fréquent que les utilisateurs parcourrent de longues distances – plus de 30 minutes – pour arriver au centre de santé le plus proche. Cela a des implications significatives sur les frais de transport, faisant de la distance un obstacle à la recherche de soins de santé formels.

**Tableau 26: Répartition des ménages selon le temps qu'il faut pour arriver au centre de santé le plus proche (%)**

	Moins de 15 mins	15–29 mins	30–44 mins	45–59 mins	60 mins	n/a	Total
Localité							
Urbaine	50,6	32,3	10,8	3,7	2,7	0,1	100
Rurale	29,2	14,3	10,8	4,6	40,9	0,3	100
Région							
Kayes	33,9	14,0	11,3	8,9	31,4	0,5	100
Koulakoro	34,3	21,0	11,9	2,5	29,4	0,9	100
Sikasso	33,8	24,3	10,5	6,9	24,5	-	100
Ségou	33,5	17,5	12,7	4,7	31,4	0,2	100
Mopti	29,1	17,5	12,5	3,9	37,0	-	100
Tombouctou	42,4	14,6	9,6	1,4	31,7	-	100
Gao	50,1	26,6	8,0	1,4	13,8	-	100
Kidal	27,9	13,7	9,4	2,3	46,7	-	100
Bamako	56,1	35,4	5,9	1,1	1,5	-	100
<b>Total</b>	<b>37,2</b>	<b>21,0</b>	<b>10,8</b>	<b>4,2</b>	<b>26,6</b>	<b>0,2</b>	<b>100</b>

Source: ELIM (2006).

Selon les données de l'ELIM 2006, si les seuls paramètres pour l'évaluation de l'accès aux services de santé étaient le temps ou la distance d'un centre de santé, on pourrait considérer que seuls 58% de la population malienne ont accès aux services de santé. Il y a une grande disparité par rapport à l'accès entre les zones rurales et urbaines, avec 46% des ruraux jouissant de l'accès à un centre de santé contre 82% des habitants des zones urbaines. Étant donné que les zones rurales ont des taux de pauvreté plus élevés, on peut supposer qu'une plus grande partie des pauvres n'y a pas accès aux soins de santé formels.

En plus de la distance effective, il importe de noter qu'il y a également d'autres barrières géographiques qui réduisent la demande pour les services de santé, telles que l'inaccessibilité des routes, rivières etc. Ces caractéristiques devraient être prises en compte lors de la planification du développement d'un CSCOM. En outre, des facteurs tels que la qualité inadéquate de la prise en

charge, et la préférence pour la médecine traditionnelle par rapport aux services médicaux fournis dans les centres de santé sont citées par des praticiens de santé comme des barrières à l'accès.

### **Capacité administrative insuffisante**

Les ASACO ont réussi une gestion relativement bonne des CSCOM. La Fédération Nationale des Associations de Santé Communautaire – FENASCOM – est chargée d'assurer le renforcement de capacité et l'appui permettant aux associations locales d'améliorer leur gestion des centres de santé communautaires. Les bailleurs bilatéraux tels que la coopération Néerlandaise financent le développement de la capacité des CSCOM comme moyen de renforcer le système de santé communautaire, en particulier sa capacité administrative. Pourtant, les experts interrogés sont unanimes à reconnaître que les administrations locales n'ont pas encore la capacité d'engager et de superviser les ASACO, si bien que la prestation efficace des services dépend encore largement de chaque centre de santé et de sa gestion.

#### **8.1.2 Progrès du système de santé Malien**

Malgré les obstacles identifiés à l'accès à la santé, des progrès significatifs ont été réalisés en ce qui concerne l'état sanitaire de la population, y compris des enfants, qui peuvent être attribués en partie à l'introduction des services de santé basés sur la communauté, qui ont amélioré la disponibilité des centres de santé primaires et secondaires pour une frange importante de la population<sup>45</sup>. Le système de santé Malien actuel est perçu comme bien organisé et bien planifié (entrevues avec les bailleurs, Avril 2008). On lui attribue une vision claire, sous la direction du gouvernement, autour duquel les partenaires techniques (les bailleurs) se sont ralliés. Il a pour cadre de référence le Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social (PDSS), et les programmes quinquennaux (PRODESS) qui en découlent, tous ayant développé une planification et un processus de suivi et de revue clairs.

En ce qui concerne la décentralisation, même si les mandats pour la gestion des CSCOM ont été dévolus aux conseils locaux (communes), ceux-ci n'ont pas en réalité les ressources pour les appuyer, si bien que dans les faits, en pratique le financement provient directement du Ministère de la Santé du gouvernement central. Pour favoriser la décentralisation des responsabilités, les ASACO doivent maintenant passer des accords directement avec les conseils communaux. Mais cette mesure vient seulement d'être introduite, et doit donc être accompagnée par des transferts financiers pour responsabiliser les collectivités décentralisées de manière efficace à la gestion locale de la santé.

Les avis sont mitigés concernant la durabilité et l'équité de ce système de gestion de la santé basée sur la communauté: d'un côté, le système pourrait assurer qu'au moins certains services de santé de base soient accessibles pour une frange importante de la population dans un contexte de contraintes budgétaires considérables; de l'autre, les plus pauvres parmi les pauvres, qui ne peuvent pas se permettre de payer les frais, ou les ménages pour lesquels les frais de santé directs et indirects représentent une partie énorme de leurs ressources, continueront d'être privés de l'accès aux systèmes de santé formels et seront exposés aux vulnérabilités de la santé et/ou aux crises de santé économique connexes. De ce point de vue, les mécanismes de protection sociale bien conçus et faisant la promotion de la demande pour les services de santé communautaires en les rendant plus accessibles aux pauvres, pourraient réduire les inégalités tout en assurant la continuité du flux des ressources vers les prestations de service locales, qui ont généralement réussi l'extension des services de santé de base.

Comme évoqué à la Section 5, pour faire face à certaines questions relatives au financement de la santé, le PRODESS II s'est doté d'un plan de protection sociale visant à rendre les services de santé accessibles pour une plus grande partie de la population, y compris les plus marginalisés, grâce en grande partie à des plans qui seront discutés plus en détail ci-dessous: AMO et RAMED entre autres. La composante santé du PRODESS prend aussi en compte certains services de

---

<sup>45</sup> Voir le tableau sur l'évolution des indicateurs de santé infantile et maternelle dans l'Annexe 4.

base gratuits (classés comme une subvention de l'État aux pauvres) dans le cadre de sa stratégie visant à rendre les prestations de service dans le domaine de la santé plus pro-pauvre. Par ailleurs, un des éléments au cœur de cette stratégie est l'expansion du système d'assurance maladie volontaire, qui offre actuellement une couverture limitée au Mali, touchant seulement à peu près 2% de la population.

## 8.2 Mécanismes d'assurance maladie existants

Actuellement, il y a essentiellement deux formes actuelles d'assurance maladie au Mali, en plus de l'offre d'assurance maladie privée<sup>46</sup>, ne rentrant pas dans le cadre de cette étude. Étant donné que l'étude est axée sur les populations pauvres et vulnérables, dont la plus grande partie appartient au secteur informel (travaillant pour la plupart dans le secteur de l'agriculture), nous explorerons le système de mutuelles d'assurance maladie de façon plus détaillée. Cependant, tous les employés du secteur formel ne sont pas 'riches' et, bien que couverts par un système de sécurité sociale, ceux qui appartiennent au troisième ou au deuxième quintile de santé sont eux aussi exposés aux risques et aux vulnérabilités sanitaires. À ce titre, l'INPS, qui n'offre pas à l'heure actuelle une assurance maladie complète à ses contribuables, mais offre une couverture pour certains risques sanitaires, de même que des bénéfices maladies spécifiques, est une forme de protection sociale importante qui réduit la probabilité pour ses bénéficiaires de devenir pauvres à cause d'une crise de santé ou de dépenses de santé élevées.

### 8.2.1 Assurance maladie basée sur l'emploi: l'INPS

L'institut National de Prévoyance Sociale (INPS) couvre tous les travailleurs légaux salariés du secteur formel, et leurs familles. Les avantages et les services de l'INPS sont financés par un mélange de cotisations des employeurs et des employés; l'institut n'utilise pas les ressources publiques pour financer ses opérations. L'INPS couvre les domaines suivants:

#### Prestations familiales

Elles sont destinées à promouvoir les facteurs de bien-être dans les ménages avec l'objectif d'améliorer les conditions de vie et de favoriser l'éducation des enfants. Parmi ces facteurs nous avons:

- Des services de soins de santé pour les employés et leurs familles, dont: les consultations pré-natales pour les femmes, un accès limité à des facilités d'accouchement et à des consultations et vaccinations pédiatriques pour les enfants des travailleurs. D'autres services qui peuvent être fournis par les centres de santé de l'INPS sont payables par l'employé.
- Les allocations pré-natales pour promouvoir une meilleure santé maternelle (conditionnée au respect des visites pré-natales).
- Des primes de premier établissement versées une seule fois, à la fondation d'un foyer (mariage).
- Des avantages maternels pour promouvoir la santé et le bien-être maternel et infantile (consistant au bénéfice à réception d'attention postnatale et au suivi sanitaire de l'enfant).
- Des indemnités de maternité pour les femmes employées pendant la durée du congé de maternité (14 semaines) où l'INPS remplace l'employeur dans le paiement de la rémunération de la femme employée (payée sur la base du montant réel du salaire).
- Des allocations familiales pour les employés, accordées selon le nombre d'enfants âgés de 14 ans au plus, ou de 21 ans au plus (si les enfants sont encore à l'école). Le montant mensuel actuel par enfant de cette allocation est de 1.500 FCFA (augmentée de 500 à 1.500 FCFA à partir de juillet 2008).

---

<sup>46</sup> La Caisse des Retraites, qui fait partie du système de sécurité sociale au Mali, offre principalement des pensions aux fonctionnaires, elle ne sera donc pas explorée dans cette section. Cependant, lorsque l'AMO deviendra une réalité, il sera responsable de la collecte des prémiums de la mutuelle d'assurance maladie pour les fonctionnaires.

### **Compensation en cas d'accidents et de maladies de travail**

- Des avantages en nature: prothèses, orthèses, services de réadaptation/rééducation; et
- Des avantages en espèces: indemnités temporaires ou une allocation permanente si la maladie ou la blessure est permanente ou a entraîné la mort.

### **Assurance vieillesse, handicap et décès**

- Des allocations de pension de pour les personnes à partir de l'âge minimum de retraite de 50 ans au moins qui ont occupé un emploi formel pendant au moins 10 ans à l'âge minimum de retraite;
- Des pensions d'infirmité pour les travailleurs devenus infirmes (ni par le travail, ni par son fait) après cinq années effectives d'emploi; et
- Une pension mensuelle de réversion pour les descendants des travailleurs décédés.

### **Protection générale contre la maladie**

- Couvre l'examen médical pré-embauche et certaines consultations médicales préventives pour les travailleurs et leurs familles.

L'INPS malien est une institution qui fonctionne bien en général et qui a servi de modèle pour d'autres pays Africains, offrant à ses bénéficiaires une gamme relativement large d'avantages de santé et de sécurité sociale. Cependant, il couvre seulement les employés du secteur formel et qui paient pour cela une cotisation mensuelle. Ce groupe ne constitue qu'environ 10% de la population Malienne, le défi à relever reste immense.

#### **8.2.2 Système de mutuelle d'assurance maladie**

Introduit au Mali avant l'indépendance pour couvrir les dépenses liées aux événements familiaux et pour fournir des prêts, le mouvement de mutuelle d'assurance a commencé avec des groupes spécifiques d'employés (les travailleurs de la poste et du chemin de fer). Vers le début des années 90, à la suite du changement radical du cadre politique, et du rôle joué par la société civile dans l'offre de services de santé à travers une conjonction d'associations de santé communautaire et le système de recouvrement des coûts initié par l'Initiative de Bamako, un mouvement s'est développé, qui tente d'offrir une mutuelle d'assurance maladie à une plus grande partie de la population non couverte normalement par la protection contre les risques médicaux, à la fois dans les contextes urbain et rural.

En 1996, la Loi régissant la mutualité a été votée par l'Assemblée Nationale, une première pour ce genre de législation en Afrique sub-saharienne. En 1998, l'Union Technique de la Mutualité Malienne (UTM) a été créée, sur financement conjoint du gouvernement et de la coopération Française, comme organisation faîtière coordonnant et régulant le secteur des mutuelles, par le recours à une expertise économique, médicale, et en communication. Les associations de mutuelles individuelles continuent de dépendre largement des groupements professionnels; des organisations rurales plus petites ont été fondées, généralement pour aider à payer directement une partie des frais de traitement dans les ASACO.

#### **Encadré 3: Étude de cas d'une mutuelle d'assurance maladie à Sikasso, Mali**

À Sikasso, la MUSARS (la Mutuelle de Santé Régionale de Sikasso) est la première mutuelle à couvrir deux cercles faisant partie de toute la zone couverte par Kafo Jiginew, un des réseaux de micro finance les plus vastes au Mali (avec 200.000 membres à travers le pays). La MUSARS s'est fixé comme objectif d'enrôler 50.000 membres dans les cinq ans à venir dans la région de Sikasso. Elle comptait 681 membres à la fin de sa première année d'opération; grâce au financement d'associations coopératives Canadiennes et Françaises, elle poursuit un mouvement de recrutement actif en conjonction avec les caisses villageoises de Kafo Jiginew qui se sont fermement établies dans la zone au cours des années où la culture du coton était une activité rentable pour les paysans. 20% des membres de Kafo dans les deux cercles cotisent actuellement au plan d'assurance MUSARS. L'organisation est raisonnablement satisfaite du résultat atteint, si l'on tient compte du fait que son lancement a coïncidé avec une année difficile pendant laquelle 'les gens cherchaient d'abord à manger, et non des soins de santé'. En comparaison, l'UTM a enrôlé

approximativement 2.000 membres dans l'assurance mutuelle de santé pendant ces six dernières années d'activité à Sikasso.

La MUSARS estime que 80% des membres des mutuelles de la région sont des salariés, enrôlés à travers les associations professionnelles. Le paiement durable des cotisations et le recrutement d'avantage de membres au Mali sont deux volets vulnérables. Les Services de Développement Social et d'Économie Solidaire (SDSES) à Sikasso rapportent que les cotisations ont baissé au cours des deux dernières années. Cela est dû à l'augmentation du prix des denrées alimentaires (l'évaluation la plus récente de l'inflation au Mali est de 12%, une augmentation soudaine par rapport à l'année précédente) et à la déprime de la production de coton (qui faisait vivre il n'y a pas longtemps 25% de la population), auxquelles s'ajoute la chute de la production céréalière en 2007 due à une pénurie d'équipements et d'intrants pour une agriculture plus intensive.

Le système de mutualité a travaillé pour développer un moyen viable et abordable de couvrir les risques maladies, offrant apparemment un service satisfaisant aux contribuables. Sa direction argue que les contribuables et non un service gouvernemental doivent prendre la responsabilité de décider comment équilibrer les niveaux de soins de santé et les paiements qu'ils ont choisi de faire. Le seul problème que les membres semblent avoir avec le système est le paiement régulier de la cotisation qui coûte à peu près 460 F CFA par mois, et cela peut être utilisé comme argument pour rendre le paiement des cotisations obligatoires sur une échelle plus grande que celle qu'il y a actuellement en vue d'élargir la base de financement des soins de santé. L'UTM est optimiste que la population n'acceptera pas la détérioration des soins de santé et que la crise économique actuelle renforcera la résolution d'adopter l'assurance maladie à des taux abordables.

Au Mali, l'État a joué un rôle dans la création d'un environnement favorable au développement des mutuelles de la santé. Il a initié une loi sur les mutuelles de santé en 1997 et mis en place un organe d'appui, l'UTM. Le Mali demeure à ce jour le seul pays avec ce genre de loi. L'UTM a trois fonctions (Letourmy 2005): i) **stratégique**, consistant à donner des directives pour le développement et la définition de projets pertinents dans le contexte national; ii) **technique**, pour appuyer la création de nouvelles mutuelles d'assurance maladie; et iii) **politique**, en vue de représenter les membres des mutuelles d'assurance. Il est important de noter qu'il y ait un total de 103 organisations d'assurance mutuelle. En 1999, l'UTM a développé son propre produit d'assurance, les Garanties Sanitaires (GS) qui offrent des types différents de paquet de bénéfices aux populations bénéficiaires:

**Tableau 27 : Paquets de services des GS**

Couverture	Paiement mensuel	Remboursement	Versement initial
Services ambulatoires et hospitaliers	Soins de santé publics et communautaires : 460 F CFA par personne et par mois (tous âges confondus). Soins de santé mixtes, publics et privés : 5 825 F CFA par personne et par mois (tous âges confondus)	75% des coûts ambulatoires et hospitaliers	2 500 F CFA par famille

Les produits GS sont offerts surtout à Bamako et dans d'autres villes des régions (Sikasso, Kayes, Mopti, Koulikoro, Gao et Ségou); cependant, plus récemment, ils ont commencé à faire leur apparition dans les zones rurales de certaines régions ciblées. L'UTM négocie les accords de service (qui comprennent les critères de qualité) directement avec les prestataires de services de santé, les centres de santé et les hôpitaux. Toute l'administration des GS relève de l'UTM au niveau central, et comprend entre autres activités la collecte des contributions, le marketing, la gestion financière, etc. L'UTM a lancé un plan de marketing ciblant les entreprises à Bamako en

faisant recours aux techniques de marketing social et a développé un système de logiciel spécifique pour administrer les GS (Huber et al 2003).

Le rôle et la responsabilité des mutuelles individuelles d'informer et d'impliquer leurs membres dans les services et les développements sont soulignés et facilités à travers la formation de leurs représentants élus. Avec la participation des donateurs, elles prennent des décisions sur les taux des cotisations et les niveaux des services, dans les limites des paramètres légaux. Les avantages de l'appartenance à l'UTM comprennent une évaluation professionnelle de la qualité des soins continus à tous les niveaux de la 'pyramide' des structures de santé publique, des CSCOM aux CSRef (centres de santé de référence), et formations hospitalières publiques (deuxième niveau de référence dans les régions et hôpitaux de référence tertiaire à Bamako). Le premier aspect de toutes facilités évaluées par l'UTM est la qualité de l'accueil des patients, qui est souvent perçue comme un obstacle à l'accès. Le paiement direct de proportions convenues des coûts des services (généralement 75% avec un ticket modérateur de 25%) implique l'accès aux médicaments générique et des tarifs convenus à l'avance dont l'ensemble influence les frais payés à la fois par le patient et par la mutuelle. Pour un paiement additionnel réduit, les cotisations de base versées à la mutuelle couvrent le bénéficiaire et ses dépendant(es). Cela signifie que même si l'assurance maladie offerte par les mutuelles peut couvrir les enfants, elle a un coût supplémentaire pour les ménages, qui peut être ou ne pas être assumé pour tous les enfants; les données sur le nombre d'enfants couverts par bénéficiaire sous le système de mutuelle de santé ne sont pas actuellement disponibles mais pourraient être utiles pour la conduite d'une évaluation de l'impact du système sur les enfants.

Selon Huber et al (2003), l'UTM a de solides activités de communication et de sensibilisation visant à promouvoir le mouvement de la mutualité; cependant, l'impact mesurable de l'UTM est relativement petit. Les critiques du programme affirment que la somme de 440 FCFA par personne/mois cible principalement les employés du secteur formel et pourrait ne pas être réellement abordable pour la population du secteur informel, en particulier les plus pauvres. La faiblesse du modèle de l'UTM est sa grande dépendance de l'appui financier externe, car ses coûts opérationnels sont très élevés et financés seulement par l'extérieur. Les bailleurs Français notent que le montage financier actuel ne peut pas être maintenu à long terme (Brouillet et Letourmy 2000), ce qui signifie que l'UTM doit se trouver des sources de financement plus diversifiées. On peut envisager comme alternative la création d'une structure de financement endogène, avec la commande de certains services de l'UTM par le gouvernement Malien. L'analyse de l'UTM du Mali (Ndiaye 2006) indique que ses résultats sont positifs bien que modestes au regard de l'investissement consenti. En termes d'impact, près de 20 mutuelles font la promotion de leurs garanties dans le cadre de l'Assurance Maladie Volontaire promue par le Ministère du Développement Social, de la Solidarité et des Personnes Âgées, qui réunit à peu près 30.000 bénéficiaires. Douze autres mutuelles sont en cours de développement. Ce qui ajouterait 80.000 bénéficiaires au système. L'État a un allié en l'UTM pour promouvoir l'extension. Cela veut dire investir dans leur développement, d'autant plus que « l'autonomie » de l'UTM n'est pas envisageable à l'heure actuelle.

En plus des mutuelles qui sont membres de l'UTM, il y a aussi un nombre considérable de groupes de mutuelles d'assurance maladie indépendants (le CSCRP cite approximativement 75 au Mali). Ces mutuelles indépendantes sont créées et gérées au moyen de mécanismes divers, et tentent d'atteindre une frange plus importante de la population. Par exemple, on a pu se rendre compte que les migrants sur le retour mettent en place leur propre assurance maladie pour redévelopper leur réseau de capital social (Ndiaye 2006). Certaines données indiquent que les adhérents aux mutuelles d'assurance utilisent plus fréquemment les installations médicales que le reste de la population (0,2 contacts) par an. Dans la région de Sikasso, les données du système local d'information sanitaire (SLIS) montrent que les taux de mortalité infantile sont plus bas dans les zones où les CSCOM sont liés par un contrat au système des mutuelles que dans les autres zones de la région. Il n'y a pas eu de recherche exhaustive sur cet aspect à ce jour, mais cela met en évidence un résultat potentiellement important pour la poursuite de l'appui aux plans d'assurance

maladie des mutuelles. Pourtant, le mouvement mutualiste est fragile, avec seulement 2% de la population qui en bénéficie actuellement. Le plan d'extension de la santé au Mali compte atteindre 15% des conseils communaux et 3% de la population avec des services de santé offerts par les mutuelles d'ici 2009, mais il s'agit là d'une frange toujours limitée de la population dans son ensemble.

Vu que le Plan d'Action National d'extension de la protection sociale 2004-2009 du Mali comprend un ensemble de mécanismes différents pour la vulgarisation de la protection sociale sanitaire en faveur de différents groupes de population, il sera important de faire le suivi des synergies entre les structures administratives et d'exécution pour des plans actuellement en place et ceux qui commenceront à être opérationnels vers la fin 2008 et en 2009. Pour cela, il faut des stratégies idoines pour minimiser les erreurs (d'inclusion et d'exclusion) dans le ciblage des bénéficiaires et pour identifier les voies par lesquelles on pourrait plus rapidement élargir la couverture de la protection sanitaire plus rapidement, étant donné que les projections des plans existants et de ceux qui sont sur le point d'être lancés continueront de ne pas couvrir plus de la moitié de la population – en particulier ceux qui sont trop pauvres pour payer les primes de l'assurance maladie offerte par les mutuelles ou n'appartiennent pas aux groupes cibles de l'AMO, mais ne sont pas assez 'pauvres' ou indigents pour être éligible au RAMED. Cette population, qui comprend un grand nombre d'enfants, reste vulnérable face aux problèmes de santé et aux risques économiques qui en découlent.

### **8.3 Systèmes de protection sociale planifiés liés à la santé sous le PRODESS II**

L'objectif du volet 3 du PRODESS I était de 'développer des mécanismes et des modalités de financement alternatifs des soins de santé', avec la proposition de mécanismes spécifiques qui ont été à l'origine des mécanismes actuellement en cours de développement. Cependant, dans la pratique, le PRODESS I s'est plutôt focalisé sur la fourniture d'infrastructures sanitaires que sur le financement de l'accès aux soins de santé, et a n'appuyé que des travaux limités aux connaissances de base sur les mécanismes de financement alternatifs de la santé. Pour combler cette lacune, le PRODESS II (2005-2009), dans le volet 5 de son plan de santé, souligne le besoin 'd'accessibilité financière, d'appui pour la demande et la participation'; le volet 3 du plan de développement social traite quant à lui du 'renforcement de la protection sociale'. La conjonction de ces deux composantes est perçue comme un moyen de promouvoir les mécanismes de financement alternatifs de l'accès aux soins de santé de qualité pour la population.

Le volet renforcement de la protection sociale da composante développement social du PRODESS II propose trois alternatives majeures pour la protection sociale sanitaire:

#### **8.3.1 L'Assurance Médicale Obligatoire (AMO)**

L'AMO est en voie d'élaboration pour s'appuyer sur les structures existantes, avec comme objectif de maximiser leur couverture potentielle, et cible tous les citoyens avec une source permanente de revenu, y compris les salariés des secteurs publics et privés, les fonctionnaires et les retraités. À travers l'AMO, le gouvernement cherche à mettre la pression sur les employeurs pour qu'ils enregistrent tous leurs employés à l'INPS et pour qu'ils élargissent les bénéfices de leur protection sociale de la santé actuelle à l'assurance maladie, tout en rendant l'assurance maladie obligatoire pour les fonctionnaires et les députés<sup>47</sup>. AMO vise également à couvrir la famille à la charge de l'assuré, y compris leur épouse, leurs enfants (nés du mariage actuel ou précédent, ou les enfants d'un mariage précédent de l'épouse d'un assuré – pourvu que ces enfants ne reçoivent pas de

---

<sup>47</sup> Selon la stratégie initiale, la provision devait couvrir le personnel militaire, mais ceci a changé sous les termes du projet de loi actuel. De même, selon la stratégie, la couverture des veuves des bénéficiaires était comprise de façon explicite, tandis que sous le projet de loi, il est moins clair, quoique les épouses soient spécifiquement identifiées comme bénéficiaires.

bénéfices AMO de l'ancien mari). Les fonctionnaires et députés verseront leurs cotisations et recevront les bénéfices à travers la CRM alors que les travailleurs salariés le feront à travers l'INPS. L'INPS et la CRM seront gérés par la CANAM. Tel que décrit ci-haut, l'un des principaux objectifs de ce plan est de faire en sorte que non seulement les contribuables, mais aussi leurs épouses parents et enfants dépendants bénéficient de la couverture. Actuellement, des institutions comme l'INPS (en particulier les employeurs qui doivent payer les cotisations) et l'UTM ne sont pas obligés d'inclure tous les dépendants sous leur couverture. Pour l'AMO, l'objectif est d'inclure les contribuables et les autres bénéficiaires, ce qui, appliqué de façon efficiente, pourrait avoir un impact significatif sur la santé infantile. Selon certaines estimations, appliquer l'AMO se traduirait par 317 852 contribuables et 1,95 million de bénéficiaires (en prenant comme taille moyenne des ménages 6,1 personnes) équivalant à près de 16.3% de la population Malienne. Cependant l'étude de faisabilité la plus récente pour l'AMO (Aubry, 2006), met en évidence certaines préoccupations par rapport à la faiblesse de l'offre de services de santé comme obstacle potentiel à la mise en œuvre de l'AMO, car des investissements significatifs pour le renforcement de l'offre de santé devraient accompagner son lancement.

L'assiette des services de santé considérés comme les plus faisables comprend aussi bien les assurances à faible risque que les assurances à haut risque. Les assurances à faible risque couvrent ce qui suit: les consultations générales ou spécialisées, les médicaments essentiels (génériques); certaines analyses de laboratoire; et les soins dentaux de base. Les assurances à haut risque comprennent la simple hospitalisation et l'hospitalisation avec intervention chirurgicale.

Les services actuellement offerts gratuitement conformément à la politique du gouvernement doivent être exclus: le traitement du VIH/SIDA, de la lèpre, de la tuberculose, des accouchements par césarienne et les vaccinations des enfants.

Selon des estimations faites avant la publication du dernier projet de texte les coûts estimés pour cette assiette de services de base sont de 11.855 FCFA par bénéficiaire par an. L'analyse d'Aubry (2006) explore en détail les mécanismes possibles visant à assurer que les centres de santé réalisent les services pour les bénéficiaires et à estimer les différents scénarios de coûts pour la mise en œuvre de ce plan. Selon les faits avancés par l'analyse, la conception actuelle de l'AMO propose la couverture des bénéficiaires pour 80% des risques catastrophiques et 70% des risques faibles. Le coût du prémium sera approximativement de 4,5% de cette valeur. Même si ce plan semble être une option politiquement faisable qui minimise les risques moraux pour les bénéficiaires, l'analyse fait ressortir la complexité de sa gestion et de sa mise en œuvre, de même que son coût élevé. Il est important de souligner que, sous la conception projetée du programme, il est envisagé que les ressources pour financer l'AMO proviennent en premier lieu des employeurs, des assureurs et des cotisations. Les estimations ne prévoient pas la couverture des coûts de l'AMO avec les ressources publiques, pas seulement parce qu'on considère que l'État n'a pas assez de ressources budgétaires disponibles pour le faire, mais aussi parce que, par le passé, les contributions de l'État à l'INPS avaient tendance à venir en retard, entraînant des problèmes de financement. L'indépendance des fonds de l'État est considérée plus fiable et plus durable. La responsabilité de l'État réside dans la régulation du système et dans ses cotisations en tant qu'employeur des fonctionnaires. L'analyse met en évidence le besoin de l'apport des bailleurs pour le financement des coûts d'établissement. Selon le PRODESS II, ce régime vise à s'élargir progressivement à une plus grande frange de Maliens: les artisans, les travailleurs agricoles et les travailleurs du secteur informel (à peu près 16,3% de l'ensemble de la population totale). Cependant des préoccupations existantes au sujet de la difficulté de réclamer des cotisations mensuelles auprès de personnes dont le paiement ne peut pas être déduit automatiquement à la source – qui sont une minorité – pourront poser de réelles contraintes à la mise en échelle de l'AMO une fois qu'elle sera effectivement en réalisation. Quoique les propositions principales du programme aient déjà été établies, le détail de la mise en œuvre de l'AMO est toujours en finition, donc son lancement est remis à 2010.

### **8.3.2 Le Régime d'Assistance Médicale (RAMED), appelé Fonds d'Assistance Médicale (FAM) au PRODESS II**

Le RAMED dont l'approbation par l'Assemblée Nationale est attendue en 2009, et le lancement est prévu en 2010, doit être conjointement financé par le gouvernement central et les collectivités locales et est destiné aux populations les plus marginalisées ou indigentes qui, selon des estimations faites pour le RAMED, représentent 5% de la population. L'objectif du RAMED est de subventionner les coûts de l'accès des indigents aux formations de services de santé communautaires (il ne comprend pas la couverture en centres de santé privés), pour assurer que ceux-ci et leurs dépendants aient l'accès aux services de santé ambulatoire et hospitaliers, y compris les maternités. Il s'agit là d'une initiative nationale qui demande l'engagement des différents niveaux du gouvernement sous la gestion d'une nouvelle institution publique titré l'ANAM (Agence Nationale d'Assistance Médicale) qui facilitera la coordination entre les autorités responsables au niveaux du gouvernement central et des collectivités territoriales, aussi bien que la distribution de fonds du gouvernement central à des collectivités locales

Le financement du RAMED est prévu comme suit. Au niveau national, 65% seront financés sur le budget de l'État, 35% des ressources seront financés par les collectivités locales. Les estimations pour le coût annuel de la couverture par le RAMED des 5% de la population considérés comme étant 'indigents' sont d'approximativement 2.9 milliards de F CFA. Il est estimé que les services de soins de santé de base auxquels les bénéficiaires ont droit seront financés par les ASACO et les collectivités locales, alors que les ressources Etatiques pour le RAMED couvriront des coûts au niveau secondaire ou de centre de santé de référence, qui sont plus chers, quoique les détails opérationnels du système soient toujours en voie de finition.

Il y a des difficultés évidentes à identifier et à cibler la population bénéficiaire potentielle. Aubry (2006) identifie comme contraintes la fluctuation et le manque d'enregistrement systématique de ceux qui sont considérés indigents. Il est tout aussi difficile de les définir de manière objective et technique, ce qui rend difficile d'évaluer ceux qui doivent réellement bénéficier du RAMED. Certaines estimations ont fixé la population à 5%, d'autres donnent des chiffres aussi élevés que 20%. Ce dernier chiffre est comparable aux 21% de la population Malienne vivant dans une pauvreté extrême selon les estimations. Même les estimations les plus élevées semblent basses dans un contexte où près de 60% de la population Malienne vivent en dessous du seuil de pauvreté, ce qui implique que même un RAMED très ambitieux ne couvrirait qu'un tiers de la population potentiellement dans le besoin.

Afin d'être enregistré au programme, selon le projet de décret d'application pour la loi établissant le RAMED, une demande explicite doit être adressée par le parti concerné, les services sociaux de la localité, la formation sanitaire spécialisée où l'intéressé est pris en charge, ou le fournisseur de soins de santé, lorsque l'un ou l'autre est confronté à l'incapacité du patient de fournir sa propre prise en charge. La personne qui est éligible doit pouvoir fournir l'identification officielle pour lui-même et /ou ses dépendants.<sup>48</sup> Une fois la demande établie, une enquête formelle est entreprise par les services sociaux locaux pour vérifier les détails du bénéficiaire potentiel. Cependant il y a plusieurs questions liées à ce processus qui se font remarquer à cause de leur faisabilité et de leur potentiel pour exclure des personnes les plus vulnérables. D'abord le bas niveau de déclaration d'enfants à la naissance et le nombre très important de mariages non officialisés par l'état civil, veut dire que les bénéficiaires potentiels pourraient se faire exclure pour incapacité de produire une identification officielle. Bénéficier du RAMED pourrait, en effet, être considéré comme une occasion de se faire enregistrer, mais ceci impliquerait des efforts parallèles à mettre en place pour appuyer l'enregistrement de la naissance et du mariage pour éviter des exclusions. Par rapport à l'approbation finale à fournir après une enquête par les services sociaux locaux, le processus a l'air d'être prolongé et complexe, surtout dans le cas d'une urgence médicale ou pour

---

<sup>48</sup> Ces pièces comprennent, là où elles sont pertinentes, les copies du certificat de mariage, un certificat de vie des enfants de moins de 14 ans, le certificat de fréquentation scolaire des enfants entre 14 et 21 ans, ou un certificat médical pour un enfant handicapé.

une population qui pourra ne pas être lettrée, avec peu d'éducation formelle et ayant peut-être des moyens inadéquats pour suivre le processus. En outre, il faut prendre en considération la manipulation potentielle en fournissant l'accès au RAMED lorsque la décision finale reste auprès des services sociaux locaux, donc il faudra rechercher des mécanismes pour minimiser le rôle de la discrétion. Enfin, pour éviter de devenir une source d'exclusion, le RAMED devrait être supporté par une solide stratégie avancée et de communications pour assurer que les personnes de communautés marginalisées et potentiellement éligibles, sont conscientisées sur le fait qu'elles puissent bénéficier de la gratuité de services sanitaires, et qu'en conséquent elles commencent à en faire la demande. Mais une telle campagne sera coûteuse. De même, le processus de sélection est coûteux, donc une quantification de ces coûts devrait être incluse comme partie des coûts totaux du programme.

Les détails sur les mécanismes de livraison des certificats d'indigence sont donnés dans les études de faisabilité, par exemple Aubry (2006). Cependant, parmi les problèmes les plus remarquables, nous avons le fait que les certificats doivent être remis par le personnel des services sociaux locaux après un long processus de délibération, qui comprend une enquête de ménage sur le candidat. Ainsi, la durée et la complexité du processus, en particulier pour une population qui ne doit pas être alphabétisée, avec peu d'éducation et peut-être sans assez de moyens pour suivre le processus, surtout en cas d'urgence médicale, peuvent être des facteurs d'exclusion. Même si elle doit être prise sous l'œil vigilant d'une équipe chargée de réviser les études familiales des candidats, laisser la décision finale des cas individuels entre les mains d'une poignée d'individus pourrait potentiellement offrir une porte d'entrée à la manipulation ou aux 'erreurs' d'inclusion.

Les coûts du RAMED sont estimés à 2.9 milliards de FCFA sur la base de 5% d'indigents couverts contre 12.434 milliards de FCFA lorsque la population ciblée augmente pour atteindre 20%. L'étude de faisabilité par Aubry (2006) a indiqué que ces sommes étaient incompatibles avec les ressources disponibles pour le financement du RAMED, et donc le budget de 2010 devra effectivement incorporer ces coûts. La complexité de ce programme agissant à divers niveaux, exigeant un système robuste pour rapporter et tracer les dépenses en vue du traitement des remboursements, avec l'implication d'acteurs divers, semble être un défi pour les considérations futures. Cela est d'autant plus vrai que le remboursement des fonds pour des prestations de service gratuites dans les CSCOM et les ASACO dans le cadre de la politique de soins de santé gratuits de l'État s'est déjà révélé problématique, pas seulement à cause du fait que le remboursement n'est pas perçu, mais aussi parce qu'il s'avère inabordable pour les CSCOM de prendre en charge les coûts (entrevues des auteurs, Avril 2008).

### **8.3.3 Assurance Médicale Volontaire (AMV)**

L'AVM fait référence aux efforts du gouvernement visant à assurer qu'une frange plus grande de la population du secteur informel soit incorporée dans un système de mutuelle de santé ou, si pertinent, contractent l'assurance privée. Le but visé à travers ce genre d'efforts est d'obtenir une couverture pour à peu près 3% de la population dans les deux années à venir. Cependant, l'articulation de la stratégie pour atteindre ce but n'est pas clair, étant donné que les organisations mutuelles de santé n'ont pas encore grandi de façon significative, malgré les plans de mise en échelle, et la demande reste faible.

Plusieurs dimensions institutionnelles du plan ci-dessus demeurent incertaines, avec des questions persistantes sur comment la conception institutionnelle peut avoir un impact sur l'efficacité potentielle. De plus, comme suggéré plus haut, lorsqu'on ajoute les scénarios de 'meilleurs cas' de la couverture, (16% pour l'AMO + 5% pour le RAMED + 3% de l'AVM), seuls 24% de la population sont couverts (ceux qui ont des assurances maladie sont marginaux). De ces chiffres, à l'exception des 5% qui sont indigents ou de ceux qui vivent dans une situation de pauvreté extrême, il est improbable que le reste soit parmi les 55% de Maliens vivant en dessous du seuil de la pauvreté qui sont rendus encore plus vulnérables par les risques de crises sanitaires et de crises économiques qui les accompagnent. Ainsi, si le plan de vulgarisation de la santé au

Mali contient certains éléments positifs par rapport à la reconnaissance du besoin pour l'état d'offrir la protection sanitaire sociale aux populations les plus vulnérables, des fonds additionnels doivent être mobilisés pour financer des mécanismes de protection créatifs mieux conçus pour couvrir les besoins (et les possibilités financières) de plus de 50% des pauvres.

## **8.4 Abolition des frais des services de santé de base axés sur les enfants**

Il n'y a pas de programmes spécifiques de protection sociale pour les enfants au Mali. Cependant, les enfants sont les bénéficiaires indirects de tous les mécanismes présentés plus haut lorsque leurs parents ou tuteurs sont des contributeurs ou des membres enregistrés. Dans le cas des enfants orphelins privés d'attention familiale, le RAMED compte pouvoir les enregistrer directement, car ils peuvent être classés dans la catégorie des indigents.

Il existe, cependant, quelques services spécifiques de santé qui sont fournis gratuitement aux enfants sont offerts gratuitement dans le cadre des efforts du gouvernement pour élargir la gratuité à certains aspects clés des soins de santé. Parmi ces services nous avons: la vaccination gratuite pour les enfants, le traitement gratuit du paludisme pour les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes, le test de laboratoire gratuit pour les enfants de moins de 14 ans ou les élèves; les moustiquaires pour encourager les soins pré et post-nataux pour les femmes; et la césarienne gratuite (mais pas de transport gratuit dans les centres de santé de 2me niveau).

D'autres prestations gratuites de services de santé pour toute la population incluent le traitement du VIH/SIDA, de la tuberculose et des 'maladies négligées' comme la lèpre. Les soins pré- et post-nataux ne sont pas gratuits, avec un coût qui avoisine les 500 FCFA par contact, y compris le coût du carnet de suivi; cela pourrait se révéler trop cher pour les ménages les plus pauvres. Les coûts normaux de l'accouchement sont de près de 5 000 FCFA, une des raisons pour lesquelles 50% des accouchements continuent de se faire en dehors des structures de santé appropriées.

Bien que le paludisme soit la maladie la plus courante des enfants de moins de cinq ans, ce qui veut dire que son traitement gratuit est une intervention utile, les coûts des autres causes fondamentales de morbidité et de mortalité des enfants (telles que la diarrhée), ne sont pas couverts. En plus, les patients continuent de payer pour les consultations pré- et post- nataux, les soins préventifs pour les enfants, et les frais de médicaments, qui peuvent occasionner des coûts encore plus énormes. Une recherche action récente de Médecins Sans Frontières (MSF, 2008) dans le cercle de Kangaba au Mali a montré que l'introduction des visites médicales gratuites pour les enfants de moins de cinq ans (les consultations coûtent généralement entre 400 et 600 FCFA), y compris les médicaments gratuits contre le paludisme et/ou d'autres traitements médicaux requis pour les enfants de moins de cinq ans, a eu un impact énorme sur la demande de visites pour le paludisme et pour d'autres maladies dans les centres de santé. Cela illustre à quel point les frais supportés par les utilisateurs peuvent être un obstacle important pour les comportements de recherche de la santé. Les données fournies par les échantillons (limitées) de MSF ont montré jusqu'à 60% d'augmentation pour les consultations des enfants de moins de cinq ans. En éliminant les frais de consultation pour les enfants de moins de cinq ans, ce projet a obtenu entre autres résultats le triplement des consultations curatives pour les enfants de moins de cinq ans, le quadruplement des visites médicales régulières des moins de cinq ans et une augmentation significative des consultations anténatales pour les femmes, de même qu'une légère augmentation des consultations pour les enfants de plus de cinq ans et l'amélioration de la qualité et la satisfaction des prestations de services de santé. La portée réduite de ce programme, pendant lequel MSF a couvert les frais auxquels les CSCOM participants à Kangaba ont dû renoncer soulève des questions sur les possibilités de dupliquer et de rendre un tel système durable pour l'ensemble de la population avec les ressources du gouvernement et des bailleurs. Cependant, il fait ressortir la possibilité que les services de santé gratuits orientés sur les enfants de permettre une réalisation plus rapide des OMD relatifs à la santé et d'autres objectifs de santé pour les enfants à travers une plus grande demande de services de santé.

Depuis l'introduction de certains services gratuits, des contraintes pratiques ont pesé sur leur efficacité. La gratuité dans un contexte de services de santé gérés par les communautés signifie que les revenus auxquels les CSCOM ou les ASACO renoncent pour les prestations gratuites doivent être remboursés par l'État, qui a pris un engagement politique d'offrir gratuitement ces prestations. Cela ne se passe pas de manière systématique dans la pratique. Les données de nos entrevues indiquent que l'État est lent pour rembourser et, lorsqu'il le fait, c'est souvent uniquement sous forme de paiement en nature des équipements médicaux ou des médicaments fournis sans compensation du temps de travail des équipes. Cela entraîne des pertes d'argent pour les ASACO, rendant dans certains cas leur système insoutenable. Par conséquent, dans beaucoup de cas, les prestataires de service locaux ont commencé à refuser les prestations gratuites de service, contrairement à la politique du Gouvernement. Au cours de nos entrevues, les autorités du Ministère de la Santé central ont affirmé qu'elles ignoraient les aspects pratiques de la mise en œuvre de la politique de gratuité, mais ont admis que le budget du Ministère était très restreint, et qu'il est très difficile de penser à l'extension des services gratuits à tous les enfants à cause de l'insuffisance des ressources.

Il est évident qu'en dépit des progrès accomplis par le Gouvernement dans l'offre de services de santé gratuits, dont plusieurs profitent aux enfants, il y a toujours un potentiel énorme pour augmenter les comportements de recherche de la santé de ceux qui s'occupent des enfants, en les encourageant à amener les enfants pour les visites médicales préventives et les traitements curatifs après l'élimination des obstacles financiers. Certaines statistiques intéressantes tirées de l'EDS IV 2006 sont présentées ci-dessous. Elles illustrent la faiblesse des comportements de recherche de santé des tuteurs d'enfants:

- Parmi les enfants souffrant d'infections respiratoires, le traitement n'a été recherché que pour 38%. Les enfants âgés de 48 à 59 mois ont été plus fréquemment traités (45%).
- Parmi les enfants souffrant de la diarrhée, seuls 18% ont été traités pendant leur maladie. Pour ceux qui avaient six mois, seulement 8% des cas ont été traités; 20% de ceux qui avaient entre 12 et 35 mois, le groupe d'âge le plus frappé par la diarrhée, ont été traités.
- Parmi les enfants présentant des signes de fièvre (l'indicateur par défaut du paludisme), seuls 32% ont été traités avec des médicaments antipaludiques; dans seulement 15% des cas, le traitement a commencé en temps voulu.

Par conséquent, atteindre les ODM dans leur volet santé nécessiterait une réponse politique forte du Gouvernement qui pourrait entraîner une plus grande demande de services de santé pour les enfants, eu égard au fait que des progrès positifs ont été accomplis dans l'amélioration de l'offre à travers les services de santé communautaires. Cependant, comme l'indique la Section 6, les limites de l'assiette fiscale sont une contrainte à la mise en œuvre d'une telle réponse à court terme. Un point de départ possible serait d'estimer le coût de prestation d'un paquet de services sanitaires pour les enfants (un exercice similaire a été fait pour déterminer la faisabilité de l'AMO et du RAMED) pour avoir une idée réaliste des coûts qu'implique l'extension de ce genre de services. Cela pourrait être le point de départ d'une analyse de coût/bénéfice de l'extension des services de santé gratuits à tous les enfants. Les responsables gouvernementaux du secteur de la santé interrogés semblent s'intéresser aux informations sur des mécanismes plus efficaces pour l'atteinte des objectifs en matière de santé au Mali.

Il pourrait aussi être utile d'avoir un processus par étapes dans lequel les plans actuels et ceux en attente, tels que le RAMED, sont évalués avec rigueur en termes de rentabilité, en particulier au regard du fait qu'il y a d'autres interventions à impact potentiellement plus grand et moins coûteuses (en termes de frais administratifs et de ciblage) auxquelles ces ressources pourraient être allouées. Une approche étape par étape permettrait aussi au Gouvernement d'accorder progressivement une plus grande priorité à la santé, en recherchant d'autres espaces fiscaux et réallouant les ressources des domaines de priorité moins grande pour financer plusieurs programmes de santé, ou en procédant à une extension du RAMED pour couvrir efficacement une

plus grande frange des populations pauvres et vulnérables, y compris les enfants. Cependant, la conception actuelle de l'AMO et de RAMED n'exige pas spécifiquement le suivi et évaluation systématique et périodique, ce qui serait crucial pour assurer que lorsqu'ils sont mis en œuvre, ils sont effectivement des mécanismes de protection sociale. En particulier, dans le cas du RAMED qui est financé de ressources publiques, l'évaluation de son coût/efficacité est primordiale pour fournir des preuves pouvant justifier sa mise en œuvre et son financement sur le moyen et le long terme.

De plus, pour garantir la durabilité du système de santé communautaire, il est crucial que l'état fasse des transferts de ressources et/ou de médicaments rapides et opportuns pour couvrir la prestation gratuite de services de santé par les centres de santé gérés par les communautés et garantir qu'au moins les services actuellement gratuits restent gratuits sans affecter la viabilité financière des CSCOM et des ASACO.

On peut aussi faire le lien entre un programme de transfert en espèces potentiel et l'accès aux services de santé pour les enfants si l'offre des services de santé est disponible, tant que le transfert en espèces est suffisant pour compenser les coûts directs et indirects liés aux traitements médicaux des enfants comme moyen de renforcer la demande de comportement de recherche de la santé des enfants.

## **8.5 Conclusion**

Le Gouvernement Malien exécute en ce moment un plan mixte de financement de la santé publique, qui fait la promotion de la protection sociale pour certains groupes –financé pour la plupart avec l'argent des bénéficiaires eux-mêmes, bien que l'État contribue au niveau des coûts initiaux et des arrangements administratifs. Le RAMED est un programme de protection sociale qui ne requiert pas de contributions qui cible les plus pauvres parmi les pauvres, financé conjointement par les autorités centrales, et locales et qui subventionne les coûts des services sanitaires de ceux qui sont considérés comme étant indigents. Parallèlement, la politique actuelle fait la promotion des services de santé gratuits pour certains segments de la population qui, dans une certaine mesure, inclut les enfants.

Les stratégies de protection sociale sanitaire promues par le Gouvernement auront potentiellement un impact positif sur la santé des enfants dans les ménages bénéficiaires, dont certains se retrouvent parmi les plus pauvres lorsque ceux qui les supportent (ou eux-mêmes) sont identifiés comme indigents. Cependant, il ne s'agit là que d'une petite partie des enfants. Il est improbable que la faiblesse des comportements de recherche de la santé due aux obstacles financiers à l'accès pour la (majorité) des personnes responsables et leurs enfants puisse être affectée de manière significative par les trois plans de protection sanitaire sociale proposés. Vue la marge fiscale limitée du Mali, il est probable que ce genre de stratégie mixte soit plus durable et puisse être financé; cependant, avec son impact prévisionnel actuel, cette stratégie mixte ne contribuera pas de manière significative à l'augmentation de la demande des soins de santé pour les enfants, surtout parmi les plus pauvres. Cette réalité pourrait limiter la possibilité d'atteindre les OMD dans leur volet santé à laquelle le Gouvernement tient tant, de même qu'elle maintiendra des issues sanitaires inéquitables, car les quintiles les plus riches de la population continueront d'avoir des résultats sanitaires améliorés et des capacités de se développées, et les pauvres d'avoir un accès limité. De ce point de vue, il pourrait paraître utile pour le Gouvernement d'explorer les possibilités d'étendre progressivement les prestations gratuites de services de santé, en particulier celles qui visent les enfants. Dans ces plans, on a déjà une certaine preuve de l'impact significatif qu'aura la suppression des obstacles financiers.

Le Ministère de la Santé du Mali est influent et il y a un mouvement significatif en faveur des objectifs sanitaires du PRODESS II, mené en grande partie par un programme visant à rendre le financement de la santé plus accessible et équitable et à rapprocher le Mali de la réalisation des

ODM (au regard des progrès limités sur beaucoup des objectifs sanitaires à ce jour). Cependant, le portefeuille de protection sociale est confié au Ministère du Développement Social, de la Solidarité et des Personnes Âgées, qui a souvent été perçu comme un ministère 'axé sur l'assistance' et à qui on a donné un standing politique et technique différent. Un des premiers défis au renforcement du profil du portefeuille de la protection sociale au Mali et à une plus grande influence politique et institutionnelle pour lui consiste à mettre l'accent sur la pertinence des mécanismes de protection sociale par rapport à la réduction de la pauvreté et à la réalisation des droits humains. En particulier, au regard des liens étroits entre les plans de protection sociale et de santé dans le PRODESS II, leurs synergies doivent être mises en évidence, en mettant l'accent sur le besoin de stimuler la demande dans un contexte où il y a toujours une appropriation limitée des services de santé formels et où les coûts (et l'accès aux services de qualité) restent un obstacle majeur. Notre analyse contextuelle et l'entrevue avec les acteurs indiquent que les bailleurs veulent continuer à appuyer le secteur de la santé (actuellement plus de la moitié du secteur est financé avec l'appui des bailleurs étrangers). Il y a aussi les engagements budgétaires de l'état à renforcer les services de santé. Mais, comme mentionné plus haut, la pression sur les ressources fiscales est grande, et dans un scénario où la croissance économique est inférieure aux projections, on ne peut pas dire avec certitude que les engagements budgétaires en faveur des différents secteurs seront tenus à court terme. Les mesures récents du gouvernement en recherchant l'approbation du RAMED et de l'AMO en 2009, à suivre par leur lancement en 2010, sont positives et font preuve d'un glissement vers une priorité rehaussée de la protection sociale des pauvres. Cependant, comme souligné ci-haut, il y a toujours des écarts et des questions qui devront être prises en considération pour assurer le bon fonctionnement de ce qui est un système complexe ayant de multiples instruments desservant des groupes différents de la population. Le déroulement de ces programmes et leur financement à partir de 2010 font appel à un suivi pour qu'ils soient continuellement renforcés.

Il ne semble pas y avoir d'élan en faveur de la promotion des services de santé gratuits sur une grande échelle, même si la question des services de santé gratuits pour les enfants de moins de cinq comme moyen plus rapide de réalisation des objectifs sanitaires par l'augmentation de la demande est maintenant à l'ordre du jour. Cependant, l'accent demeure sur les facteurs côté offre, comme l'augmentation de l'accès par la construction d'un plus grand nombre de CSCOM, la formation et le recrutement d'un personnel sanitaire plus professionnel dans les CSCOM, et la poursuite de l'amélioration de la qualité des prestations de services sanitaires. Les autorités du secteur de la santé considèrent qu'il reste beaucoup à faire côté offre avant l'allocation d'autres ressources au financement des interventions côté demande autres que celles actuellement en attente. Néanmoins, si l'on tient compte du fait que des instruments comme le RAMED sont en cours de préparation depuis cinq ans au moins, et que dans le contexte Malien actuel sa mise en œuvre est complexe, il pourrait être utile de planifier une approche séquencée dans laquelle des plans complémentaires, comme la gratuité d'un plus grand nombre de prestations pour les enfants, commencent à être développés en vue de mobiliser des fonds à moyen terme. Pour réduire le coût de ces interventions et produire d'autres preuves de leur impact sur les résultats sanitaires des enfants sur une échelle plus grande, ces exemptions pourraient être ciblées géographiquement au cours d'une phase initiale/pilote dans les zones de grande pauvreté ayant les pires performances en termes d'indicateurs de santé pour les enfants, avec peut-être l'appui des bailleurs, dans le but de réunir des informations pour les stratégies à moyen et long terme pour lesquelles la gratuité des services de santé pour les enfants pourrait être une variable fondamentale.

Les plans d'assurance communautaires réussis, comme les mutuelles d'assurance maladie, peuvent être bien placés pour responsabiliser les utilisateurs à demander des services de qualité culturellement acceptés. De ce point de vue, une dissémination sociale accrue et la promotion de la santé, parallèlement à l'appui financier à la santé, pourront potentiellement augmenter l'appropriation des services de santé au Mali. Mais leur portée, de même que la portée des mécanismes de sécurité sociale basés sur les salariés, ne profite qu'aux populations qui ont les moyens de payer les cotisations, ainsi le problème d'équité demeure: sans un mécanisme de protection sociale efficace, qui garantisse que les groupes marginalisés et vulnérables, en

particulier les enfants, aient le moyen de s'offrir les services, soit par les prestations de services gratuites, soit à travers une assurance maladie subventionnée qui renforce la demande, les résultats dans le domaine de santé demeureront probablement faibles.

## **9. Renforcer les services de protection de l'enfant dans le cadre de systèmes de protections sociale plus vastes**

Il y a une diversité de risques sanitaires de cycle de vie sociaux et de vulnérabilités avec des manifestations clairement identifiables propres aux enfants. Ces vulnérabilités peuvent être liées aux droits des enfants à la protection. Certains facteurs généralement liés aux vulnérabilités des enfants sont le manque d'identification formelle; une protection étatique inadéquate pour les enfants sans attention parentale; l'exploitation des enfants à travers le trafic et le travail des enfants; l'entrée prématuée des enfants dans le monde des adultes par le mariage et le travail à risque; et la violence contre les enfants, qui peut inclure certaines pratiques traditionnelles néfastes. Parmi les enfants affectés par ces facteurs nous avons ceux qui n'ont pas été enregistrés à leur naissance, les orphelins, les enfants de la rue, les enfants précocement mariés, et les enfants victimes de travail dangereux ou du trafic. Beaucoup de ces facteurs peuvent être liés à la pauvreté et aux vulnérabilités sociales et économiques du ménage (UNICEF 2006).

Pour produire un système qui réponde à ces vulnérabilités et capable de créer un environnement protectif pour les enfants, l'UNICEF (2006) cite les éléments suivants:

- Le renforcement de la capacité des familles et des communautés à s'occuper des enfants et à les protéger;
- L'engagement du Gouvernement en faveur de la protection des enfants par l'apport d'un appui budgétaire et des politiques d'assistance sociale ciblant les enfants les plus exclus;
- La ratification et l'application de législations nationales et internationales sur les droits et la protection des enfants;
- La garantie que les enfants connaissent leurs droits, sont encouragés à les affirmer et reçoivent les compétences de vie et les informations vitales pour se protéger contre la maltraitance et l'exploitation;
- La disponibilité des services sociaux de base pour tous les enfants sans discrimination; et
- Le suivi, le rapportage transparent et la surveillance des maltraitances et de l'exploitation.

Ces éléments, placés dans un système de protection sociale plus large, axé sur les enfants, peuvent contribuer à la prévention des vulnérabilités des enfants, sans distinction de leur statut socio-économique, leur genre et leur appartenance ethnique, à la promotion de leur bien-être et à la réalisation de leurs droits à se protéger contre l'exclusion et les risques sociaux et économiques. Cette section explique à quel point le cadre de protection sociale élargi du Mali inclut certains de ces éléments et comment il peut servir à renforcer les services de protection des enfants dans le but de réduire la vulnérabilité des enfants face à la pauvreté, à la négligence, la violence et la maltraitance.

Cette section examine à quel point les services de protection de l'enfant, y compris les services préventifs et de réponse, font partie d'un système intégré de protection sociale, ou restent une série de programmes fragmentés et de projets ayant une cohérence et efficacité limitée à travers le système. Ceci a l'objectif d'approfondir l'analyse fournie à la Section 5 de ce rapport des systèmes et programmes existants de protection sociale, focalisée sur les déterminants clés pour la cohérence et l'efficacité, y compris les mandats et responsabilités (et les rôles respectifs d'acteurs gouvernementaux et non gouvernementaux), la coordination entre acteurs, les ressources humaines et le financement. Ainsi, l'analyse a comme but d'identifier les principaux types de changements qui seraient exigés pour construire un sous-système cohérente et efficace de protection de l'enfant à l'intérieur de systèmes nationales de protection sociale, tout en discutant le point auquel de telles mesures ont été prises ou proposées dans le contexte de stratégies et réformes récentes de protection sociale.

## 9.1 Les priorités de la protection des enfants

Au sein du Ministère de la Promotion de la Femme, l'Enfant et la Famille (MPFEF), la mission de la Direction Nationale de la Promotion de l'Enfant et de la Famille est d'élaborer la politique au niveau national par rapport au bien-être des enfants et de leurs familles, aussi bien que de prendre la responsabilité de la coordination et la mise en œuvre de cette politique. A ces fins, ses responsabilités spécifiques comprennent :

- Élaborer des programmes et plans d'action pour la promotion des enfants et des familles;
- Entreprendre de la recherche, des études et enquêtes par rapport au statut juridique, économique, social et culturel de l'enfant et de la famille;
- Mener des actions conformément à la promotion de l'enfant et de la famille;
- Coordonner, faire le monitorage et contrôler des activités de promotion de l'enfant et la famille entreprises par des services et instances publics.

En principe, ces fonctions pourraient faire partie du développement d'un système basé sur des preuves et axé sur les enfants de protection sociale qui (i) fournit des informations sur un éventail de causes de vulnérabilité chez l'enfant (sociales et économiques aussi bien que celles en relation à la violence, à la maltraitance et à la négligence) et chez ceux qui ont leur charge, pouvant contribuer à la conception de politiques et à la mise en œuvre de programmes plus sensibles, et (ii) coordonne les différents acteurs impliqués à fournir des services protecteurs et sociaux pour les enfants. En particulier, le programme d'action principal de la Direction a été élaboré en collaboration étroite avec l'UNICEF Mali. De sa position de partenaire principal (et de bailleur), l'UNICEF exerce une grande influence sur le ministère dans le choix des domaines de travail prioritaires. Le dernier plan quinquennal (2008-2012) a été rédigé et signé, mais la mise en œuvre n'a pas encore commencé. En ce qui concerne la protection des enfants, les groupes vulnérables d'enfants suivants:

- Les enfants travailleurs;
- Les enfants victimes du trafic;
- Les enfants infectés par/orphelins du VIH/SIDA;
- Les enfants de la rue;
- Les enfants en conflit avec la loi; et
- Toutes les formes d'abus contre les enfants: les pratiques traditionnelles néfastes/violences physiques, etc.

Néanmoins, malgré le mandat de la Direction pour coordonner la mise en œuvre de politiques de protection et de promotion des enfants, y compris celles qui sont réalisées par d'autres instances publiques, le manque d'un cadre bien défini pour la collaboration a eu comme résultat de très faibles synergies à travers les institutions, et elles sont d'autant plus importantes que les ressources (humaines et financières) de la Direction sont très limitées pour la mise en œuvre de l'éventail de programmes qui seraient nécessaires pour assurer à lui tout seul un environnement pour protéger les enfants (interviews des auteurs, 2008)

En 2002, le Mali a approuvé son Code de Protection de l'Enfant qui intègre diverses législations relatives aux enfants, en particulier pour les enfants vulnérables et les enfants à risque. Même s'il s'agit là d'un bon pas en avant, le processus d'approbation du Code a été complexe, car certaines questions importantes – comme la conceptualisation des enfants en tant qu'individus et détenteurs de droits – continuent d'être un défi pour beaucoup de décideurs au Mali. De plus, des questions telles que les pratiques traditionnelles néfastes n'ont pas été prises en compte car elles auraient pu empêcher l'approbation du Code. Pourtant, malgré l'approbation du Code, il n'y a toujours pas de mesures d'application le concernant et il n'est pas encore mis en œuvre. Par exemple, le Code traite de la nomination des délégués de la protection des enfants chargés de la collecte d'informations et du reportage des progrès accomplis dans le lancement du Code dans chacune

des huit régions et dans le district de Bamako. Un décret définissant les rôles et les responsabilités des délégués a été publié, mais aucun délégué n'a encore pris sa fonction.

Une partie de ce retard est due au fait qu'au Mali, certains domaines de la protection des enfants restent controversés, en particulier ceux relatifs à la violence et à la maltraitance, ce qui pose un défi à la mise en place des systèmes efficaces de protection des enfants. Par exemple, comme dans d'autre pays Africains, au Mali, la question de la protection des enfants contre les MGF est très controversée. Reconnaissant les MGF comme un problème majeur, le gouvernement Malien a initié un Plan d'Action National Contre les MGF en 2002. Malheureusement, ce plan n'a pas réuni assez de soutien pour avoir un impact significatif. Les MGF sont toujours pratiquées par la majorité de la population, avec 85% des femmes enquêtées pour l'EDS en 2006 déclarant avoir été excisées (et il n'y a pas de différence significative entre les groupes de femmes âgées et de jeunes, ce qui est indicatif du peu de progrès accompli). Ce phénomène est commun à la plupart des régions: Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou et Bamako (EDS 2006). L'UNICEF travaille avec le ministère pour changer ces attitudes à travers une série de campagnes actives et avec l'appui de certains leaders religieux et traditionnels respectés dans la communauté. Cependant, parmi les obstacles au changement de ces pratiques, nous avons l'opposition de certains leaders traditionnels, qui a empêché l'adoption de dispositions légales interdisant les MGF dans le Code de Protection de l'Enfant.

Un autre domaine sensible de la protection des enfants est le travail des enfants. Les nuances qui entourent le travail des enfants ne sont pas bien comprises au Mali, si bien que les actions engagées pour éradiquer le travail des enfants sont perçues comme une menace aux traditions familiales: le travail est considéré comme une composante importante de l'épanouissement d'un enfant, jouissant presque de la même importance que la scolarisation, qui contribue au développement des aptitudes et à la socialisation. Un système de protection efficace des enfants devra tenir compte de cette perspective culturelle, en mettant l'accent sur les pires formes de travail des enfants et sur les pratiques et le travail qui exploitent les enfants, toutes choses qui poussent les enfants à abandonner l'école ou leurs domiciles en quête de meilleures options de vie (la migration vers les villes est de plus en plus perçue comme une priorité pour la protection, au regard de la vulnérabilité accrue des enfants dans ce genre de circonstances). Le ministère en ce moment avec le Programme International pour l'Éradication du Travail des Enfants (IPEC). Parmi ses interventions visant à réduire les formes dangereuses du travail des enfants, l'IPEC-BIT a un petit programme offrant des stimulants (en espèces ou en nature) aux enfants pour aider leurs ménages, réduire leur implication dans le travail et les retenir à l'école (entrevues des auteurs, Avril 2008). Étant donné le lien positif entre les formes néfastes du travail des enfants et l'état de pauvreté des familles, comme le démontre une étude récente sur le travail des enfants au Mali (DNSI 2006), la réduction du travail et de la migration des enfants (qui peuvent pousser les enfants dans la rue ou dans le piège du trafic) est un domaine où une approche de protection sociale visant à réduire la pauvreté et les vulnérabilités économiques des ménages pourrait avoir des résultats positifs sur la protection des enfants.

Eu égard à la protection d'autres groupes d'enfants vulnérables, quoique le MDSSPA à travers sa Direction du Développement Social, est responsable de la mise en œuvre de politiques s'agissant de la protection de groupes vulnérables en général (les personnes âgées, les personnes handicapées et les groupes marginalisés dans un sens plus large, y compris les personnes vivant dans la pauvreté extrême, dont les femmes et les enfants sont un sous-groupe important), il n'y a pas de mécanismes explicites de coordination avec le MPFEF. Comme résultat, par exemple, le MPFEF n'a pas d'influence directe sur les programmes en appui aux enfants handicapés en tant que groupe vulnérable spécifique ayant besoin d'appui spécialisé, étant donné que ces actions sont la responsabilité du MDSSPA. Des actions spécifiques visant les enfants au sein de ménages extrêmement pauvres sont également hors du mandat du MPFEF, quoiqu'ils soient évidemment très pertinents puisque certains des facteurs de risque rendant les enfants vulnérables au travail qui les exploiterait, la traite, et autres risques sont liés au manque de mécanismes de protection pour des ménages extrêmement pauvres

De même, la responsabilité de la vulgarisation de l'enregistrement des naissances revient au Ministère de l'Administration Territoriale, si bien que le MPFEF a une portée limitée dans la mise en œuvre des actions pour l'enregistrement des enfants, en dehors de la promotion de l'enregistrement des naissances. Il s'agit là d'exemples de domaines très pertinents qui requièrent des approches mieux coordonnées entre les ministères, car il y a des exemples qui montrent comment une approche de protection sociale peut produire de bons résultats. Par exemple au Ghana, imposé comme condition pour l'accès au Renforcement des Conditions de Vie Contre la Pauvreté (RCVP), un programme de transfert en espèces en faveur des familles pauvres, l'enregistrement des enfants a permis des progrès significatifs en matière d'enregistrement des naissances.

## 9.2 Système existant de protection des enfants

La Politique Nationale de Protection Sociale du Mali reconnaît les enfants comme groupe particulièrement vulnérable (en compagnie des personnes âgées, des handicapés et des femmes). Elle explique qu'un de ses objectifs est d'aider à promouvoir et à garantir les droits des enfants et des femmes, conformément à la définition des conventions internationales telles que la CDE et la CEDAW. Dans cette optique, elle souligne que les programmes chargés de l'assistance et de l'action sociale ont la responsabilité de prendre en charge ces groupes de populations. Néanmoins, elle ne fait presque rien pour définir par la suite des mécanismes pour répondre efficacement aux vulnérabilités des enfants.

Le PRODESS II, qui est le cadre de mise en œuvre de la politique nationale de protection sociale, souligne lui aussi le besoin d'actions qui fassent la promotion de l'intégration socioéconomique des femmes et des enfants dans des situations difficiles, qui proposent des interventions telles que la réalisation de campagnes d'alphabétisation et la formation professionnelle continue, et qui favorisent l'accès aux services de base et l'offre de directive et d'assistance pour les enfants vulnérables ayant besoin de protection sociale. Toutefois, ces actions sont limitées et ne tiennent pas compte de la gamme de réponses promotionnelles, protectives et préventives qui pourraient être nécessaires pour réduire les vulnérabilités des enfants dans le cadre d'une approche multidimensionnelle sensible aux enfants.. Dans la pratique, comme discuté brièvement ci-haut, le MDSSPA, qui est chargé du volet développement social du PRODESS, entreprend effectivement certaines interventions mineures ciblant les enfants, comme la distribution de kits scolaires pendant le Mois de la Solidarité, présenté dans la Section 5 du présent rapport, ainsi que la protections des enfants handicapés, mais ces interventions ne sont pas systématiques, et ne sont pas coordonnées avec le MPFEF, tout comme elles ne cherchent pas à répondre aux causes des vulnérabilités auxquelles les enfants pauvres font face.

Plusieurs analyses se sont penchées sur comment la réponse aux rôles et aux relations institutionnelles est critique pour l'expansion de la protection sociale. Dans beaucoup de pays, la protection sociale est dominée par des approches fragmentées, avec des objectifs et des domiciles institutionnels différents (UNICEF 2008). Dans le cas du Mali, bien que la protection des enfants et la protection sociale soient de la responsabilité de ministères spécifiques (mais différents), les responsabilités qui touchent aux sphères d'influence de deux agences différentes sont difficiles à coordonner. Le MPFEF, créé en 2004, a pour mandat de concentrer et de coordonner la plupart des interventions ciblant les enfants; ceci devrait se traduire par des interventions horizontales, avec la possibilité d'alerter les ministères du secteur menant des actions axées sur les enfants sur les questions qui doivent être abordées et qui contribuent à leur réponse coordonnée à des problèmes spécifiques. Cependant, au regard de son poids politique limité, de la réduction de son budget et du manque d'un cadre d'orientation politique, il a relativement peu d'influence dans les négociations avec les autres ministères. Même à l'intérieur du MPFEF, nous n'avons pas vu une stratégie claire pour lier les actions de promotion de l'émancipation des femmes et du bien-être des enfants – ce que l'UNICEF (2007) a qualifié de

‘double dividende’ – qui peut aboutir à des mesures de protection sociale au niveau du ménage pouvant être utilement appréciées à travers des objectifs sensibles au genre.

Un obstacle à la programmation efficace en faveur des enfants sous le plan de protection sociale du Mali est le fait que le PRODESS est piloté à la fois par le Ministère de la Santé et le MDSSPA qui, même dans leurs relations mutuelles, rencontrent des problèmes à générer des synergies efficaces pour maximiser les résultats de leurs programmes, particulièrement dans le domaine sanitaire de la protection sociale, l'une des parties les plus pertinentes de la stratégie. Quoi qu'il y ait des besoins spécifiques à examiner la protection sociale des femmes et des enfants, il semblerait que l'inclusion d'un troisième département, le MPFEF, pourrait rendre cette coordination plus compliquée, surtout en l'absence de cadres spécifiques de définition de cette coordination ou leadership dans la promotion d'actions conjointes dans des zones qui pourraient en profiter. Par exemple, au cours de nos entrevues au Ministère du Développement Social, de la Solidarité et des Personnes Âgées, lorsqu'on a posé des questions sur les programmes de protection sociale existants en faveur des enfants, on nous a répondu que la ‘politique des enfants’ ne faisait pas partie du mandat du ministère et pouvait être discutée seulement au MPFEF.

Au niveau central, c'est la Direction de la Promotion de l'Enfant et de la Famille qui est chargée de la planification et de la mise en œuvre de la plupart des actions de l'Etat axées sur les enfants. En plus de son travail au niveau central, le MPFEF a une certaine capacité à coordonner les programmes décentralisés à travers ces Directions régionales, en charge du suivi de ses actions au niveau local. Une limite importante pour le lancement des programmes du MPFEF élaborés au niveau central est le manque de représentation du ministère à la base. Même si le représentant du MDSSPA au niveau local a la responsabilité de la supervision des actions pour les deux ministères, il n'a pas de compte à rendre au MPFEF, ce qui fait que les programmes souvent semblent ne pas parvenir aux bénéficiaires auxquels ils étaient destinés ou sont mis en œuvre différemment de ce qui était prévu (entrevues des auteurs, Avril 2008). C'est donc au niveau de la base que le ministère dépend considérablement des acteurs externes, particulièrement les ONG, pour faire avancer certaines initiatives de protection des enfants pour lesquelles il a une capacité insuffisante.

Un facteur additionnel limitant une approche plus systématique de la protection des enfants qui pourrait faciliter son intégration à une stratégie de protection sociale est le fait que le Mali n'a pas de Plan d'Action National pour les Enfants. Un tel plan aurait eu des buts et des cibles pour les enfants à travers tous les secteurs, définissant les responsabilités principales de même que les synergies et les complémentarités entre les différents acteurs politiques. Cela aurait pu être utile pour l'introduction d'une approche plus exhaustive à la protection des enfants contre les vulnérabilités, mettre en exergue l'importance de la coordination entre les secteurs, et sur les risques sanitaires, sociaux et économiques pour les enfants. De plus, il n'y a pas de programme/plan national pour informer les actions du MPFEF (comme le PRODESS pour la santé et le PRODEC – le Plan de Développement de l'Éducation). Le seul document utilisé par le ministère pour concevoir ses actions est la stratégie quinquennale d'appui de l'UNICEF qui, pour des raisons pratiques, peut être considéré comme le principal cadre programmatique du ministère. La planification d'une protection sociale qui réponde aux besoins des enfants doit donc être incluse dans ce cadre, abordant des questions de coopération horizontale qui semblent à l'heure actuelle problématiques; les informations recueillies au cours des entrevues indiquent qu'il y a peu d'efforts pour travailler ensemble entre les ministères malgré les accords institutionnels de le faire (entrevue des auteurs, Avril 2008)<sup>49</sup>. De même, plus de coordination entre les bailleurs et les ONG sur les questions verticales liées au bien-être des enfants pourrait permettre une approche systémique à la protection des enfants, réduisant les interventions qui se recoupent. L'UNICEF a commencé à appuyer le développement d'un cadre de coopération qui comprend des rencontres périodiques

<sup>49</sup> Selon les entrevues, il est intéressant que l'UNICEF reflète ce même manque de coordination: très peu de programmes ne sont mis en œuvre de façon conjointe par des domaines différents et n'intègrent des éléments de protection dans la santé/l'éducation, etc. Ceci devra être amélioré pour que la protection sociale de l'enfant soit entreprise comme une stratégie transversale pour la réduction de la pauvreté et la vulnérabilité chez l'enfant.

pour aider le ministère à jouer son rôle aux niveaux national et régional. Toutefois, les résultats ne sont pas encore visibles.

Une contrainte significative limitant la mise en œuvre des actions planifiées et programmées par le MPFEF est la pénurie de ressources budgétaires. Le ministère reçoit actuellement en moyenne moins de 0,3% du budget national total, qu'il doit utiliser pour appuyer ses actions ciblant les femmes, les enfants et les familles. Le ministère dépend donc largement de l'aide internationale – principalement de l'UNICEF – et du travail des ONG qui contribuent au développement de son programme (entrevues des auteurs, Avril 2008)<sup>50</sup>. Cette petite allocation budgétaire montre que la protection des enfants n'est pas assez prioritaire dans le programme du gouvernement. Cette remarque est cohérente avec le changement d'approche entre le premier et le deuxième CSLP. Le premier compte spécifiquement les femmes et les enfants parmi les cibles principales de la politique; le deuxième, axé sur la croissance, n'en fait rien. Les autorités malientes travaillant au MPFEF ont le sentiment que les restrictions budgétaires limitent leur capacité à mettre en œuvre leur plan d'action, malgré leurs engagements à le faire. Il est important de souligner l'importance des synergies et de la coordination des efforts à travers les secteurs pour une réalisation plus efficace des programmes ayant un impact sur les enfants: le MPFEF est chargé de la mise en œuvre d'interventions spécifiques pour la protection des enfants, mais une grande partie des pierres angulaires d'un système de protection sociale fort sensible aux enfants serait développée par d'autres ministères: la santé, l'éducation, la justice, le développement social, et l'intérieur. Peut être, aussi important que l'augmentation de son enveloppe budgétaire, il est vital que le MPFEF gagne une plus grande influence politique – qui viendrait d'une redéfinition des priorités des enfants dans les politiques de développement du Mali et de plus d'interactions stratégiques avec les autres secteurs. L'Annexe 3 comprend des exemples clés de protections sociales axées sur les enfants à travers les ministères du gouvernement.

Étant donné que dans le contexte Malien les enfants sont rarement perçus séparément de leurs familles, et que les interventions bénéficiant aux enfants leur arrivent au compte goûte, l'invisibilité dans les cadres de développement, tels que la Politique Nationale de Protection Sociale et le CSLP, peut faire que des questions significatives de protection des enfants soient négligées. Eu égard au fait que le gouvernement est décidé à lier son processus de planification budgétaire aux priorités du CSLP, il est crucial de relever le profil des politiques axées sur les enfants pour en faire une préoccupation politique fondamentale – ayant trait aux questions de développement humain, de protection sociale et de bien-être familial – et ainsi l'intégrer dans les politiques du DRSP et du MTEF.

### **9.3 Promouvoir les synergies entre la protection de l'enfant et la protection sociale**

Les services de protection de l'enfant au Mali présentent beaucoup d'opportunités pour être efficacement renforcés dans un système plus large de protection sociale. Un des principaux points d'entrée pour la promotion de cette synergie serait d'intégrer la protection sociale comme composante transversale dans le plan programme du MPFEF, et de définir les points d'interaction avec les ministères des autres secteurs. Ce genre d'approche pourrait reconnaître le fait que la vulnérabilité des enfants a de multiples causes et que, souvent, des interventions de protection des enfants isolées destinées à répondre à de mauvais résultats pour le bien-être des enfants n'incluent pas les facteurs préventifs, protectifs, promotionnels et transformatifs capables de réduire les vulnérabilités des enfants. L'élaboration et l'application d'une législation sur la promotion des droits des enfants et l'égalité entre les citoyens est un aspect de la protection sociale qui doit être promue. Dans le cas du Code de Protection de l'Enfant, cela implique le

---

<sup>50</sup> A l'exception d'UNICEF et de quelques bailleurs de fonds bilatéraux (l'Espagne, la Suède et la Belgique), l'aide étrangère ne cible généralement pas le bien-être des enfants à travers le MPFEF.

ralliement d'appui politique et de ressources pour la rendre opérationnelle, transformant le cadre légal dans lequel les enfants évoluent.

Tout au long de cette étude, on a parlé du caractère significatif du renforcement des prestations de services sociaux de base pour les enfants; par exemple, améliorer les résultats de l'accès à la santé et à l'éducation pour les enfants contribuera à renforcer la résilience et les capacités des enfants. Cependant, les synergies entre la protection des enfants et la protection sociale pourrait mettre l'accent sur le renforcement des mécanismes de bien-être et d'assistance sociale pour réduire la négligence vis-à-vis de ceux qui sont d'avantage marginalisés: les filles à qui on a donné un statut inférieur dans le ménage et qui, par conséquent, bénéficient peu des services de base; les enfants handicapés; ceux vivant dans une pauvreté extrême; ou ceux souffrant de maltraitance et qui ne disposent pas de mécanismes d'appui et les services appropriés pour leur permettre d'améliorer leur situation.

Un exemple clair du potentiel de ces synergies a trait au fait que, sur les cinq risques prioritaires de la protection des enfants, au moins trois (les enfants travailleurs, les enfants de la rue et les enfants ayant maille à partir avec la loi) sont dans cette position en partie à cause de la pauvreté de la famille et du manque d'alternatives pour les enfants et leurs familles qui pousse les enfants à rechercher des voies alternatives pour se prendre en charge et prendre en charge leurs familles loin de chez eux. Ainsi, si le plan de protection sociale du Mali élargit son approche de la santé à la protection contre des risques économiques et sociaux plus grands, en identifiant les moyens de prendre en charge des formes multiples de vulnérabilités des ménages, en particulier celles affectant les enfants, il pourrait y avoir des synergies fortes entre la protection des enfants et la protection sociale. Un exemple serait l'introduction d'un programme de transfert en espèces; dans beaucoup de pays, les programmes de transfert en espèces visent à améliorer l'état de pauvreté des ménages ayant des enfants tout en faisant la promotion d'un meilleur accès des enfants aux services de protection sociale (ex: Barrientos et Holmes 2007). On peut s'attendre à ce que la migration vers les villes augmente dans le contexte de la crise alimentaire actuelle et de la sécheresse dans les zones à prédominance agricoles, ainsi les mécanismes de protection sociale (tels que les transferts en espèces ou en nature) pourraient servir de mesure préventive contre l'exposition des enfants à des vulnérabilités plus grandes.

Vu que l'UNICEF et le MPFEF ont entamé les discussions pour l'élaboration d'un(e) politique/plan d'action national en faveur des enfants, il est nécessaire de s'assurer que leurs travaux de plaidoyer et de planification avec les autres partenaires comprend des mécanismes de protection sociale plus vastes qui peuvent avoir un impact sur les enfants. Cependant, mettre en place un tel système requiert la volonté politique de promouvoir la coordination; une base de preuves capable d'orienter les meilleures approches à focaliser les interventions sur des populations d'enfants différentes (par exemple, sur les facteurs causaux des vulnérabilités des enfants selon l'âge, le sexe, le lieu et le niveau de richesse); des structures institutionnelles fortes pour assurer les services aux niveaux national et local; la promotion de la collaboration entre les acteurs gouvernementaux et non gouvernementaux; et la sécurisation des ressources des différents partenaires financiers, y compris le gouvernement, les bailleurs et les ONG.

## 9.4 Conclusion

Bien que la protection des enfants contre les risques et les vulnérabilités sociaux fasse partie de la Politique Nationale de Protection Sociale du Mali, les enfants comme groupe vulnérable spécifique sont largement négligés dans le déroulement de la politique, à l'exception de quelques interventions spécifiques d'assistance sociale. Le MPFEF est responsable des actions de protection des enfants, mais n'a en ce moment qu'une coordination limitée avec les autres agences gouvernementales concernées. Pour atteindre les objectifs sous-jacents des systèmes de protection sociale, pour répondre pas seulement à la vulnérabilité et au risque économique, la

coordination entre les agences chargées de la conception et de la mise en œuvre des différents instruments de protection sociale est impérative.

L'appui de l'UNICEF est crucial au fonctionnement du MPFEF et l'agence des Nations Unies a une influence significative sur ses approches politiques et programmatiques. Cela peut être un point d'entrée utile pour contribuer à l'introduction d'une approche de systèmes de protection sociale à la protection des enfants. De ce point de vue, une stratégie solide de protection sociale axée sur les enfants pourrait s'attaquer aux causes profondes de la vulnérabilité au Mali de manière plus exhaustive, mais il faudrait pour cela de la volonté politique, une collaboration plus stratégique et plus efficace entre les secteurs et la disponibilité des ressources.

## 10. Les implications de la politique et les opportunités de son engagement

Le programme de la protection sociale prend de l'élan au Mali, avec deux programmes importants sur la protection sanitaire sociale qui seront lancés en 2010 et avec la réalisation du besoin de mettre en place des systèmes de protection sociale robustes qui permettent au gouvernement de répondre rapidement aux crises externes, telles que l'augmentation du prix de la nourriture, en vue de réduire les risques auxquels fait un grand nombre de personnes vulnérables. Cependant, les enfants ne sont pas actuellement une frange visible de la stratégie de protection sociale du Mali. L'attention accordée aux enfants s'est focalisée largement sur le programme des ODM, avec comme objectif l'expansion de l'accès aux services de base pour les enfants et leurs accompagnateurs. Malgré les progrès, les résultats du développement humain et les prestations de services sociaux continuent de connaître des retards, avec une frange importante de la population – près de 60% - vivant dans la pauvreté. Un programme exhaustif de protection sociale, qui va au delà de l'augmentation de la protection contre les risques sanitaires, avec des objectifs plus vastes de réduction de la pauvreté et une conception qui se focalise spécifiquement sur la minimisation des vulnérabilités des enfants et de leurs accompagnateurs, pourrait contribuer à l'accélération des progrès vers la réalisation des ODM. Le développement d'une telle stratégie pose certains défis.

La première partie de cette section fournit une brève analyse des opportunités et des défis de l'engagement politique vers une protection sociale sensible aux enfants au Mali, tandis que la deuxième sous-section présente les principales recommandations de politique de l'étude, en s'inspirant des faits présentés dans les chapitres précédents de même que sur notre connaissance des bonnes pratiques dans le domaine de la protection sociale.

### 10.1 Opportunités pour l'engagement de l'UNICEF

Selon les documents dans le domaine de l'engagement politique basé sur les faits (ex: Court et Maxwell 2005), parmi les principaux éléments à prendre en compte nous avons:

- Une compréhension du **contexte politique**, y compris les processus et les règles institutionnels formels de même que les valeurs politiques informelles et les pratiques culturelles;
- **Les liens avec les autres acteurs du processus de la politique:** les résultats de la politique sont généralement le fruit de processus négociés, dans lesquels les données de la recherche ne sont qu'un ingrédient parmi tant d'autres, dont la volonté politique et la disponibilité du financement (Davies 2005);
- **La qualité des données et l'efficacité du cadrage des messages:** les données issues de la recherche doivent être non seulement méthodologiquement solides, mais aussi elles doivent aborder les questions pertinentes par rapport à la politique et offrir des idées opérationnellement utiles. Si la politique et la pratique ne sont pas prises en compte dans la conception de la recherche dès le départ, il est moins probable que les données générées apparaissent utiles aux décideurs politiques (ex: Jones et al 2008); et
- **L'intention de donner une forme à la politique:** Les données empiriques suggèrent que la recherche informée par une intention d'influencer *a priori* les débats politiques a plus de chance d'atteindre son but (O'Neil 2005). Cela est dû au fait qu'il y aura vraisemblablement plus d'investissement dans la traduction des conclusions de ce genre de recherche en indicateurs spécifiques, mesurables et en recommandations de politique requises à la fois par les officiels du gouvernement et les bailleurs (voir Jones 2005). Dans la pratique, cela implique le développement de stratégies et de mécanismes de communication pour le **partage et la gestion de la connaissance**.

La discussion ci-dessous s'inspire de ce cadre pour analyser les opportunités pour l'UNICEF d'engager la politique autour de la protection sociale des enfants au Mali, aussi bien que fournir des recommandations de politique plus larges qui pourraient être utiles en formant les actions d'autres acteurs pour améliorer l'efficacité du système de protection sociale au Mali, surtout en ce qui concerne son impact sur les enfants.

### **10.1.1 Contexte politique**

L'une des toutes premières étapes vers le renforcement du fonctionnement des programmes sociaux actuels, y compris celui de la protection sociale, est le besoin de sensibilisation et de renforcement de capacité au niveau sous national, car les données indiquent que certains obstacles à la mise en œuvre se situent à ce niveau. Plusieurs bailleurs sont déjà impliqués dans ce domaine, mais l'engagement de l'UNICEF peut apporter la valeur ajoutée essentielle de la garantie que les enfants sont visibles dans la conception et la mise en œuvre au niveau local. Cela comprend la garantie que les enfants et leurs accompagnateurs sont ciblés dans les paquets d'assistance sociale actuels et que les obstacles effectifs à l'accès des enfants aux services sociaux sont réduits, de même que les interventions de protection sociale possibles et leur mise en œuvre aux différents niveaux du gouvernement sont informées. La mobilisation des ressources et les efforts au niveau local peuvent contribuer à la réalisation de cet objectif.

Pourtant, si on suit l'exemple des groupes de travail thématiques dans les principaux domaines de la politique (tels que la santé) et si on prend en compte que la prise de décision politique reste encore très centralisée, l'opportunité existe de créer un espace permettant aux acteurs politiques au niveau central – avec la participation des principaux bailleurs et des ONG – de favoriser les discussions et le développement des programmes sur la protection sociale sensible aux enfants. La création d'un forum ou d'un groupe de travail avec un programme clair d'objectifs et de propositions pour faire avancer la protection sociale, facilitée si possible par l'UNICEF et ses partenaires au gouvernement, pourrait s'avérer utile pour le développement d'idées concrètes et pour rassembler le soutien pour sa mise en œuvre à court terme. Le défi est d'assurer que ce groupe a un leadership fort pour garantir que les discussions donneront des résultats programmatiques, et éventuellement une forme à la politique.

#### *Liens aux autres acteurs*

Les ONG (nationales et internationales) sont très actives au Mali, bien que leur rôle soit en grande partie la prestation de services et non le plaidoyer ou la promotion de politique. Beaucoup de leurs interventions génèrent des résultats positifs qui peuvent servir de base pour le développement de programmes d'une plus grande envergure ou même de politiques. En particulier, vu le nombre d'ONG travaillant diverse initiatives de protection sociale qui bénéficient directement ou indirectement aux enfants<sup>51</sup>, l'UNICEF pourrait appuyer le MPFEF à diriger et à coordonner – en partenariat avec le MDSSPA et les conseils communaux – les organisations travaillant à la base pour assurer que leurs interventions sont complémentaires, maximiser leur impact et reproduire à partir des leçons apprises. Par ailleurs, à travers cet engagement, l'UNICEF peut veiller à ce que leurs voix et leurs idées arrivent aux décideurs politiques, stimulant leur participation dans la prise de décision politique et d'obtenir une plus grande responsabilisation du gouvernement. Renforcer la participation des ONG au plaidoyer et lobbying politique devient de plus en plus important car les bailleurs ont tendance à abandonner l'appui basé sur les projets (qui a souvent financé les ONG pour des prestations de services spécifiques) pour l'appui budgétaire global (Lawson et al 2005).

---

<sup>51</sup> Comme démontré par l'Annexe 2.

### *Preuves de qualité*

L'UNICEF possède de l'expertise dans le domaine du suivi/évaluation, et pourrait s'engager auprès des décideurs et des équipes techniques dans les ministères concernés en appuyant le développement de capacité autour du suivi/évaluation, et en travaillant avec eux pour promouvoir l'évaluation et la documentation des preuves de l'impact des différents programmes sociaux, y compris les programmes de protection sociale. Cela peut permettre de redéfinir les priorités pour l'allocation de ressources humaines et financières (si nécessaire) aux programmes ayant un meilleur impact sur l'amélioration du bien-être et la réduction des vulnérabilités des ménages pauvres, de même que la poursuite de l'amélioration de la conception du programme.

De plus, le soutien de l'UNICEF au développement d'outils et de méthodologies de suivi budgétaire sensible aux enfants sera important pour permettre d'évaluer si oui ou non le gouvernement du Mali respecte ses engagements sous la CDE de 'réalisation progressive' des droits des enfants à la survie, au développement, à la protection et à la participation, en identifiant les tendances des dépenses en faveur des secteurs sensibles aux enfants et aussi en identifiant les domaines clés, en particulier ceux qui ont trait à la protection, où il n'y a quasiment pas de ressources.

## **10.2 Recommandations de politique et engagement par d'autres acteurs**

Avec le lancement du deuxième CRSP au Mali, il semble y avoir une reconnaissance générale par les décideurs et les autres acteurs politiques du besoin de renforcer les efforts de réduction de la pauvreté au Mali, surtout au regard des progrès limités accomplis après le premier DSRP. Même si l'élán se trouve en grande partie du côté de la génération de la croissance et de la productivité, il semble y avoir des fenêtres d'opportunité pour promouvoir des alternatives concrètes, basées sur les faits qui pourraient contribuer à l'effort de réduction de la pauvreté et accélérer les progrès vers l'atteinte des ODM, à travers une augmentation de l'accès aux et aussi l'appropriation des services sociaux de base et la réduction de la vulnérabilité de la population à un éventail de crises externes –environnementales et économiques – auxquelles les Maliens sont souvent confrontés.

### **Les recommandations suivantes de politique s'inspirent des preuves et des connaissances générées à travers les résultats de la recherche et les échanges avec des acteurs interviewés pour ce rapport.**

#### *Liens entre acteurs*

- L'une des dimensions clés de l'engagement de politique sur la protection sociale centre sur l'enfant au Mali est le besoin de **plus de synergies et de coordination entre les ministères en charge des différents éléments de protection**, avec le MPFEF et le MDSSPA à la tête, mais en facilitant des avenues de collaboration avec d'autres ministères chargés d'actions pertinentes, par exemple le Ministère de l'Education de Base joue un rôle décisif à la mise en œuvre de la protection de l'enfant contre la violence et l'abus, mais la coordination est encore absente dans l'approche systématique par le Ministère de l'Education de Base aux questions clés de la protection de l'enfant. Il faudra rechercher davantage de dialogue et de réponses politiques coordonnées.
- Un point d'entrée utile pour la promotion d'une approche systématique et holistique à la protection sociale serait la création d'un groupe de travail multidisciplinaire comprenant des spécialistes de la protection sociale, de l'enfance et du genre (probablement avec un appui significatif de l'UNICEF) pour analyser les écarts entre la politique et la planification et pour développer des propositions de programmes concrètes cherchant à s'adresser à ces écarts, mais qui, de manière encore plus importante répondent aux causes des risques auxquels les enfants font face, y compris les taux élevés de mortalité, une éducation de faible qualité, la malnutrition, la violence, l'abus et la migration. Sa tâche serait d'identifier des mécanismes réalistes de créer une prise de conscience accrue de la présence des enfants dans la programmation de la protection sociale.

Etant donné la pertinence des bailleurs de fonds au Mali au financement ainsi qu'à l'assistance technique, leur participation au groupe de discussion proposé ci-dessus sur la protection sociale pouvait contribuer au développement d'idées nouvelles aussi bien qu'à des partenariats appuyant une approche plus systématique à la protection sociale centrée sur les enfants.

- Il y a un besoin de promouvoir la coordination entre le Ministère de la Santé, le MPFEF et le MDSSPA sur des questions de la santé de l'enfant pour assurer que les enfants sont compris d'office dans les mécanismes de financement de la santé et de l'extension de la protection sociale de la santé. Sans une reconnaissance spécifique des risques et contraintes auxquels les enfants ont face pour avoir accès aux services de santé, des mécanismes d'extension de la santé ne pourront pas minimiser les risques sanitaires existants pour les enfants.
- En plus de renforcer les liens avec les autres défenseurs des droits de l'enfant, défendre la cause de la protection sociale sensible à la survie de l'enfance peut tirer profit de la création d'alliances avec les autres partisans d'une protection sociale plus vaste. Les partenaires potentiels peuvent être regroupés de manière suivante: i) la protection sociale comme moyen de répondre aux vulnérabilités particulières des personnes vivant avec le VIH/SIDA; ii) la protection sociale et le programme de travail digne (y compris le souci d'éradiquer le travail des enfants) comme le soutien le BIT en particulier; iii) la protection sociale et la sécurité alimentaire; iv) la protection sociale et les liens aux services d'assistance sociale; et v) liens entre l'émancipation des femmes (selon un programme de protection sociale transformatif) et les mesures de protection sociales en faveur des enfants.

#### *Produire les preuves de qualité pour un plaidoyer renforcé*

Les faits qui peuvent démontrer l'impact des expériences de pauvreté sur la vie des enfants sont critiques pour le lobbying en faveur de l'augmentation des ressources financières et humaines pour les programmes de protection sociale. En particulier, veiller à ce que les programmes élaborés pour apporter une protection sociale (par exemple, l'AMO et le RAMED) bénéficient d'un cadre approprié de suivi et d'évaluation dès le départ, et que de vraies évaluations soient menées périodiquement pour mesurer leur impact sur les bénéficiaires. Cela peut aider à maximiser leur impact sur la vie des pauvres et des personnes vulnérables, y compris les enfants, et à suivre les questions d'inclusion et d'exclusion, et permettre aux programmes de surmonter les caprices de l'appui politique et de mobiliser un appui financier plus important des gouvernements et des bailleurs. La meilleure illustration de cette réalité est la meilleure pratique que constitue le programme de transfert en espèces Progresa au Mexique (Barrientos et DeJong 2004).

- Des preuves de qualité sur l'impact bénéfique d'approches des systèmes à la protection social pourraient être collectées par un monitorage soigneux d'actions coordonnées de différents acteurs dans un cadre spécifique de collaboration, développé par une unité de coordination. Des preuves pourraient également être développées par rapport aux coûts et bénéfices de mettre en œuvre un programme de transfert en espèces au Mali, à travers une analyse quantitative employant des scénarios mieux adaptés que ceux qui sont simulés à la section 7 aux conditions et contraintes fiscales actuelles. Il y a également le potentiel de produire des preuves en réalisant un programme pilote bien conçu qui aurait besoin d'un appui et d'une conception institutionnelle forts, aussi bien que d'un cadre de suivi et évaluation robuste qui faciliterait l'analyse des résultats pour contribuer à une éventuelle mise à échelle des actions.

Les ONG, et les bailleurs multilatéraux intéressés par la protection sociale à travers le cycle de vie et disposant de plus de ressources pour financer la recherche sur les politiques au Mali doivent être attentifs au développement d'un programme de recherche plus vaste qui embrasse l'enfance, la jeunesse, l'âge adulte (y compris la grossesse et la lactation pour les femmes) et la vieillesse, pour produire des données sur l'impact de la protection sociale sur le cycle de vie et la pauvreté chronique et aussi sur la transmission intergénérationnelle de la pauvreté. Parmi les acteurs clés

au Mali, nous avons les suivants, mais sans se limiter à eux : les coopérations au développement Française et Néerlandaise, l'USAID, le PAM, le BIT, le Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP), la Banque Mondiale, Plan, CRS.

Une activité importante pour les ONG, la société civile et les bailleurs est la production d'informations pouvant aider à former la politique. Un exemple récent est la présentation de la recherche de MSF à Kangaba, qui a montré l'impact des prestations de services de santé gratuites pour les enfants de moins de cinq ans. Après la présentation des résultats, les discussions ont commencé entre les bailleurs et les autorités du Ministère de la Santé sur le besoin de réunir des preuves supplémentaires sur la durabilité financière et l'impact de la mise à échelle d'une politique de gratuité pour les soins de santé des enfants.

Une analyse plus détaillée des implications et recommandations potentielles de politique qui examine les cinq dimensions suivantes :

1. Intégrer d'office les enfants dans des systèmes nationaux de protection;
2. Développer et réaliser des programme de transferts en espèces sensibles à l'enfant;
3. Développer et mettre en œuvre des mécanismes de financement de la santé sensibles à l'enfant;
4. Veiller à ce que les systèmes de protection sociale soient informés par la compréhension des risques sociaux propres aux enfants et qu'ils répondent de manière adéquate à ces risques de façon adéquate ; et
5. Maximiser les opportunités de marge fiscale existante pour la protection sociale sensible à l'enfant.

est fournie en Annexe 5, sous forme de matrix.

## Annexe 1: Liste des répondants

Nom	Poste / Organisation	Date de l'Interview
<b>UNICEF Mali</b>		
Marcel K. Rudasingwa	Representant	
Robert Ndamobissi	Représentant Adjoint Intérimaire	14 Avril
Cheick Oumar Diarra	Chargé de la Protection	18 Avril
Assane Amadou	Responsable des Questions d'Education	16 Avril
Idrissa Diarra	Chargé des Questions d'Education	16 Avril
Thiécoura Sidibé	Conseiller en Santé	18 Avril
<b>International Organisations</b>		
Robert Oliver	PAM	15 Avril
Atou Seck	Banque Mondiale	21 Avril
Alassane Diabaté	FMI	
Lisa Nichols, MPH	Chef, Programme de Santé ATN	15 Avril
Abdourhamane Maiga	Conseiller en Communications, Programme de Santé ATN	15 Avril
Christine Sow	Chef de l'Equipe Santé, USAID Mali	18 Avril
Karen Kent	Représentant Pays, Mali, Secours Catholique	17 Avril
Monique Kamphuis	Conseiller en Santé Publique, Ambassade des Pays-Bas	15 Avril
Jean-Luc Virchaux	Directeur de la Coopération Suisse	16 Avril
Djeïdi Sylla	Principal Conseiller de Programme, PNUD	18 Avril
Mr. Supriyanto	Directeur de Pays, Plan Mali	24 Avril
Moulaye Hassan Tall	Administrateur National, IPEC, BIT	24 Avril
<b>Responsables Gouvernementaux</b>		
Luc Ankoundio Togo	Directeur National de la Protection Sociale, Ministère du Développement Social, de la Solidarité et des Personnes Agées	23 Avril
Alassane Bocoum	Directeur National du Développement Social, Ministère du Développement Social, de la Solidarité et des Personnes Agées	16 Avril
Bakary Traore	Conseiller Technique, Ministère de la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille	24 Avril
Sidiki Traoré	Ministère des Finances, Direction du Budget	17 Avril
Adama Barry Kassim Dabitao	Equipe du Développement Durable, Unité de Coordination Technique du CSLP	17 Avril
Koniba Traoré Mr. Oumarou Diallo Mme Diéminatou Sangaré	INPS	17 Avril
Sidi Sosso Diarra	Vérificateur Général de la République	18 Avril
Adam Thiam	Directeur des Communications, Bureau du Vérificateur Général	18 Avril

Dr. Lasseni Konate	Sécrétaire Général, Ministère de la Santé	22 Avril
<u>Souleymane Koné</u>	Directeur de l'Education de Base, Ministère de l'Education de Base, de l'Alphabétisation et des Langues Nationales	24 Avril
Gouro Diall	Conseiller Technique, chargé de l'Education Non-Formelle, Ministère de l'Education de Base, de l'Alphabétisation et des Langues Nationales	15 Avril
<b>Others</b>		
Mamadou Kani Konaté	Sociologue, CAREF	23 Avril
MOPTI Etude de Cas, Bourse Maman		
Abdoulaye Hamidou Barry	Directeur CAP Sévaré	25 Avril
Sékou Oumar Dicko Souleymane Traoré	Directeur Académie Mopti Conseiller Académie Mopti Maire de Sénossa Directeur d'Ecole Village de Sénossa Bénéficiaires de Bourse Maman, Femmes et Enfants de Sénossa	26 Avril
Pr Mallé, Trésorier	FENASCOM	
Ambadio SIGUIPILY Gana Guirou Valère Pihoun-Koffi Modibo Samoura Mamadou Bengaly 2me Adj Adjoint, Nouhoum Sogoba Sec Gen Bréhima Camara Dir Moussa Diakité Prés	DRDS-ES, Sikasso SDS-ES - Mutualité UTM - MUSARS - Commune Klela  - Commune Klela - Ecole 2me cycle, Klela - Gouvernement d'enfants - Assoc OEV : Jigui	29 Avril – 1er Mai
Union Technique Mutualité Malienne (Bamako)	Cheickna Hamala Touré Dir Adj.	6 Mai



## Annex 2: Core social protection programmes in Mali: Social assistance and social insurance, and regulatory frameworks

Type of SP	Programme title	Timeframe	Admin arrangement	Funders	Programme objectives	Amount of transfer	Targeting/eligibility	Coverage	Cost US\$ (US\$1 = FCFA425)	Method of evaluation	Results/ outcomes
<b>Social assistance</b>											
In-kind – there are many Malian programmes of this sort, among >2,000 registered NGOs, including following examples:	Support for Street Children	2005–2010	NGO: Aide et Action (French) and implementing partners locally (RIO/V and community 'listening centres')	Aide et Action core funds	Return home or to improved situation of children living without family support (street children)	In-kind: support, temp shelter, schooling, etc.	'Any child who is either without shelter today or at risk of being so tomorrow'	500 children living apart from family	US\$35,000 per year	External evaluation: mid-term completed	1/3 children return home, 1/3 in work or other improved situation, 1/3 no change yet  <i>Aide et Action Rep.</i>
In-kind	Plan Mali Country Programme for education/sanitation/health/ expression/ family livelihoods	Since 1976: Annual work plan for each programme unit. Current 4 districts covered for between 2 and 20 years	NGO: Plan Mali	Core funding and grants	To enable children in the 4 Plan districts to achieve full primary ed. cycle, health and sanitation in decent conditions + some AGR support for mothers	Complementary costs for basic social services and expression (e.g. national children's radio programme), including highlight on capacity building	Sponsored children and all families resident in selected villages in 4 Plan districts	31,000 sponsored children + population in 292 target villages/37 communes, in districts of Kati, Kangaba, Kita and Barouéli. Targeting based on government estimated poverty levels/areas	US\$8 million per year	5 year cycle with baseline study, M&E plan, mid-term and final programme evaluations conducted by independent evaluators	<i>In 2005 CPO evaluation, 57% sponsored children completed primary cycle; 56% were fully immunised; 78% adolescents had basic knowledge of HIV. All indicators + 20–60% increase from previous baseline survey</i>
In-kind	McGovern-Dole Programme for Food for Education and Child Nutrition	2008–2011 school years	NGO CRS (US) coordinates, implemented with local partner NGOs, inc. CARITAS	US Dept of Agriculture	Improve school access and health, esp. for girls and pastoral families,	School meals, food for work, seed security, sanitation, hearth	Consultative process involving education authorities with criteria on enrolment	120 schools, including some funded by WFP, managed by CRS. All in areas of marked food insecurity	US\$4.7 million per year, including food and transport	Independent baseline survey, mid-term and final evaluations	SILC microfinance organisation already popular. Meals start October 2008

Protection Sociale et les Enfants en Afrique de l'Ouest et du Centre : Cas du Mali

Type of SP	Programme title	Timeframe	Admin arrangement	Funders	Programme objectives	Amount of transfer	Targeting/ eligibility	Coverage	Cost US\$ (US\$1 = FCFA425)	Method of evaluation	Results/ outcomes
					develop actors' admin capacity, improved pre-school-age nutrition and strengthen women's economic status	groups for nutrition, SILC savings (small social group type – no cash input from outside)	prioritising girls and children living far from schools				K. Kent, Country Rep.
In-kind for improved community health services	Keneya Ciwara (Excellence in Health – in Bambara)	Oct 2003 – 2008	NGO CARE Mali, in consortium of 5 US/ML partners	USAID	Increase use of high impact health services at district and community level – most services concern children	No cash transfer. Resources used for training and some equipment in health centres	Population of high impact health districts. Per DHS IV, 49% aged under 15	30% of population of Mali (4 million) in 11 districts and 2 Bamako communes	Average of US\$4.7 million per year	Regular independent evaluations	Trained 4,000 outreach health workers. Records: X2 vitamin A for children; X2 immunisation targets; X2 targets for malaria prevention; X10 demand for ANC Generalised essential health behaviours  Jhuccp website
In-kind/ normative for early childhood education in poor areas	Support for early childhood education in poor areas in Bamako	3 years 2005–2008	Malian NGO Jeunesse et Développement	Strømme Foundation (Norwegian NGO)	To set standards for ECE in peripheral areas of Bamako, and make link to community health system	No cash transfer. Support to strengthen early childhood education framework, and includes medical exam and referral if necessary	Peripheral and poor areas of Bamako	30 kindergartens in poor peripheral areas of Bamako, totalling more than 1,000 children enrolled per year	Approx US\$60,000 per year	Annual and final evaluation for 3-year programme, carried out by independent evaluators	Provided new norms for ECE in underprivileged areas, set up network of school promoters. Beneficiaries note 'children don't get lost and taken to police any more!'

La Protection Sociale et les Enfants en Afrique de l'Ouest et du Centre: Cas du Mali

Type of SP	Programme title	Timeframe	Admin arrangement	Funders	Programme objectives	Amount of transfer	Targeting/ eligibility	Coverage	Cost US\$ (US\$1 = FCFA425)	Method of evaluation	Results/ outcomes
											Evaluation GAP, 2007
In-kind maternal and child health medical services	Services in 15 Inter-Company Medical Centres and 3 specialised PMIs	Permanent, basis for maternity and family allowances for families of enrolled workers	INPS local payment offices – 18 throughout country	Employer social security contributions	Offer quality health care to spouses and children of enrolled workers, and to women workers	ANC for pregnant women, paediatric care for children, including vaccinations	Families of enrolled workers with access to the 5 CMIE and 3 PMI in Bamako, and further 10 CME in rest of country	Enrolled women workers/ spouses and children of social security contributors	Cost not disaggregated within family allowance expenditure		
In-kind: specialist medical care	Fondation pour l'Enfance : Hôpital Le Luxembourg Mère-Enfant	Since permanent structure	Foundation coordinates medical specialisation services for children by Malian and overseas partners (e.g. nomad surgery, some children with AIDS, etc.)	Partners of Fondation pour l'Enfance presided by First Lady wife of President.	Specialised care in purpose-built paediatric facility. Child friendly	None	Hospital and paediatrician referral	Beds, outpatient service			
In-kind (small-scale, innovative)	Ecole Fadi Ngourou, Badala, Bamako	Since 2002, to last while funds available	Informal and private: family charitable fund	Remittances by a Malian resident of the US, paid through relatives in Bamako	School enrolment of orphans and other poor children who would not otherwise be in school	Rental of school premises, provision of equipment and books, teachers' salaries and in-service training	Orphans and children whose families cannot pay one time enrolment fees in public schools (US\$10–18). Each household pays US\$0.30 per year for enrolment	1 school for 78 children in poor families in south of Bamako. 50 households reached (some have 2 children in school)	Statutory ongoing assessment by local education authority (CAP)	First 6 <sup>th</sup> grade students will take end of primary exam (DEF) this year. These children would not otherwise have been enrolled in school.	Per Chair of Directors Mme Koïta
In-kind	AMM security guard company	Since 1995	Private sector employer, administers own services for employees,	Company funds	Improve health and nutrition of employees and their families	Cheaper bulk purchase of rice repaid from monthly salaries, sick employees	Employees: largely blue-collar	Approx 1,200 employees with 3,600 children	US\$6,000/ year: 1 employee retained to accompany sick	Self-assessed. Employer believes services improve	Relative staff stability in a notoriously unstable HR sector

Type of SP	Programme title	Timeframe	Admin arrangement	Funders	Programme objectives	Amount of transfer	Targeting/ eligibility	Coverage	Cost US\$ (US\$1 = FCFA425)	Method of evaluation	Results/ outcomes
			(most of whom have children), in addition to employer INPS contribution of 23% of payroll			taken to IPNS or other facility, training includes regular information on family health (e.g. importance of ANC)			colleagues to medical consult. Transport and admin for rice purchase	morale and reduce absences related to ill health and anxiety about families	Interview Director
<b>Unconditional cash transfer</b>											
Child grants	Family allowance	Statutory entitlement per child of eligible employees (10% of population) from birth to end fulltime school attendance	INPS administration	INPS employer contributions	Supplement for maintenance of children – presented as one of few payments to contributors during active careers	US\$2.5 per eligible child per month (sum recently increased to this level)	Proof of survival; certificate of regular medical coverage; school attendance certificate ages 6–14 and then up to 18	Salaried contributors to INPS Social Insurance Plan. Allowance paid to father, not to mother, even if she contributes through mandatory social security contributions	US\$7,288,33, including admin. costs in 2007  Note: these costs also include maternity benefits. No disaggregated costs available	Annual, internally audited statement of receipts for payment	Free medical consultations where CMIE available, but not medical care or medications); offers better than normal cover for children of workers. But not assessed in general public health system
Maternity benefits	Maternity allowance for women workers, health care and small allowance for wives of enrolled employees.	Statutory entitlement	INPS administration	INPS employer contributions	Ensure good maternity conditions, antenatal care and neonatal care	Basic salary paid for 6 weeks before and 8 weeks after birth. Health care ensured for all women concerned by scheme	Pregnant women enrolled or spouses of enrolled contributors	Payment of maternity allowance salary replacement dependent on proof of completed ANC	See above. Some costs come from additional INPS progs, e.g. funding for 3 mother-and-baby health centres in Bamako taken over from health service	Annual, internally audited statement of receipts for payment. Quality of service subject to internal controls	Not sufficiently researched as system is not integral part of national public health programme
Social pensions	INPS retirement and surviving spouse pensions, in	Statutory entitlement	INPS administration	INPS employee contributions and element of employer	Entitlement to retirement pension based on level of	Statutory % age of last 5 years contributions	Contributors aged 55	Not stated	US\$49,738, 823, including admin costs	Internal assessment	Subject to erosion by time/inflation

La Protection Sociale et les Enfants en Afrique de l'Ouest et du Centre: Cas du Mali

Type of SP	Programme title	Timeframe	Admin arrangement	Funders	Programme objectives	Amount of transfer	Targeting/ eligibility	Coverage	Cost US\$ (US\$1 = FCFA425)	Method of evaluation	Results/ outcomes
	addition to family allowances (qv)			contributions	contributions				Note: also includes disability pensions		
Disability allowance	INPS disability allowance: for employed contributors who become disabled	Statutory entitlement	INPS administration	INPS employer contributions	Decent living standard in event of disability. In addition, employer may be asked to redeploy the employee	Entitlement based on medical assessment of % age disability paid on base salary	Only employees who become disabled in course of their employment	Not stated	See above: no disaggregated figures presented in reports	Internal assessment	Subject to erosion by time/inflation
<b>Conditional cash transfer for human development</b>											
Family grant	1) Bourses Mamans	2002–2012	UNICEF/ Académies/ CAPs in Mopti and Kayes and implementing NGOs and communes	UNICEF donors	Increase rate of school enrolment and retention, particularly for girls, in areas with particularly low rates	US\$12 per household, paid to mother for 8 months of school year on condition children attend 80% school classes	Families recognised by NGO, commune and school authorities to be among poorest in selected communities	4 schools Mopti, 5 schools Kayes: total of 430–500 households per year	US\$36,800 per year	External evaluation	Mid-term evaluation in 2005, author Abdoulaye Ky
Family grant (small scale, innovative)	2) Hèrè Jè	Per adolescent girl formerly involved in begging	Pilot project carried out by US-based NGO	Via website contributions mostly US and project includes sale of girls' handicrafts	To end begging for a number of girls in Bamako (problem estimated at approx 200 girls)	US\$118 per family per month, paid to head of household on condition girls attend training school 6/7 days	Girls involved in street begging who agree to stop and attend trade school 6 days a week	10 households	Not known	Not known but includes costs for staff and vocational training school, less income from sales of crafts in US	Appears to have stabilised a dozen girls with very disturbed backgrounds
In-kind child grants	PRP Mopti (Poverty Reduction Programme)	2005–2009	PRP directly attached to Ministry of Social Development	Government funding	Support poor families through women's associations to run IGA (vegetable gardening) and provide infrastructure (CSCOMs, schools) in	Community based: Infrastructure plus social work support for school enrolment, attendance school supplies	Poor families selected through women's organisations in Niger Bend flood plain. 4 districts of Mopti Region. 10,000,000 children not	More than 3,000 households because not only parents of schoolchildren are affected by new infrastructure	US\$2,570,000 for 2007	Not stated	3,000 children already recruited/ retained in, school and infrastructure installed

Protection Sociale et les Enfants en Afrique de l'Ouest et du Centre : Cas du Mali

Type of SP	Programme title	Timeframe	Admin arrangement	Funders	Programme objectives	Amount of transfer	Targeting/ eligibility	Coverage	Cost US\$ (US\$1 = FCFA425)	Method of evaluation	Results/ outcomes
					order to enrol children who would not otherwise be in school. All dependent on signed parental agreement to keep children in school until 9 <sup>th</sup> year		in school are targeted				
Fee waivers	Certificats d'indigence through Direction Dévt. Social and mayor's office	Permanent, system predating indep.	Normally a family study prepared by social development regional social workers, but many cases outside their access because no transport	National budget, but also sometimes simply not collected by the school, as directed by the commune or mayor	To ensure equal access to school.	School enrolment fees vary from US\$1 – \$12 per child, depending on location	Criteria not rigid because of variety of local situations within Mali	Social workers operate within near vicinity, but in other areas the commune may rely on its own local knowledge and judgement of poor population	Neither numbers nor values are shown	Internal statistics	Example in Sikasso town: 124 certificates given in 2007. Much of country not covered for lack of transport to meet applicants
Fee waivers for health	Certificats d'indigence through Direction Dévt. Social and mayor's office	Permanent, system predating indep.	Normally a family study prepared by social development regional social workers, but many cases outside their access because no transport	National budget, but also sometimes simply not collected by the school, as directed by the commune or mayor	To ensure access to medical consultation	Consultation often granted, but care or medication requires a separate request and may be unavailable	Malian physicians and nursing staff will often give free consultation if convinced of need. In some areas faith-based groups will help with care, but many patients avoid medical system because of costs	Around US\$1 for consultation, anything additional extremely variable	Not known and may be arbitrary. Example in Sikasso social workers were pleased arrival of funding coincided with birth of triplets in poor family	Internal reports	Example in Sikasso town: 124 certificates given in 2007. Much of country not covered for lack of transport to access
Food transfers	Certificats d'Indigence Direction Dévt Social	Permanent	Directions Régionales de Développement Social	National budget and annual Solidarity Month							

La Protection Sociale et les Enfants en Afrique de l'Ouest et du Centre: Cas du Mali

Type of SP	Programme title	Timeframe	Admin arrangement	Funders	Programme objectives	Amount of transfer	Targeting/ eligibility	Coverage	Cost US\$ (US\$1 = FCFA425)	Method of evaluation	Results/ outcomes
				campaign contributions							
Exceptional medical costs/ exceptional needs e.g. school materials	Individual requests, normally through Direction Dévt Social, but also addressed to local government authorities	Permanent	Varies from application in person to Dév Soc at national level, to regional level and local government at commune, district or regional level	National budget and income from solidarity campaign	To relieve exceptional needs, e.g. treatment for cancer, school materials at beginning of school year for several thousand children		Any citizen who believes her/himself in need. Children not normally considered outside the family context	Not known	Within budgetary limits	Internal reports, generally containing typology of cases	One regional rep. of Dév Soc notes that many grants in their area have not been subject to family study and subjects are unknown to them
School feeding	Cantines scolaires	Varies from one region to another	WFP, UNICEF with Académies, CAPS and NGOs (especially CRS)	WFP, UNICEF, CRS through USDA	To improve nutrition of children particularly in areas of high food insecurity or where children live long distances from school		Largely primary schools but needs exist in most levels and locations	Kidal, Gao, Timbuctou and Mopti, but some needs also met in Koulikoro, Sikasso, Ségou. Recently recognised by MoE as an emerging priority		Constant monitoring by WFP, UNICEF, CRS and Académies. See UNICEF evaluation of EPV programme 2003–2007	Ministry of Basic Education plans standardisation, giving responsibility to communities and scaling up
Targeted nutrition	Treatment of severe child malnutrition	Permanent	CSCOMs for most cases, CSRef and regional hospitals for cases with complications	UNICEF	To relieve and remedy severe malnutrition and education of mothers/care givers		Medical assessment: NB – DHS reports high levels of malnutrition in 4 out of 8 regions	<800 CSCOMs throughout country for diagnosis and possible referral		ELIM, WFP, HDS and other <i>ad hoc</i> surveys	Per DHS IV slight improvement, but ongoing problem linked to food insecurity and low levels of maternal education
<b>Micro credit</b>											
There are a large number of m/c organisations in Mali to fund IGR, with statutory regulation by CAECE (Min Finance).	Kafo Jiginew savings and credit network. (Title means joint granaries)	Since 1986	Network of small 'caisses' (or community association banks) throughout the country Initial deposit etc (approx \$) + savings for 4	Self funded – every member purchases a share: funds borrowed from commercial banking	Offer convenient, affordable, voluntary savings to rural communities	Loans not transfers	Sikasso, Koulikoro and Bamako, with total of 154 savings branches. Targets part of population with less than US\$1 per day	End 2007: 266,704 borrowers, of whom 27% are women, per MIX microfinance assessment website	2007 assets = Total US\$46,500,000	Member of various external assessment networks, particularly MIX	Per 2001 evaluation by Freedom from Hunger, poor women members believed Kafo exists for the poor and enables them

Protection Sociale et les Enfants en Afrique de l'Ouest et du Centre : Cas du Mali

Type of SP	Programme title	Timeframe	Admin arrangement	Funders	Programme objectives	Amount of transfer	Targeting/ eligibility	Coverage	Cost US\$ (US\$1 = FCFA425)	Method of evaluation	Results/ outcomes
Following represent 3 types providing capital for women's IGR, targeting their children			months open eligibility to a loan at fixed levels (US \$150, \$200, etc.)	system. Some initial support for setup from NGOs			in productive agricultural, and now urban zones				to meet food, clothing and medical expenses and prepare marriages of children. Some bought agric. equipment
	PASECA/ CAMIDE, Kayes and Yelimané, Grameen bank-type <b>solidarity groups</b> for poor women	Since 1998	One product available in regular m/f network that includes recipients of remittances from migrant workers in Europe. (Other types of loans also include women clients)	Self-funded (no commercial bank loans), uses infrastructure set up for individual clients	Offer m/f possibility in secure conditions to women who do not have benefit of remittances from relatives		Targets poor women exclusively. Limited by existence of viable group of beneficiaries	2 districts in Kayes	No additional cost to village banks	Annual audit	Director of CAMIDE states that groups are working well, women enabled to start IGR, mainly petty trade, to support their families
	Consortium of NGOs (Oxfam America, Freedom from Hunger, Plan Mali, Strømme + 5 local implementing NGOs) <b>Saving for Change</b> women's groups	From 2008	Oxfam/ Strømme Technical Unit supports entire programme	Consortium lead members, with Oxfam and Strømme for TU	Empowerment, improved income generation, education and capacity building for women plus improved health and education for their children		Women living on <US\$1/day, in NGO target areas and with particular ref to extractive industry and cotton zones	Parts of Kayes, Koulikoro, Sikasso and Ségou areas		External evaluation	System already piloted by individual NGOs. Results to date encourage funding NGOs to scale up throughout country
<b>Social insurance</b>											
<b>Health insurance</b>	INPS preventive health services	Permanent	INPS is not a health insurance plan, but covers health status evaluation at	INPS contributions	Specialised work-related medicine, plus free medical consultations for enrolled	Medical services but very limited medication	INPS enrolled workers and direct family members	Approx 10% of population		Internal assessment	Maintenance of 18 CMIE health centres and 3 mother and child clinics in Bamako area

La Protection Sociale et les Enfants en Afrique de l'Ouest et du Centre: Cas du Mali

Type of SP	Programme title	Timeframe	Admin arrangement	Funders	Programme objectives	Amount of transfer	Targeting/ eligibility	Coverage	Cost US\$ (US\$1 = FCFA425)	Method of evaluation	Results/ outcomes
			recruitment, and other preventive health measures plus regular med. consultations		workers and their families, plus some medication as available						
	Mutual health insurance: many types in Mali, regulated by <b>Union Technique de la Mutualité</b>	Progressively since 1998	Administered locally in Kayes, Koulikoro, Bamako, Sikasso, Ségou, Mopti and Gao offices	Self-funded for insurance. French-aided administration	To offer accessible affordable quality health care to local communities	75% reimbursement of consultations and basic health care, hospitalisation, pharmacy, operations in approved facilities	Members of local or professional mutuelles, contributing approx US\$1 per month	2% of population (around 200,000 persons)		Constant evaluation of services and approved facilities	Increasing membership, despite general financial problems
<b>Social equity (transformation)</b>	N.A.										
<b>Public works</b>	WFP										

## Annex 3: Child protection services (government programmes only)

Type of child protection services	Policy commitment	Programme title	Responsible government agency	Funders	Type of service/benefit	Objectives	Targeting	Coverage	Programme budget
<b>Services to tackle harmful forms of child labour</b>	All international instruments signed and ratified. Child Protection Code adopted but not yet implemented. Includes aim to eliminate worst forms of child labour and progressively eliminate all forms of child labour in Mali	PNLTE (National Programme to Combat Child Labour)	MPFEF; Min Labour (CNLT: National Unit to combat child labour); Ministry Social Development, Solidarity and the Aged	USDOL through ILO	Public sensitisation and mobilisation; removal and resettlement of child workers; vocational training and basic schooling	Remove 9,000 children from WFCL; offer improved access to IGA for 1,800 urban and rural families, removing need for child labour; protection of child workers against HIV/AIDS	Dangerous child labour practices in following sectors: small mines, agriculture, domestic work in towns, begging, and commercial sex work	In particular, zones of Kayes, Bamako, Sikasso, Ségou and Mopti	
<b>Services to tackle child trafficking</b>	To combat child trafficking for which Mali has signed all relevant international and regional instruments	LUTRENA	MPFEF: Min of Security; MDSSPA	ILO					
<b>Services to tackle physical or psychological violence against children, including harmful traditional practices</b>	Programme installed on basis of CRE, but no dissuasive/punitive legislation adopted to outlaw FGC	PNLE (Programme National de Lutte contre l'Excision et pratiques traditionnelles néfastes) Fight against FGC	MWCF	Government and donor funds (including German Development Aid GTZ, Plan Mali)	Increase window for change in practice through sensitisation and mobilisation. Organisation of women's groups, research, all involve extensive NGO network	Legislation against FGC and other harmful traditional practices (including force feeding of girls, tattooing of gums and face, etc.)	85% of female population has been subject to FGC, according to DHS IV	FGC practised throughout country, but especially in more populous south where problem more prevalent	UNICEF 2008 Action Plan element US\$550,000

La Protection Sociale et les Enfants en Afrique de l'Ouest et du Centre: Cas du Mali

	Malian Child Protection Code in place (not yet operational)	Package of measures for child protection (including prevention of physical and sexual harassment and abuse; children in conflict with law, ending use of children to beg, assistance to the handicapped, etc.)	MWCF; Dev. Social & Solidarity and Ministry of Justice	National budget, UNICEF, EU, other multilateral and bilateral doors and NGOs	'Listening Centres'/shelters with variety of leisure/education activities for children living outside the family. Improved conditions at centre for young offenders. Support for handicapped children (MDSSA)	Protect children against violence and neglect. Study to identify 50,000 children in difficulties	Children in various sorts of difficulties	Limited, but planning under way to implement Protection law, probably in 2009	Elements of UNICEF budget alone approximately US\$1, 700,000
<b>Services to ensure birth registration</b>	Legislation in place and given impetus by 2004 campaign to increase registration	Universal Birth Registration (programme also concerns marriage and death registration)	Ministry of Territorial Administration and individual Communes	UNFPA, UNICEF, Plan Mali, Association of Francophone Mayors, Belgium, etc.	UBR for newborn, Special registration by court for older children who were never registered	UBR	Estimated 40% of children are still not registered	Proportion of children registered in 2006 has grown by 20% since original study in 2002	
<b>Services for mother and child survival</b>	10-year Plan for Development of Health and Social Services: PRODESS II	Package of measures to improve health coverage, and quality of health care. Child health measures include reduction of maternal and infant mortality, adequate child nutrition, EVP, IMCI	Ministry of Health	UNICEF, EU, OCHA, ECO, WFP, bilateral donors (US, Netherlands, Belgium, France, etc.) many INGOs	Availability and strengthening of health 'pyramid' for mothers and children with increasing emphasis on child nutrition	Mother and child survival	All mothers and children. Particular concern because severe malnutrition at 15%	Country-wide in 800+ health centres, referral structures and specialist hospitals	See national budget + bilateral cooperation statistics. UNICEF package for average US\$14 million per year
<b>Services to extend access to quality education</b>	10-year plan for Development of Education: PRODEC	Package of fundamental education measures, plus preschool	Ministry of Basic Education	National Budget, Multiple donors, including UNICEF	School buildings and equipment, teacher training, support for curriculum involving first year education in national languages. New awareness of importance of preschool, forms of schooling for	Access to education and improvement of quality	Country-wide	Country-wide. UNICEF is experimenting innovative approaches to areas where education offer is not taken up (pastoralists, nomadic fishermen, northern areas) e.g. through	See national budget

Protection Sociale et les Enfants en Afrique de l'Ouest et du Centre : Cas du Mali

					pastoralist groups and school meals as means of countering effects of poverty			three-pronged approach in certain communities	
<b>Services to children in impoverished families, to the handicapped and some children in difficulties</b>		Various elements	Ministry of Social Development, National Solidarity and the Aged	National budget and National Solidarity Month	Indigent cards to families, school kits at beginning of school year, special education for certain types of disability and an experimental programme for vocational training for some out of school boys	Meeting needs of the neediest children	Country-wide	Country-wide but concentration in Bamako	See national budget.

IMPLICATIONS DE POLITIQUE GENERALE	BASE DE CONNAISSANCES	SENSIBILISATION	CADRE POLITIQUE	EXECUTION	RESPONSABILITE ET CAPACITE INSTITUTIONNELLES	OPPORTUNITES POUR L'ENGAGEMENT ET LES PARTENARIATS STRATEGIQUES
<b>Intégrer les enfants dans le système national de protection sociale</b>	<p>La Politique Nationale de Protection Sociale du Mali comprend des principes d'assistance sociale, d'assurance sociale, d'augmentation de l'accès aux services sociaux et la promotion de mesures d'équité. Toutefois, il y a une incohérence entre la politique et son application en termes de programmation, où certaines de ces dimensions, y compris celles liées à la promotion de femmes et d'enfants vulnérables, semblent absentes ou très faibles.</p> <p>Ainsi, une première étape utile serait la création d'un groupe de travail pluridisciplinaire comprenant des spécialistes de</p>		<p>La Politique Sociale Nationale est un point de départ utile, mais des liens plus clairs avec les mécanismes d'exécution de la protection sociale (programmes et financement) sont nécessaires pour que les dimensions sensibles à l'enfance de cette politique soient opérationnalisées. En plus, l'accent limité mis sur la protection sociale, et la visibilité limitée des enfants dans le CSCRP indique la nécessité d'un effort plus marqué pour mettre en exergue l'importance de la protection sociale sensible à l'enfance dans un</p>	<p>Il y a peu d'exemples de protection sociale publique axe sur l'enfant. Un exemple est la gratuité de certains soins de santé pour les enfants. En dépit de l'augmentation des capacités, les problèmes d'exécution comportent le fait que les coûts de prestations gratuites ne sont pas remboursés par le gouvernement aux centres de santé communautaires, ce qui les rend peu durables à moyen terme.</p> <p>Il y a aussi une certaine assistance sociale et des interventions d'action sociale en faveur des enfants, tels que la distribution de kits scolaires durant le mois de la solidarité,</p>	<p>Le fait que la protection sociale et les programmes en faveur des enfants soient gérés dans deux ministères différents a également été jusqu'ici une contrainte à la génération de synergies. La protection de l'enfant n'est pas évoquée à partir d'une approche système de protection sociale (visant à mitiger les risques pour les enfants), et les approches de protection sociale n'ont pas ciblé les enfants non plus. L'UNICEF est en train de promouvoir une coordination de MPFEF avec d'autres agences mais les résultats</p>	<p><i>Ministères de Tutelle:</i> le MPFEF doit classer comme prioritaires les efforts de sensibilisation avec le MDSSPA et autres principaux ministères de tutelle et explorer des points d'entrée potentiels pour la collaboration sur les programmes de protection sociale.</p> <p><i>Gouvernements décentralisés:</i> Les relais du MPFEF au niveau régional doivent améliorer le travail de sensibilisation avec le gouvernement local. Les ONG locales travaillant sur les agendas d'enfants et de genre sont des partenaires potentiels pour cet engagement. Le</p>

IMPLICATIONS DE POLITIQUE GENERALE	BASE DE CONNAISSANCES	SENSIBILISATION	CADRE POLITIQUE	EXECUTION	RESPONSABILITE ET CAPACITE INSTITUTIONNELLES	OPPORTUNITES POUR L'ENGAGEMENT ET LES PARTENARIATS STRATEGIQUES
	<p>protection sociale, des questions des enfants et du genre (éventuellement avec un important appui de l'UNICEF) pour analyser les écarts entre la politique et la planification et élaborer des propositions concrètes de programme qui cherchent à combler les écarts, mais surtout qui répondent aux causes des risques auxquels sont confrontés les enfants, y compris les taux élevés de mortalité, le manque d'instruction, la malnutrition, la négligence, la migration et la violence. Sa tâche serait d'identifier d'éventuels mécanismes en vue d'accroître la visibilité des enfants dans la programmation de protection sociale. Ce faisant, il est</p>		<p>contexte d'un agenda largement axé sur le CSCRP. Pour améliorer la visibilité des enfants, le Plan de Développement Social (qui comporte la protection sociale) devrait être complété par une approche droits. Des services sociaux amis des enfants et l'exécution de cadres législatifs, tels que le Code des Enfants nouvellement approuvé, doivent être opérationnalisés, par des moyens dont une puissante stratégie de communication à différents niveaux du gouvernement qui améliore la</p>	<p>mais la rareté de données de suivi et évaluation de ces projets limite leur évaluation (ce qui est en soi une importante faiblesse). En plus, la plupart des interventions d'assistance sociale ciblent les 'indigents' mais il semble que les critères de sélection sont peu clairs et les ressources insuffisantes, ce qui occasionne d'importantes erreurs d'exclusion. Les interventions de Protection Sociale doivent être transparentes, bien agencées, planifiées et évaluées en vue de maximiser l'impact sur les bénéficiaires, y compris les enfants. Des projets pilotes sur une petite échelle de protection sociale par des organisations non</p>	<p>peuvent être maximisés si des agendas clairs basés sur les preuves sur les questions à résoudre et les compétences des deux ministères à la fois sont définis pour proposer des directives claires d'actions conjointes sur des programmes spécifiques et pour œuvrer à l'inclusion des enfants dans le PRODESS. Le groupe de travail sur la protection sociale axe sur les enfants pourrait être un instrument utile dans l'établissement de ce pont de coopération. La capacité du MDSSPA à traiter de questions de protection des enfants doit être</p>	<p>renforcement de capacités, le contrôle plus rigoureux et la vulgarisation sont cruciaux pour la livraison de programmes transparents et robustes de protection sociale.</p> <p><i>Législature:</i> sensibilisation et efforts de sensibilisation pour les comités pertinents seraient utiles afin que les législateurs puissent responsabiliser le gouvernement pour les résultats de protection sociale.</p> <p><i>Bailleurs de fonds:</i> sont les principaux acteurs au Mali qui puissent soutenir et faire avancer l'agenda sur la protection sociale favorable aux enfants, éventuellement à</p>

IMPLICATIONS DE POLITIQUE GENERALE	BASE DE CONNAISSANCES	SENSIBILISATION	CADRE POLITIQUE	EXECUTION	RESPONSABILITE ET CAPACITE INSTITUTIONNELLES	OPPORTUNITES POUR L'ENGAGEMENT ET LES PARTENARIATS STRATEGIQUES
	<p>important d'assurer d'investir dans des évaluations rigoureuses et coordonnées d'impact des programmes existants et proposés en vue de déterminer l'efficacité de ces programmes. Les exemples de bonnes pratiques sont, entre autres le Centre International de l'ONU de Lutte contre la Pauvreté à Brasilia et l'investissement réalisé par le gouvernement mexicain dans l'évaluation de la protection sociale.</p> <p>L'intégration des enfants dans le cadre du Programme National de Développement Sanitaire et Social (PRODESS II) contribuera à réaliser une approche holistique et non</p>		<p>compréhension des responsables gouvernementaux, prestataires de services, dirigeants communautaires et ménages sur les droits des enfants et les dispositions juridiques pour les protéger.</p> <p>L'introduction sous peu de deux importants mécanismes de protection sociale (AMO et FAM) pourrait être une opportunité pour discuter de la nécessité d'une approche de protection sociale plus large, particulièrement une dans laquelle les enfants sont visibles.</p>	<p>gouvernementales, tels que <i>Bourse Maman et Services de santé Gratuits pour les Enfants de moins de 5 ans</i> se sont avérés bien exécutés et réussis, bien que confrontés à des contraintes financières pour leur agrandissement.</p> <p>L'exploration des raisons de succès, qui comportent un partenariat effectif entre le gouvernement et les ONG, peut informer la reproduction d'initiatives gouvernementales, avec une vision d'agrandissement graduel étant donné les contraintes de ressources et de capacités. Dans ce sens, une approche séquentielle est à la fois nécessaire et conforme avec le principe de réalisation progressive du CDE</p>	<p>renforcée au niveau national et à la base (particulièrement dans la mesure où le MPFEF n'est pas à présent à ce niveau) mais aussi de maximiser les complémentarités au point de livraison où ces deux ministères travaillent déjà ensemble.</p>	<p>travers des ressources pour développer les informations en la matière, soutenir la gestion coordonnée des connaissances et le S&amp;E sur les mécanismes de protection sociale existants et leur impact sur différents groupes vulnérables, particulièrement les femmes et les enfants</p> <p><i>On devrait encourager les ONG à coordonner leurs initiatives relatives à la protection sociale entre elles et avec les initiatives gouvernementales afin qu'elles puissent promouvoir les synergies. Il s'agit entre autres de membres du groupe de travail</i></p>

IMPLICATIONS DE POLITIQUE GENERALE	BASE DE CONNAISSANCES	SENSIBILISATION	CADRE POLITIQUE	EXECUTION	RESPONSABILITE ET CAPACITE INSTITUTIONNELLES	OPPORTUNITES POUR L'ENGAGEMENT ET LES PARTENARIATS STRATEGIQUES
	<p>fragmentée, qui peut générer des synergies, y compris avec des projets réussis par les ONG. La participation des décideurs et concepteurs, y compris les membres du groupe de travail proposé sur la protection sociale des enfants dans les tribunes internationales serait utile dans le renforcement des connaissances.</p>			<p>de l'ONU, bien que la vision à long terme pour la protection sociale sensible aux enfants doive inclure tous les enfants vulnérables.</p>		<p><i>sur la protection sociale favorable aux enfants visant à identifier le potentiel pour les mécanismes de protection social d'impact très visible.</i></p>
<b>Elaborer et réaliser des systèmes de transferts en espèces sensibles aux enfants</b>	<p>Opinion des décideurs au Mali soutient la continuation de l'apport des ressources du secteur social dans l'amélioration de leur offre. Toutefois, il y a des régions dans le pays où l'offre de services de base s'est beaucoup améliorée, mais où la pauvreté demeure à un niveau élevé et où</p>	<p>Le potentiel pour un système de transfert d'argent sensible à la survie de l'enfant au Mali vient de faire l'objet de discussion tout récemment entre certains bailleurs de fonds et les décideurs politiques. Pour</p>	<p>Un système de transfert d'argent n'est pas envisagé dans la Politique de Protection Sociale du Mali, ni son CSCRP où une certain attention est accordée à d'autres mécanismes de protection sociale.</p> <p>Par conséquent, le besoin de</p>	<p>L'exécution d'un transfert d'argent favorable aux enfants devrait être administrée par une entité indépendante de haut niveau au sein du gouvernement étant donné le degré de collaboration inter-sectorielle que cela requiert et la nécessité d'assurer une adhésion de tous les ministères</p>	<p>La bonne pratique internationale laisse entendre que la coordination inter-sectorielle et l'adhésion sont cruciales pour le succès des transferts d'argent; cela requiert une volonté politique au plus haut niveau. Le groupe de travail sur la protection sociale</p>	<p>La création d'un groupe de travail sur la protection sociale en faveur des enfants peut initier des recherches et des discussions relatives aux transferts d'argent et autres mécanismes alternatifs qui peuvent s'inspirer des programmes existantes ou</p>

IMPLICATIONS DE POLITIQUE GENERALE	BASE DE CONNAISSANCES	SENSIBILISATION	CADRE POLITIQUE	EXECUTION	RESPONSABILITE ET CAPACITE INSTITUTIONNELLES	OPPORTUNITES POUR L'ENGAGEMENT ET LES PARTENARIATS STRATEGIQUES
	<p>les services sociaux assurés le sont sans grande appropriation.</p> <p>En plus, quelques petits projets pilotes tels que les Bourses Maman ont donné des résultats encourageants en termes de revenu familial, de genre et d'habilitation et d'augmentation de la demande pour les services. Cela suggérerait le besoin d'effectuer davantage de recherches sur cela, en utilisant des cadres puissants de S&amp;E, des critères rigoureux et un séquençage clair du pilote pour produire des résultats qui pourraient servir à mobiliser l'appui en vue d'un développement à grande échelle. La preuve de l'avantage relatif d'un tel système, et</p>	<p>beaucoup, les 'subventions' d'argent liquide ressemblent à de la 'charité' ou une approche populiste du développement social, de sorte que la mobilisation de soutien politique nécessiterait une solide expérience pilote ou à petite échelle qui documente la réduction de la pauvreté, le développement humain et le potentiel d'AGR du projet, et une solide justification de développement de l'enfant, y compris les cas d'autres pays similaires.</p> <p>Etant donné qu'un tel système</p>	<p>piloter ou d'introduire un projet à petite échelle pour être agrandi en termes d'échelle de façon séquentielle devrait reposer sur la mise en exergue d'aspects qui sont manquants dans les cadres de politique et la façon dont ces insuffisances ne permettront pas au Mali d'atteindre les objectifs de lutte contre la pauvreté et objectifs d'OMD apparentés.</p> <p>Bien que le système devrait commencer sur une petite échelle étant donné les contraintes humaines et financiers majeures au Mali, le cadre politique</p>	<p>ayant des mandats se rapportant aux enfants. Toutefois, son exécution, en particulier durant la phase d'expérimentation initiale (éventuellement adressée aux zones les plus pauvres disposant d'infrastructures sociales) devront très certainement s'inspirer des structures existantes au niveau local telles que les directions de développement social régional et municipal. La collaboration des ONG pourrait aussi valoir la peine d'être explorée</p> <p>Parallèlement, la contribution des autorités de santé et d'éducation au niveau local pourrait être nécessaire si le transfert est conditionné à la</p>	<p>favorable aux enfants peut jouer un important rôle, à travers les apports techniques pour appuyer la planification et la réalisation d'un projet initial. En s'engageant dans les détails de la conception et de l'évaluation il faudra nécessairement identifier les points focaux au sein des ministères de coordination pour traiter à la fois de l'aspect de l'offre et des besoins d'informations pour faciliter la mise en œuvre de programme.</p> <p>Pour être effectivement intégré dans le cadre de Politique Sociale Nationale, il pourrait être utile pour le projet</p>	<p>développer de nouvelles synergies. En générant l'espace pour ces discussions, on pourra s'attaquer aux questions de savoir si oui ou non, quand et où piloter un petit programme de transfert d'argent, aider à mobiliser des soutiens pour un tel programme et comment constituer l'organe de supervision du projet.</p> <p>Il y a un appui de renforcement de capacités techniques et financières qui doit être préparé avant et pendant l'exécution d'une telle initiative.</p> <p>Le groupe de travail devrait à présent discuter de la manière d'augmenter la</p>

IMPLICATIONS DE POLITIQUE GENERALE	BASE DE CONNAISSANCES	SENSIBILISATION	CADRE POLITIQUE	EXECUTION	RESPONSABILITE ET CAPACITE INSTITUTIONNELLES	OPPORTUNITES POUR L'ENGAGEMENT ET LES PARTENARIATS STRATEGIQUES
	particulièrement ses avantages pour les enfants et pour réaliser des progrès vers l'atteinte des OMD devra être documentée en vue de mobiliser un soutien politique et des ressources dans une deuxième phase.	marcherait mieux avec l'adhésion de différents ministères, on devrait faire de la sensibilisation à travers des panels de discussions où la valeur multidimensionnelle d'un tel système serait débattue.	devrait être solide, y compris une solide justification de l'accent à mettre sur les enfants. D'autres informations comporteraient les projections de coûts, bénéfices et impacts, de même que la complémentarité avec d'autres services sociaux et un puissant cadre de S&E dès au départ.	fréquentation scolaire ou à la fréquentation scolaire. Cela nécessiterait beaucoup de renforcement de capacités et l'organisation de mécanismes efficaces de suivi, de rapportage et de contrôle pour éviter les fuites. Les questions qui entrent présentement la fourniture effective d'assistance sociale, telles que la mobilité limitée des travailleurs sociaux, devront être résolues pour assurer le meilleur ciblage et la meilleure livraison. En clair, il y a un coût lié à chacune de ces exigences, de sorte que la mesure de la première phase du projet serait largement déterminée par la disponibilité de	d'être relié au MDSSPA; toutefois, son statut d'indépendance Presque totale devra assurer que des ministères clés tels que le MPFEF, la santé, l'éducation et les finances, contribuent aussi aux prises de décision et à la gestion des connaissances. Pour assurer une bonne coordination et communication, un leadership puissant serait nécessaire, capable de tenir les différents acteurs responsables de leur apport au plan; il s'agira entre autres d'œuvrer à une bonne mobilisation des ressources et une livraison	visibilité des enfants qui n'ont pas bénéficié du pilote en d'autres formes de protection sociale et le développement de systèmes intégrés où les questions de protection contre l'exclusion, la violence, la maltraitance et la négligence sont mis en exergue.

IMPLICATIONS DE POLITIQUE GENERALE	BASE DE CONNAISSANCES	SENSIBILISATION	CADRE POLITIQUE	EXECUTION	RESPONSABILITE ET CAPACITE INSTITUTIONNELLES	OPPORTUNITES POUR L'ENGAGEMENT ET LES PARTENARIATS STRATEGIQUES
				<p>ressources , qui devrait envisager de faire des contributions de protection sociale un soutien régulier dans le temps et la nécessité de les accompagner avec la promotion de sensibilisation sur la bonne santé, l'éducation, et les activités génératrices de revenus en vue de maximiser leur impact sur les enfants.</p>	<p>adéquate des services.. . L'élaboration de l'étude de faisabilité et la préparation initiale nécessiteraient un appui d'experts, éventuellement de l'extérieur en provenance de pays similaires, tels que le Ghana, qui ont commencé à entreprendre des projets de ce genre. La nécessité de renforcements de capacités à tous les niveaux devra être soulignée.. .</p>	
<b>Elaborer et réaliser des mécanismes sensibles aux enfants de financement sanitaire</b>	<p>Les données actuelles d'EDS IV indiquent que les contraintes financières constituent l'une des barrières à la santé pour les pauvres. Des mécanismes du paquet de mise en échelle de la protection sociale</p>	<p>Sensibilisation par rapport aux services présentement disponibles à titre gratuit pour les enfants et sur la pertinence des soins de santé formels, conçus de façon sensible au plan</p>	<p>Le cadre de politique dominant pour la protection sociale met l'accent sur le financement de la santé mais n'accorde aucune attention spécifique aux enfants (qui sont perçus seulement</p>	<p>Une importante contrainte à étendre la gratuité réside dans les délais ou l'absence de paiements du gouvernement aux prestataires de services communautaires afin de compenser les coûts encourus dans</p>	<p>Le système de santé actuel est largement à base communautaire, par conséquent il est crucial que la gratuité (subventionnée par le MSP) et l'acceptation du 'certificat d'indigence' de la</p>	<p>Pour poursuivre l'extension de la stratégie de protection sociale en matière de santé, et en particulier pour la rendre plus sensible à la survie de l'enfant, il faut nécessairement ouvrir des espaces</p>

IMPLICATIONS DE POLITIQUE GENERALE	BASE DE CONNAISSANCES	SENSIBILISATION	CADRE POLITIQUE	EXECUTION	RESPONSABILITE ET CAPACITE INSTITUTIONNELLES	OPPORTUNITES POUR L'ENGAGEMENT ET LES PARTENARIATS STRATEGIQUES
	<p>sanitaire n'atteindront toujours pas une partie importante des pauvres (dans un scenario du 'meilleur cas' le FAM atteindront 5% des plus pauvres après plusieurs années de mise en œuvre, et l'AMO atteindra 3% de la population pouvant se permettre de payer une police) tandis que un partie importante des 60% qui vit au-dessous du seuil de pauvreté, dont un nombre significatif est composé d'enfants, sera toujours incapable de payer. Il y a des preuves que les indicateurs de santé des enfants ont réalisé peu de progrès et se porte plutôt mal.</p> <p>D'un autre côté, les projets à petite échelle (MSF) ont fourni des preuves</p>	<p>culturel avec une large diffusion vers les zones plus éloignées pourrait améliorer la demande de services de santé.</p> <p>Une fois que le FAM sera introduit, il faudra nécessairement développer une puissante champagne de vulgarisation pour atteindre les localités éloignées afin que les plus pauvres parmi les pauvres qui sont éligibles apprennent avec le processus pour s'inscrire et inscrire leurs enfants. Etant donné la complexité de la</p>	<p>comme des personnes à charge) liés à un bénéficiaire. Etant donné la nature relationnelle de la pauvreté chez les enfants, assurer l'accès par les familles et les parents à l'assurance maladie est extrêmement important.</p> <p>Toutefois, pour les cas où les parents ne parviennent pas à obtenir de couverture, le problème s'étend aux enfants (sauf pour les enfants qui peuvent prouver qu'ils peuvent vivre sans une prise en charge par les parents, qui peuvent être classés comme des 'indigents' ou des personnes</p>	<p>les prestations de services à titre gratuit (ce qui commence à décourager les prestataires de soins de santé communautaires à fournir des services gratuits). Dans ce sens, il y a des peurs à ce qu'en accroissant le nombre de services assurés gratuitement, le système de protection sociale de santé ne sera pas durable.</p> <p>En plus, il y a aussi des préoccupations sur la qualité de service et l'impact que cela aurait sur la demande d'assurance maladie, surtout parmi le centile des plus pauvres parmi les populations.</p> <p>Cela signifie que l'extension de la gratuité, si les preuves démontrent</p>	<p>part des bénéficiaires du FAM (co-subventionné par le gouvernement central, les conseils communaux et les ASACO) sont gérés localement, avec des archives gardées à ce niveau, mais des mécanismes clairs sur la manière de demander des remboursements de l'entité responsable correspondante.</p> <p>Une étroite coordination entre le MSP et le MDSSPA concernant le nombre de bénéficiaires et les ressources qui devront être transférées aux prestataires de santé communautaire est cruciale pour</p>	<p>de discussions sur la manière la plus économique de lever les obstacles financiers pour les enfants pauvres et vulnérables et leurs parents afin d'accroître la demande de soins de santé.</p> <p>Cela comprend des subventions pour la demande (par exemple à travers des transferts d'argent sensible à la situation des enfants, dont une partie pourrait servir à payer des primes d'assurance mutuelle) ou l'extension de services gratuits en faveur des enfants.</p> <p>Etant donné les contraintes de ressources, une approche séquentielle est nécessaire, mais des partenariats stratégiques avec</p>

IMPLICATIONS DE POLITIQUE GENERALE	BASE DE CONNAISSANCES	SENSIBILISATION	CADRE POLITIQUE	EXECUTION	RESPONSABILITE ET CAPACITE INSTITUTIONNELLES	OPPORTUNITES POUR L'ENGAGEMENT ET LES PARTENARIATS STRATEGIQUES
	<p>que la gratuité de services de santé pour les enfants a un impact significatif sur la demande. Pour étendre la gratuité de services pour les enfants (peut-être au-delà de l'âge de 5 ans) il est nécessaire d'avoir des données sur les coûts, un échantillon plus large sur l'impact et des informations sur le degré d'efficacité du flux des ressources du gouvernement central vers les centres de santé communautaires pour rembourses les coûts sanitaires.</p> <p>Ainsi, il y a un besoin d'entreprendre de la recherche quantitative sur ces coûts et d'utiliser l'information disponible au sujet de ses bénéfices afin d'identifier la faisabilité d'une telle politique au Mali et l'échelle il serait</p>	<p>tâche lorsqu'il s'agit d'obtenir un "certificat d'indigence" il faudra renforcer la sensibilisation avec l'appui pour s'inscrire de façon sensible au plan culturel.</p>	<p>sans ressources En plus, le cadre n'a pas d'approche en faveur des pauvres ; Cela est illustré par la complexité à obtenir un statut d'indigence, de même que le fait que FAM (le programme le plus favorable aux pauvres) cible 5% seulement de la population. .</p> <p>Le cadre de politique générale devrait être soigneusement révisé pour tenir compte des besoins de ceux qui sont présentement exclus, qui sont parmi les plus pauvres et les plus vulnérables, dont un grand nombre sont des enfants.</p>		<p>que c'est la manière la plus efficace d'encourager la demande de services de santé pour les enfants, doit être soigneusement préparée avec l'identification d'assez de fonds et de mécanismes améliorés de circulation des ressources jusqu'à la base.</p>	<p>assurer qu'ils puissent continuer à assurer ces services. Un processus plus simple de déboursement de ressources qui accélère le processus pourrait être mis au point, en définissant clairement ceux qui doivent prendre en charge les coûts de prestations : le gouvernement central, les gouvernements locaux ou les ASACO.</p> <p>les bailleurs de fonds et les ONG peuvent être recherchés pour compléter le financement ou les plans d'exécution..</p> <p>A présent, à travers le suivi régulier et le plaidoyer de politique pour garder le financement des services de santé comme une priorité sur l'agenda, la société civile, les ONG et autres défenseurs doivent tenir le gouvernement responsable de ses engagements vis-à-vis des OMD 4 (réduction de la mortalité infant-juvénile de deux tiers) et 5 (réduction de la mortalité maternelle de trois quarts) que le Mali est loin d'atteindre.</p>

IMPLICATIONS DE POLITIQUE GENERALE	BASE DE CONNAISSANCES	SENSIBILISATION	CADRE POLITIQUE	EXECUTION	RESPONSABILITE ET CAPACITE INSTITUTIONNELLES	OPPORTUNITES POUR L'ENGAGEMENT ET LES PARTENARIATS STRATEGIQUES
	<p>abordable de l'appliquer, vu l'espace fiscal actuelle et son potentiel (limité). Dans le même sens, des informations tirées d'un pilote de transfert en espèces pourraient fournir des aperçus sur la demande pour la santé avec une hausse du revenu du ménage permettant de prendre des décisions sur la rentabilité de l'approche.</p>					
<p><b>Assurer que les systèmes de la protection sociale sont renseignés par une compréhension des risques sociaux spécifiques aux enfants, et qu'ils y réagissent</b></p>	<p>La base de connaissances et de prise de conscience sur les risques et la vulnérabilité chez l'enfant vis-à-vis de la maltraitance, la négligence et la violence au Mali. Il y a eu des efforts de la part du gouvernement d'augmenter ces connaissances, par</p>	<p>Les risques sociaux spécifiques aux enfants et le manqué de protection par rapport à la négligence et à la maltraitance ne sont pas détaillés dans la Politique de Protection Sociale au Mali,</p>	<p>Le Mali vient d'approuver un Code de Protection de l'Enfant, qui, bien qu'exhaustif, commence à jeter les bases d'une promotion de protection sociale comme approche de politique qui tient compte des vulnérabilités</p>	<p>Il y a eu un certain nombre de petits projets pilotes reliant les instruments de protection sociale focalisés sur les risques économiques avec le cycle de vie des enfants et les risques sociaux principalement occasionnés par les ONG. Ce sont, entre autres, à la fois la</p>	<p>Le MPFEF et le MSDSSPA ont des responsabilités à s'attaquer aux vulnérabilités économiques et sociales des enfants. Bien que seul le premier est directement responsable, le second a quelques</p>	<p>L'UNICEF est présentement engagé, du niveau international au niveau régional, à la fois dans la recherché et le plaidoyer de politique relativement à la protection sociale sensible à l'enfant. Il est donc extrêmement</p>

IMPLICATIONS DE POLITIQUE GENERALE	BASE DE CONNAISSANCES	SENSIBILISATION	CADRE POLITIQUE	EXECUTION	RESPONSABILITE ET CAPACITE INSTITUTIONNELLES	OPPORTUNITES POUR L'ENGAGEMENT ET LES PARTENARIATS STRATEGIQUES
	<p>exemple à travers une étude en 2002 sur le travail des enfants, et, également en 2002, par la promotion d'une campagne nationale de la réduction des MGF. Au cours de la dernière étude EDS (2006), on a inclus une section sur les enfants orphelins et vulnérables qui a fait la collecte de données utiles.</p> <p>Cependant, ces données isolées sont insuffisantes pour tracer et évaluer des changements dans le temps. La collecte des données sur l'enregistrement à la naissance, les MGF et les mariages précoce, n'a commencée que récemment, alors que les données sur la violence et l'exploitation sont très limitées et</p>	<p>qui mentionne seulement le besoin de protéger les enfants vulnérables en général. En plus, les plans de protection sociale ne résolvent pas ces questions, qui sont visibles seulement dans le plan d'action des MPFEF, qui l'UNICEF a aidé à élaborer</p> <p>Pour promouvoir une compréhension de la protection sociale sensible aux enfants comme approche de politique qui vise à s'attaquer aux vulnérabilités sociales, de cycle de vie et économiques, les efforts de</p>	<p>sociales, de cycle de vie et économiques des enfants. Une plus grande visibilité devra être accordée aux orphelins et aux enfants vulnérable (ces derniers sont classés dans l'EDS comme ceux qui n'ont pas de soins parentaux ou dont les parents/ou tuteurs sont malades, et ceux qui sont handicapés) dans les documents de planification stratégique, en plus de leur inclusion dans la Politique Nationale de Protection Sociale, pour assurer que les mécanismes de soutien sont effectivement mis</p>	<p>prévention du travail des enfants soutenue par le BIT/IPEC et les transferts en nature aux filles par CRS et PAM en vue de promouvoir la fréquentation scolaire.</p> <p>Toutefois, les résultats de l'évaluation doivent être largement partagés en vue de promouvoir l'apprentissage et d'informer la conception de toute protection sociale axe sur l'enfant.</p>	<p>responsabilités spécifiques par rapport aux enfants handicapés et aux indigents ou enfants indigents, de même que la mise en œuvre des programmes de MPFEF au niveau local. Toutefois, le manque actuel de clarté au sujet des mandats précis, rôles et responsabilités, rend absolue la nécessité de générer un espace de discussion et de définition des rôles et responsabilités, la capacité et les mécanismes de collaboration et la coordination d'actions en vue de maximiser les résultats ; L'appui de l'UNICEF au dialogue du MPFEF et à la collaboration inter-</p>	<p>important que l'UNICEF joue un rôle dans la promotion de partage de connaissance et d'apprentissage au Mali.</p> <p>Il est également important que les ministères de tutelle avec des responsabilités en matière de protection de l'enfance jouent un rôle actif dans le groupe de travail sur la protection sociale sensible aux enfants en vue de faciliter l'élévation du profil d'une perspective enfance en matière de politique et de planification.</p> <p>Abriter un atelier national pour discuter des expériences et bonnes pratiques pourrait promouvoir l'apprentissage au</p>

IMPLICATIONS DE POLITIQUE GENERALE	BASE DE CONNAISSANCES	SENSIBILISATION	CADRE POLITIQUE	EXECUTION	RESPONSABILITE ET CAPACITE INSTITUTIONNELLES	OPPORTUNITES POUR L'ENGAGEMENT ET LES PARTENARIATS STRATEGIQUES
	sporadiques. Ceci ne facilite pas une bonne compréhension de la situation d'enfants vulnérables au Mali.	sensibilisation sont essentiels. Ils devraient cibler les ministères de tutelle impliqués dans la mise en œuvre des programmes de protection sociale au niveau national et sous-national. Le travail de renforcement de capacités avec les journalistes et les leaders d'opinion, tels que les chefs religieux et traditionnels, pourrait aussi s'avérer très utile. .	en branle. Le développement d'un Plan d'Action National pour les enfants qui adopte une approche systématique et droits des vulnérabilités des enfants pourrait aussi être un outil utile pour informer l'élaboration de politique.		agence peut contribuer à générer un tel espace.	sein de groupes de la société civile sur les questions de vulnérabilité sociale et économique. Un tel événement pourrait aussi servir de forum de discussion des options pour la gestion de connaissances et le partage de leçons sur une base régulière (que ce soit virtuel ou à travers des événements face-à-face)
<b>Maximiser les opportunités de l'espace fiscale existantes pour la protection</b>	Une analyse de la situation fiscale au Mali indique que l'espace est limité pour augmenter des dépenses de manière significative. Ceci est exacerbé	Etant donné que les enfants ne sont pas situés en priorité sur l'agenda politique, des ressources pour les politiques	La protection sociale sensible à l'Enfance est absente du plan de budget à moyen terme du Mali, qui projette que les dépenses	Pour préparer et exécuter tout mécanisme de protection sociale sensible aux enfants, que ce soit avec une orientation de recherché, un pilote	Promouvoir l'amélioration de la planification, de la budgétisation et des capacités pour les ministères sociaux est important pour	En tant qu'Etat signataire de la CDE de l'ONU, le Mali est engagé en faveur de la réalisation progressive des droits des enfants

IMPLICATIONS DE POLITIQUE GENERALE	BASE DE CONNAISSANCES	SENSIBILISATION	CADRE POLITIQUE	EXECUTION	RESPONSABILITE ET CAPACITE INSTITUTIONNELLES	OPPORTUNITES POUR L'ENGAGEMENT ET LES PARTENARIATS STRATEGIQUES
<b>sociale sensible aux enfants</b>	<p>par la croissance économique limitée du pays au cours des années récentes, et celle qui est projetée dans le court terme. Cependant, quoique des dépenses additionnelles significatives pourraient être irréalistes, il serait important de promouvoir davantage d'information et de donées sur 'l'efficacité' des dépenses, telle que les pertes, l'inefficience dans le système de mise en œuvre de la politique, des problèmes liés à la mauvaise allocation de priorités et à la corruption, entre autres.</p> <p>En particulier, le bureau du Vérificateur Général est bien situé pour conduire une analyse</p>	<p>axées sur les enfants au-delà de l'éducation de base sont limitées. Une prise de conscience devra être suscitée au sujet des différents domaines qui nécessiteraient des investissements pour financer un système de protection sociale sensible aux enfants.</p> <p>Des contraintes de ressources existent qui suggèrent que le financement gouvernemental du secteur social devraient se focaliser sur la fourniture de services de base.</p> <p>Cependant, dans certaines</p>	<p>sociale seront maintenues au cours des 3 prochaines années tandis que les dépenses productives augmentent.</p> <p>Toutefois, la faible progression de la réduction de la pauvreté et la mauvaise performance sur le développement social et humain pour les enfants indiquent que ce sont là des domaines qui requièrent davantage— et pas un même niveau d'attention.</p> <p>A travers un plaidoyer effectif basé sur les faits, il serait utile d'influencer la révision annuelle du programme budgétaire triennal en cours pour incorporer</p>	<p>ou une intervention à grande échelle, il faut nécessairement évaluer la possibilité de créer un espace fiscal pour assurer sa durabilité fiscale et son coût.</p> <p>Les efforts de plaidoyer pour accroître les allocations budgétaires en faveur de la protection sociale en faveur des enfants devront être accompagnés d'opportunités de promouvoir la génération de .... fiscal.</p> <p>Toutefois, une dimension clé de l'analyse devrait être le potentiel pour libérer les ressources en accroissant l'efficacité des dépenses vers d'autres domaines à travers une exécution rationalisée. Tout</p>	<p>assurer que les ressources allouées au secteur sont utilisées à très bon escient, justifiant ainsi les demandes de refinancement d'autres secteurs en faveur de la protection sociale pour les enfants.</p> <p>Il est donc extrêmement important de développer la capacité des ministères, et qui plus est, que les prestataires locaux de services s'assurent que la planification et l'exécution de programme et de budget sont meilleures. Cela leur permettra non seulement de maximiser leurs ressources disponibles limitées, à travers</p>	<p>conformément à sa base de ressources.</p> <p>Bien que la croissance économique du Mali ait été lente et ait subi des chocs au cours de ces dernières années, il est extrêmement important que les politiques en faveur des enfants ne soient pas considérées comme secondaires et qu'elles reçoivent moins de financements.</p> <p>C'est là un risqué particulier avec l'accent sur le CSCRP actuel étant mis sur la génération de la croissance et de la productivité – qui sont sans doute des priorités pertinentes– mais pas au profit du financement pour</p>

IMPLICATIONS DE POLITIQUE GENERALE	BASE DE CONNAISSANCES	SENSIBILISATION	CADRE POLITIQUE	EXECUTION	RESPONSABILITE ET CAPACITE INSTITUTIONNELLES	OPPORTUNITES POUR L'ENGAGEMENT ET LES PARTENARIATS STRATEGIQUES
	<p>de dépenses actuelles sur l'assistance sociale pour déterminer si elles pourraient être effectuées de façon plus efficiente, et libérer des ressources pour des interventions innovatrices et plus efficaces. De même les informations tirées de la révision des dépenses publiques par des PTF et des instances d'audit devraient fournir un aperçu utile sur le potentiel de l'emplacement de la réallocation de ressources.</p> <p>Produire des connaissances sur la rentabilité d'interventions de protection sociale axée sur les enfants (générées à travers le pilotage, la recherche quantitative ou l'expérience</p>	<p>zones, la demande de ces services s'accroît à un degré moindre que l'offre, ce qui indiquerait le besoin de financer certaines approches inspirées par la demande. De façon similaire, des ressources pour la protection des enfants de la maltraitance, négligence et violence, entre autres, sont quasiment inexistantes. Une prise de conscience devrait être suscitée auprès des autorités du budget et de la planification de l'Etat quant à l'engagement de l'Etat aux mécanismes de</p>	<p>une certaine dimension de protection sociale sensible aux enfants – même si au départ il s'agit seulement de financer la recherche/ le pilotage.</p> <p>Toute preuve dure sur les impacts positifs de la protection sociale sur les enfants peut être une 'munition' potentielle pour plaider pour l'inclusion de protection sociale sensible aux enfants dans le plan triennal qui est le principal guide pour les allocations budgétaires et par conséquent la mise en œuvre de politique. -.</p>	<p>effort de plaider pour un meilleur investissement dans la protection sociale en faveur de l'enfance devrait être programmé en fonction de discussions élargies sur la durabilité fiscale et le coût dans le temps, y compris les différentes sources de finances pour différentes composantes telles qu'une initiative, y compris le financement de bailleurs pour certains coûts initiaux et fixes et les ressources fiscales pour les coûts récurrents.</p>	<p>des dépenses plus efficaces, mais leur permettra aussi de présenter une situation plus défendable au Ministère des Finances lors des négociations sur le budget.</p>	<p>les secteurs sociaux prioritaires pour les enfants, Dans ce sens, l'engagement du Mali en faveur de l'agenda des OMD et la piètre performance à atteindre les objectifs laissent croire en la nécessité de rechercher des politiques alternatives qui puissent plus efficacement réaliser la réduction de la pauvreté et le développement humain au sein de la population, particulièrement les enfants.</p> <p>Dans ce sens, il est important que les organisations de la société civile tiennent le gouvernement pour responsable de l'allocation d'augmentations</p>

IMPLICATIONS DE POLITIQUE GENERALE	BASE DE CONNAISSANCES	SENSIBILISATION	CADRE POLITIQUE	EXECUTION	RESPONSABILITE ET CAPACITE INSTITUTIONNELLES	OPPORTUNITES POUR L'ENGAGEMENT ET LES PARTENARIATS STRATEGIQUES
	internationale) pourrait aussi être utile en aidant à attirer des ressources pour d'autres interventions, moins efficaces et plus coûteuses pour la réduction de la pauvreté dans d'autres secteurs.	financement pour le financement des droits de l'enfant à la protection, au développement et à la survie, afin de promouvoir le plaidoyer pour l'allocation de ressources plus importantes à ce secteur. Toute discussion sur les mécanismes alternatifs de la protection sensible aux enfants devrait être menée ou recommandée au ministère des Finances pour assurer leur appui..				comparables de ressources en faveur de la protection sociale au bénéfice des enfants. De tels programmes sont vitaux comme moyen de tenir compte du droit des enfants à la survie, au développement et à la protection. L'appui aux initiatives de suivi et d'analyse budgétaires en faveur des enfants devrait donc recevoir plus d'attention et les résultats devraient informer les discussions sur la politique et le budget au Mali. Les bailleurs de fonds, dans le cadre de leurs obligations en faveur de la CDE, devraient apporter un soutien

IMPLICATIONS DE POLITIQUE GENERALE	BASE DE CONNAISSANCES	SENSIBILISATION	CADRE POLITIQUE	EXECUTION	RESPONSABILITE ET CAPACITE INSTITUTIONNELLES	OPPORTUNITES POUR L'ENGAGEMENT ET LES PARTENARIATS STRATEGIQUES
						(financier et technique) pour de telles initiatives de suivi.

## Références

- Adato, M. and L. Basset (2007) "What is the Potential for Cash Transfers to Strengthen Families Affected by HIV and AIDS? A Review of the Evidence on Impacts and Key Policy Debates", Draft Report Version 1. Washington, DC: Joint Learning Initiative on Children and HIV/AIDS.
- Adato, M. and J. Hoddinott (2007) *Conditional Cash Transfer Programs: A 'Magic Bullet' for Reducing Poverty?* 2020 Focus Brief on the World's Poor and Hungry People. Washington, DC: International Food Policy Research Institute.
- Aubry, O. (2006) 'Etude Technique sur l'Assurance Maladie Obligatoire et le Fonds d'Assistance Médicale au Mali', Agence de Coopération Internationale en Sécurité Sociale, Final Report, April.
- Barrientos, A. and L. Bossavie (2008) 'The Poverty Reduction Effectiveness of Child-focused Social Transfers in Mali and Senegal: Ex-ante Simulations', University of Manchester for the Study on Social Protection and Children in West and Central Africa, commissioned by the United Nations Children's Fund West and Central Africa Regional Office.
- Barrientos, A. and J. DeJong (2004) *Child Poverty and Cash Transfers*, Report 4. London: Childhood Poverty Research and Policy Centre.
- Barrientos, A. and J. DeJong (2006) 'Reducing Child Poverty with Cash Transfers: A Sure Thing?' *Development Policy Review* 24(5): 537–52.
- Barrientos, A. and R. Holmes (2007) 'Social Assistance in Developing Countries Database', United Kingdom Department for International Development, July.
- Barrientos, A. and A. Shepherd (2003); 'Chronic Poverty and Social Protection', Paper presented at the Chronic Poverty Research Centre Conference on Chronic Poverty, University of Manchester, April.
- Booth, D. (2008) *Aid Effectiveness after Accra: How to Reform the 'Paris Agenda'*, Briefing Paper 39, July. London: Overseas Development Institute.
- Bourdet, Y. (2002) 'Economic Reforms and the Malian Economy', *African Development* XXVII (1&2): 25–61.
- Brouillet P. and A. Letourmy (2000) *Evaluation du Project FAC: Appui au Développement de la Mutualité au Mali*. Paris: Ministère des Affaires Etrangères, Direction Générale de la Coopération Internationale et du Développement DCT/HS.
- Bureau du Vérificateur Général (2007) 'Rapport Annuel 2006', Bamako, June.
- Campbell, C. and S. Jovchelovitch (2000) 'Health, Community and Development: Towards a Social Psychology of Participation', *Journal of Community & Applied Social Psychology* 10(4): 255–70.
- Cellule de Planification et de Statistique, Ministère de la Santé et Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique (2007) *Enquête Démographique et de Santé du Mali 2006*, Bamako.
- Coady, D., M. Grosh and J. Hoddinott (2002) *The Targeting of Transfers in Developing Countries: Review of Experience and Lessons*. Washington, DC: World Bank.
- Coudouel, A., K. Ezemenari, M. Grosh and L. Sherburne-Benz (2002) 'Social Protection', in World Bank *PRSP Sourcebook of Poverty Reduction – Volume 2 Macroeconomic and Sectoral Approaches*. Washington, DC: World Bank.

- Coulibaly, A. and T. Hilhorst (2004) *Implementing Decentralisation in Mali: The Experiences of Two Rural Municipalities in Southern Mali*, Issue Paper 127. London: International Institute for Environment and Development.
- Court, J. and S. Maxwell (2005) 'Policy Entrepreneurship for Poverty Reduction: Bridging Research and Policy in International Development', *Journal of International Development* 17(6): 713–25.
- Davies, Phil. (2005). "Evidence-based policy at the Cabinet Office". Deputy Director, Government and Social Research Unit, UK Cabinet Office. A transcript of a talk at ODI, Impact and Insight meeting, 17th October 2005.
- Dercon, S. (2005) 'Vulnerability: A Micro Perspective', Working Paper 149. Oxford: Oxford University, Queen Elizabeth House.
- Devereux, S. and R. Sabates-Wheeler (2004) *Transformative Social Protection*. Working Paper 232. Brighton: Institute of Development Studies.
- Diallo, S. and M. Cissé (2004) 'Etat de la Gouvernance au Mali', February. <http://www.mali.undp.org/linkdoc/gouvernancemali2004.pdf>.
- Direction Nationale du Développement Social (2008) 'Synthèse des Rapports d'Evaluation 2007 et de Programmation 2008', Bamako.
- Direction Nationale de la Protection Sociale et de l'Economie Solidaire (2004) 'La Protection Sociale au Mali', Evaluation commissioned by the Ministère du Développement Social, de la Solidarité et des Personnes Agées, Bamako, February.
- Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique (2006) 'Rapport d'Enquête Nationale sur le Travail des Enfants au Mali', Bamako, December.
- Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique (2003) 'Enquête Malienne sur l'évaluation de la Pauvreté (EMEP) , 2001, Résultats définitifs' Banque Mondiale Projet d'appui aux initiatives de bases (PAIB), November, 2003
- Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique (2007) 'Rapport l'Enquête Légère Intégrée auprès des Ménages (ELIM) 2006', Bamako.
- Ekman, B. 2004. Community-based health insurance in low-income countries: a systematic review of the evidence. *Health, Policy and Planning* 19(5): 249-270.
- Famine Early Warning Systems Network (2008) 'Mali Food Security Update February 2008'. [http://www.fews.net/docs/Publications/mali\\_2008\\_02eng.pdf](http://www.fews.net/docs/Publications/mali_2008_02eng.pdf).
- Farrington, J., K. Sharp, and D. Sjoblom (2007) 'Targeting approaches to cash transfers: comparisons across Cambodia, India and Ethiopia' ODI, Social Protection, Cash transfer series
- Foster, J.E., J. Greer and E. Thorbecke (1984) 'A Class of Decomposable Poverty Measures', *Econometrica* 52(3): 761–6.
- Gauci, A. (2005) *Spatial Maps, Targeting and Mapping Poverty*, Working Paper. Addis Ababa: United Nations Economic Commission for Africa, Poverty and Social Policy Team, Economic and Social Policy Division.
- Gordon, D., S. Nandy, C. Pantazis, S. Pemberton and P. Townsend (2003) *Child Poverty in the Developing World*. Bristol: The Policy Press.
- Günther, I., M. Marouani and M. Raffinot (2007) 'La Croissance Pro-pauvres au Mali', Agence Française de Développement, Département de la Recherche.
- Handley, G. (2008) 'Block 6: Fiscal Space for Social Protection', Overseas Development Institute for the Study on Social Protection and Children in West and Central Africa, commissioned by the United Nations Children's Fund West and Central Africa Regional Office.

- Harper, C. (2004) *Breaking Poverty Cycles – The Importance of Action in Childhood*, Policy Briefing 8. London: Childhood Poverty Research Centre.
- Heller, P.S. (2005) *Understanding Fiscal Space*. Policy Discussion Paper PDP/05/4. Washington, DC: International Monetary Fund.
- High-Level Forum on the Health MDGs (2005a) 'Fiscal Space and Sustainability from the Perspective of the Health Sector', High-Level Forum on the Health MDGs, Paris, 14–15 November.
- Huber, G., J. Hohmann and K. Reingard (2003) *Mutual Health Insurance (MHO): Five Years' Experience in West Africa: Concerns, Controversies and Proposed Solutions*. Bonn: GTZ.
- International Monetary Fund (2006) 'Mali: 2005 Article IV Consultation', Country Report No. 06/73, March.
- International Monetary Fund (2007) 'Mali, Joint Staff Advisory Note on the Second Poverty Reduction Strategy Prepared by the Staff of the IMF and IDA', 2 October.
- International Monetary Fund (2008a) 'Mali: Sixth Review Under the Three-Year Arrangement Under the Poverty Reduction and Growth Facility and Request for Waivers of Nonobservance of Performance Criteria and Request for Extension of Commitment Period', Country Report 08/113, March.
- International Monetary Fund (2008b) 'Mali: 2008 Article IV Consultation and Request for a Three-Year Arrangement Under the Poverty Reduction and Growth Facility', Country Report 08/283, August.
- International Monetary Fund (2008c). African Economic Outlook. Washington, D.C., April.
- Jones, N. (2005) 'Triangulating Policy and Research to Promote Childhood Poverty Policy Change', in A. Minujin, E. Delamonica and M. Komarecki (eds) *Human Rights and Social Policies for Children and Women*. New York: New School University.
- Jones, N. and A. Sumner (2007) *Does Mixed Method Research Matter to Understanding Childhood Wellbeing?* Working Paper 40. Bath: Wellbeing in Developing Countries.
- Jones, N., R. Vargas and E. Villar (2008) 'Cash Transfers to Tackle Childhood Poverty and Vulnerability: An Analysis of Peru's Juntos Programme', *Environment and Urbanization* 20(1): 255–73.
- Kakwani, N., F. Veras Soares and H. Son (2005) *Conditional Cash Transfers in African Countries*, Brasilia: International Poverty Centre.
- Kaufmann, D., A. Kraay and M. Mastruzzi (2006) *Governance Matters V: Governance Indicators for 1996-2005*, Policy Research Working Paper 2259. Washington, DC: World Bank.
- Knippenberg, R., F. Nafo, R. Osseni, Y. Camara, A. El Abassi and A. Soucat (2003) 'Increasing Clients' Power to Scale up Health Services for the Poor: the Bamako Initiative in West Africa'. Background Paper to the World Development Report.
- Lawson, A., D. Booth, M. Msuya, S. Wangwe and T. Williamson, T. (2005) *Does General Budget Support Work? Evidence from Tanzania*. London: Overseas Development Institute.
- Letourmy, A. (2005) 'Le Développement des Mutuelles de Santé en Afrique de l'Ouest: Enjeux Révélés par l'Inventaire de la Concertation et Situations Concrètes du Mali et de la Guinée', Centre d'Etudes et de Recherches sur le Développement, December.
- Letourmy, A. and B.D. Diakité (2003) 'Étude pour la Mise en Place de l'Assurance Maladie Obligatoire et le Fonds d'Assistance Médical au Mali'. Bamako, Ministère du Développement Social, de la Solidarité et des Personnes Âgées, mimeo.
- Martin, P. and S. Weil (2002) 'Best Practice Options: Mali', *International Migration* 40(3): 87–99.

- Médecins sans Frontières (2008); *Améliorer l'accès aux traitements efficaces contre le paludisme au Mali; Expérience positive de réduction de la barrière financière pour les patients dans le cercle de Kangaba*; Bamako, April 2008
- Mehrotra, S. and S. Jarrett (2002) 'Improving Basic Health Service Delivery in Low-income Countries: "Voice" to the Poor', *Social Science and Medicine* 54:1685–90.
- Ministère des Finances (2008) 'Supplementary Letter of Intent to the IMF', Bamako, 27 May.
- Ministère du Développement Social de la Solidarité et des Personnes Âgées (2002) *Déclaration de Politique Nationale de Protection Sociale au Mali*, Bamako.
- Ministère du Développement Social de la Solidarité et des Personnes Âgées (2004a) *PRODESS II, Composante Développement Social, 2005-2009*, Bamako, September.
- Ministère du Développement Social de la Solidarité et des Personnes Âgées (2004b) 'La Protection Sociale au Mali', Report by the Division of Social Security, Bamako, February.
- Ministère du Budget et des Finances (2003-2011) Laws of Finances
- Ndiaye, P. (2006) 'Développement des Mutualités de Santé en Afrique: Une Analyse Comparative des Approches et de Leurs Impacts', June.
- Observatoire du Développement Humain Durable et de la Lutte Contre la Pauvreté (2008) 'Transferts de Revenus entre Ménages, Quel Impact dans la Réduction de la Pauvreté au Mali?', Provisional Report for the United Nations Children's Fund Mali, Bamako, April.
- Notten, G., and Buligescu, B. (2008) 'Policy Options to Reduce Child Poverty and Improve Access to Education and Health Care in the Republic of Congo, Cost and impact simulations' Policy Scenario I: Child Benefits for Children up to Age 14', mimeo; 7 August, 2008 [https://www.southampton.ac.uk/socsci/ghp3/course/unicefdocs/Congo\\_Brazzaville\\_childpovety.pdf](https://www.southampton.ac.uk/socsci/ghp3/course/unicefdocs/Congo_Brazzaville_childpovety.pdf).
- O'Neil, M. (2005) 'What Determines the Influence that Research has on Policy-making?', *Journal of International Development* 17(6): 761–64.
- République du Mali (2002a) 'Recommandations Visant à Renforcer le Programme Anti-corruption' Secrétariat Général de la Présidence et Bureau de la Banque Mondiale au Mali, Bamako, mimeo.
- République du Mali (2002b) *Cadre Stratégique de Lutte Contre la Pauvreté*, Bamako, 29 May.
- République du Mali (2006) *Cadre Stratégique pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté 2007-2011*, Bamako.
- République du Mali (2007) 'Tendances et Déterminants de la Pauvreté au Mali (2001–2006)', Bamako, September.
- Sadoulet, E., A. de Janvry and B. Davis (2001) 'Cash Transfer Programs with Income Multipliers: PROCAMPO in Mexico', *World Development* 29(6): 1043–56.
- Schiavo-Campo, S. and D. Tommasi (1999) *Managing Government Expenditure*. Manila: Asian Development Bank.
- Stewart, S.R. and S. Handa (2008) *Reaching OVC through Cash Transfers in Sub-Saharan Africa: Simulation Results from Alternative Targeting Schemes*, Chapel Hill: University of North Carolina.
- Syll, O. (2005)' La Décentralisation en Afrique Subsaharienne – Mali', Report for Centre de Ressources pour la Coopération Internationale et Décentralisée, October.
- United Nations Children's Fund (2006) *The State of the World's Children 2006: Excluded and Invisible*. New York: UNICEF.
- United Nations Children's Fund Mali (2006) *Evaluation de l'initiative bourse-maman dans 09 écoles de Kayes et Bamako*

- United Nations Children's Fund (2007) *The State of the World's Children 2007: Women and Children, The Double Dividend of Gender Equality*. New York: UNICEF.
- United Nations Children's Fund (2008) 'Définition de Politique Sociale en Faveur des Enfants, Etude sur la Pauvreté des Enfants et les Inégalités au Mali', Bamako.
- United Nations Children's Fund Mali (2007) 'Country Programme', Bamako.
- United Nations Children's Fund Mali, Ministère de l'Economie, de l'Industrie, et du Commerce and Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique (2008) 'Pauvreté des Enfants et Inégalités au Mali', Bamako, July.
- United Nations Development Program (2007) 'Plan d'Actions du Cadre de Coopération (CPAP) 2008–2012 entre le Gouvernement du Mali et le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD)', Bamako, December.
- Walsh, C. (2008) 'Block 4: Assessment of the Potential Role of Strengthened Health Insurance in Reducing Poverty and Vulnerability among Children in the Region' Overseas Development Institute for the Study on Social Protection and Children in West and Central Africa, commissioned by the United Nations Children's Fund West and Central Africa Regional Office.
- World Bank (2007) 'IDA and IFC Country Assistance Strategy for the Republic of Mali for the Period FY08–FY11', Washington, DC, December.
- World Bank (2008) 'Guidance for Responses from the Human Development Sectors to Rising Food Prices', Human Development Network, Washington, DC, June.
- World Bank and GTZ (2007) 'Minding the Gaps, Integrating Poverty Reduction Strategies and Budgets for Domestic Accountability', April.
- World Food Programme (2007) 'Country Programme – Mali 10583.0 (2008–2001)', Rome, October.

## Annexe 5: Evolution des indicateurs de la santé maternelle et infantile

	2001	2006		2001	2006
<i>Share of population according to assisted births (%)</i>			<i>Share of population according to prenatal checkups (%)</i>		
<b>Location</b>			<b>Location</b>		
Urban	83.7	80.0	Urban	86.9	86.9
Rural	27.8	37.6	Rural	47.1	63.8
<b>Wealth quintile</b>			<b>Wealth quintile</b>		
Poorest	22.0	35.2	Poorest	42.2	60.7
Second	27.0	36.6	Second	44.0	63.2
Middle	29.4	38.4	Middle	46.2	62.4
Fourth	45.8	54.5	Fourth	64.6	74.5
Richest	88.7	86.3	Richest	91.8	92.6
<b>Average</b>	<b>41.0</b>	<b>49.0</b>	<b>Average</b>	<b>56.8</b>	<b>70.4</b>
<i>Share of child mortality (per 1,000 live births)</i>			<i>Share of child mortality (under five, per 1,000 live births)</i>		
<b>Location</b>			<b>Location</b>		
Urban	106	83	Urban	185	158
Rural	132	122	Rural	253	234
<b>Wealth quintile</b>			<b>Wealth quintile</b>		
Poorest	137	124	Poorest	248	226
Second	125	121	Second	264	241
Middle	141	114	Middle	262	226
Fourth	129	114	Fourth	244	227
Richest	90	80	Richest	148	124
<b>Average</b>	<b>113</b>	<b>96</b>	<b>Average</b>	<b>229</b>	<b>191</b>
<i>Distribution of DT3 vaccine</i>					
<b>Location</b>					
Urban	68.4	75.8			
Rural	30.1	64.3			
<b>Sex</b>					
Male	41.2	71.0			
Female	38.0	64.0			
<b>Wealth quintile</b>					
Poorest	28.1	65.1			
Second	28.7	61.8			
Middle	28.6	67.9			
Fourth	45.7	66.6			
Richest	70.7	77.4			
<b>Average</b>	<b>39.6</b>	<b>67.6</b>			

