REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple – Un But – Une Foi

Ministère de l'Action Humanitaire,
de la Solidarité et des Personnes Âgées

Observatoire du Développement Humain
Durable et de la Lutte Contre la Pauvreté

Programme des Nations
Unies pour le Développement

Au service
des peuples
et des nations

RAPPORT NATIONAL SUR LE DEVELOPPEMENT HUMAIN DURABLE, Edition 2012

Protection Sociale et Développement Humain au Mali

Novembre 2012

ÉQUIPE D'ELABORATION DU RNDH, EDITION 2012

Supervision Générale

Dr Mamadou SIDIBE — Ministre de l'Action Humanitaire, de la Solidarité et des Personnes Âgées
Aurélien AGBENONCI — Coordonnateur Résident du Système des Nations Unies au Mali

Coordination Technique

Amadou ROUAMBA — Secrétaire Général MAHSPA
Maurice DEWULF — Directeur du Programme PNUD
Koulou FANÉ — Conseiller Technique MAHSPA
Zoumana B. FOFANA — Directeur Général ODHD
Luc Joël GRÉGOIRE — Economiste Principal du PNUD
Alassane BA — Economiste National du PNUD

Equipe ODHD/LCP

Personnel technique

Zoumana B. FOFANA — Directeur Général
Bouréma F. BALLO — Expert Statisticien
Idrissa A. TRAORÉ — Économiste planificateur
Mody SIMPARA — Statisticien
Soumaïla OULALÉ — Sociologue
Mahamadou WAGUÉ — Documentaliste
Ely DIARRA — Économiste- Informaticien
Abdoulaye dit Noël CISSOKO — Chargé de Communication

Administration et Gestion

Djougou DIALLO — Agent Comptable
Adama Mody DIAKITE — Comptable matières Adjoint
Mme NIARE Hawa KAREMBE — Assistante d'équipe

Equipe PNUD

Luc Joëlle GRÉGOIRE — Economiste Principal du PNUD, Unité économique
Alassane BA — Economiste National du PNUD, Unité économique

Comité de Pilotage

Président

Koulou FANÉ — Conseiller Technique MDSSPA

Membres

Sékouba DIARRA — CT/CSLP
Seydou Moussa TRAORE — INSTAT,
Youssouf Siaka KONE — IER
Issa SACKO — FSEG/UB
Modibo DOLO — DNPD
Oumar BOUARE — Cellule d'Analyse Prospective, Primature
EL HADJ Oumarou Malam SOULE — AFRISTAT
Mme Sy Kadiatou SOW — PADEC
Mme Sidibé Fatoumata DICKO — DNP
Sékou MAIGA — PACR
Zoumana B. FOFANA — ODHD/LCP
Dr Mariam Djibrilla MAIGA — CNSC
Ibrahima KAMPO — CESC
Luc J. GREGOIRE — PNUD
Gustave NEBIE — UNICEF
Cheickh Ahmed DIOP — Banque Mondiale
Anne BRIAND — IRD

Personnes ressources

Issa CISSOUMA — Directeur UTM
Mamadou N'DIAYE — Directeur Adjoint INPS
N'Tji DIARRA — Chef de Service Gestion de l'AMO CANAM

Mamadou KAYA	Sous-directeur Etude et Développement CMSS
Hamidou BAGAYOKO	Directeur National Adjoint DNPSES
Issiaka COULIBALY	Chef Division Lutte contre la Pauvreté DNDS

Comité de lecture

Mahamadou WAGUÉ	Documentaliste, ODHD
Bouréma F. BALLO	Expert Statisticien ODHD

Consultants

Sinsé BAGAYOGO, Macro économiste et Chef de file
Mahady M. FOFANA, Statisticien
Adama BARRY, Spécialiste en Protection Sociale

Préface

Depuis la tenue du Sommet de Copenhague en mars 1995, la protection sociale figure très souvent sur l'agenda des travaux des sommets mondiaux, régionaux et sous-régionaux.

Au Mali, la constitution de 1992, les programmes décennaux de développement, les documents du Cadre Stratégique de Lutte Contre la Pauvreté (CSLP I 2002-2006), CSLP II ou Cadre Stratégique pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté (CSCRP) 2007-2011, et CSCRP 2012-2017 ont pris en compte la protection sociale.

Les plus hautes autorités et les différents partenaires ont fait de cette préoccupation une priorité qui concourt à l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD).

Produit de la coopération entre le Gouvernement du Mali et le Programme des Nations Unies pour le Développement par le truchement de l'Observatoire du Développement Humain Durable et de la Lutte Contre la Pauvreté, ce Rapport National sur le Développement Humain reste un précieux outil d'orientation des autorités maliennes, des partenaires au développement, de la société civile, du secteur privé et des collectivités décentralisées en matière de protection sociale.

Il leur fournit une compréhension approfondie du rôle actuel et potentiel des systèmes de protection sociale dans la réduction de la pauvreté et de la vulnérabilité. Ce rapport contribue aussi à la couverture du risque chez les couches défavorisées et en situation de précarité, notamment les femmes et les enfants au Mali.

Les recommandations de cette étude invitent les différentes parties prenantes à se pencher sur les aspects législatifs et réglementaires, institutionnels et communicationnels de la protection sociale afin que le maximum de citoyens maliens puisse être couvert contre les risques sociaux.

Je saisis cette opportunité pour donner l'assurance que le gouvernement malien à travers mon département ne ménagera aucun effort pour l'application de ces recommandations afin que le Mali trouve non seulement des solutions humanitaires idoines à la double crise qu'il traverse actuellement mais aussi amorce la couverture universelle de la population pour gagner le pari du Développement Humain Durable.

Bamako, le 02 JAN 2013

Le Ministre de l'Action Humanitaire,
de la Solidarité et des Personnes Agées

DR Mamadou SIDIBE

Remerciements

Fruit de la coopération entre le Gouvernement du Mali et le Programme des Nations Unies pour le Développement, la production du huitième Rapport National sur le Développement Humain (RNDH), édition 2012, dont le thème est : « Protection Sociale et Développement Humain au Mali », me donne l'occasion de témoigner, une fois de plus, de notre engagement à soutenir le Mali à relever les défis de développement auxquels il est confronté.

Le sujet de cette édition 2012 répond non seulement aux grandes préoccupations du Mali, mais aussi à celles du Système des Nations Unies en général et du PNUD en particulier.

L'élaboration du RNDH 2012 s'est faite selon un processus largement participatif. Pour y parvenir, l'Observatoire du Développement Humain Durable et de la Lutte Contre la Pauvreté (ODHD/LCP) a bénéficié des appuis des structures techniques étatiques, des organisations de la société civile, du secteur privé et des Partenaires Techniques et Financiers du Mali. Ces structures réunies au sein du comité de pilotage ont joué, de fort belle manière, leur rôle d'orientation et de suivi de l'élaboration du Rapport National sur le Développement Humain, édition 2012. Leur suggestions et critiques ont été très constructives. Qu'ils trouvent ici l'expression de ma reconnaissance.

Qu'il me soit permis de remercier les consultants pour l'immense travail de recherche documentaire, de recueil de données administratives et d'enquête effectué pour produire ce rapport.

L'équipe de l'ODHD a joué un rôle de premier plan dans la conduite de ce travail. Elle a assuré, avec succès, la bonne conduite technique de l'élaboration de ce rapport. Je tiens à lui dire toute mon appréciation et mes encouragements pour ce rapport de qualité qui, j'ose espérer, sera utile pour le renforcement de la politique de protection sociale au Mali.

Enfin, je voudrais exprimer ma gratitude aux personnes ressources du Ministère de l'Action Humanitaire, de la Solidarité et des Personnes Agées et à tous ceux qui ont contribué, de près comme de loin, à l'élaboration de ce rapport.

Aurélien Agbenonci
Représentant Résident du PNUD/Mali

SIGLES ET ABREVIATIONS

ADS	Agence pour le Développement Social
AGR	Activités Génératrices de Revenus
AMADER	Agence Malienne pour le Développement de l'Energie Domestique et de l'Electrification Rurale
AMO	Assurance Maladie Obligatoire
ANAM	Agence Nationale d'Assistance Médicale
ANPE	Agence Nationale pour la Promotion de l'Emploi
APEJ	Agence pour la Promotion de l'Emploi des Jeunes
ARV	Anti Retro Viraux
ASACO	Association de Santé Communautaire
ATMP	Accident du Travail et Maladies Professionnelles
BHM	Banque de l'Habitat du Mali
BIT	Bureau International du Travail
BM	Banque Mondiale
BOA-Mali	Banque Of Africa Mali
CAD	Comité d'Aide au Développement
CAMASC	Centre d'Appui aux Associations, Mutuelles et Sociétés Coopératives
CANAM	Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CAREF	Centre d'Appui à la Recherche et à la Formation
CDI	Coûts des Dommages et Inefficiences
CDMT	Cadre de Dépenses à Moyen Terme
CED	Centre d'Education pour le Développement
CFEPCEF	Certificat de Fin d'Etudes du Premier Cycle de l'Enseignement Fondamental
CGS	Comité de Gestion Scolaire
CID	Convention Internationale de lutte contre la Désertification
CIPD	Conférence Internationale sur la Population et le Développement
CIT	Commerce Informel Transfrontalier
CM	Chef de Ménage
CMDID	Centre Malien pour le Dialogue Inter-parti et la Démocratie
CMSS	Caisse Malienne de Sécurité Sociale
CNPM	Conseil National du Patronat du Mali
CR	Coûts de Remédiation
CRM	Caisse des Retraites du Mali
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
CSPRO	Census and Survey Processing System
CSREF	Centre de Santé de Référence
CSTM	Confédération Syndicale des Travailleurs du Mali
DAES/NU	Département des Affaires Economiques et Sociales des Nations Unies
DHD	Développement Humain Durable
ECOBANK	Réseau bancaire africain, filiale d'Ecobank Transnational Incorporated

EDS	Enquête Démographique et de Santé
ELIM	Enquête Légère Intégrée auprès des Ménages
EPA	Etablissement Public à caractère Administratif
FENASCOM	Fédération Nationale des Centres de Santé Communautaire
FENU	Fonds d'Equipement des Nations Unies
FGHM	Fonds de Garantie Hypothécaire du Mali
FMI	Fonds Monétaire International
FSN	Fonds de Solidarité Nationale
GIE	Groupement d'Intérêt Economique
GPP	Garantie Partielle de Portefeuille
HIMO	Haute Intensité de la Main d'œuvre
ICF	Indice de la Condition de la Femme
IDA	International Development Association
IDH	Indice de Développement Humain
IDISA	Indice de Développement et des Inégalités entre les Sexes en Afrique
IEC	Information Education Communication
IFA BACO	Société immobilière
INPS	Institut National de Prévoyance Sociale
INSTAT	Institut National de la Statistique
IPF	Indice de Participation des Femmes
IPH	Indice de Pauvreté Humaine
IPM	Indice de Pauvreté Multidimensionnelle
ISDH	Indicateur Sexospécifique du Développement Humain
MAHSPA	Ministère de l'Action Humanitaire, de la Solidarité et des Personnes Âgées
MDSSPA	Ministère du Développement Social, de la Solidarité et des Personnes Âgées
METRO IKRAM	Société immobilière
MICS	Enquête en Grappe à Indicateurs Multiples et de Dépenses des Ménages
MIDISIS	Bureau d'Etudes MIDISIS
MPFEF	Ministère de la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille
OCB	Organisation Communautaire de Base
OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Economique
ODHD	Observatoire du Développement Humain Durable
OI	Organisation Internationale
OIT	Organisation Internationale du Travail
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMH	Office Malien de l'Habitat
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONU	Organisation des Nations Unies
OSC	Organisation de la Société Civile
OSP	Organisation Socioprofessionnelle de base
PAC	Projet d'Appui à la Croissance
PACR	Projet d'Appui aux Communautés Rurales
PAIPP	Programme d'Actions Prioritaires en matière de Population
PAM	Programme Alimentaire Mondial
PBSG	Planification et Budgétisation Sensibles au Genre

PCASER	Projet de Candidature Spontanée d'Electrification Rurale
PCDA	Programme Compétitivité et Diversification Agricole
PDDSS	Programme Décennal de Développement Sanitaire et Social
PDSEC	Plan de Développement Economique, Social et Culturel
PEDASB	Projet Energie Domestique et Accès aux Services de Base
PEJ	Programme Emploi-Jeune
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PIB	Produit Intérieur Brut
PIPP	Programme d'Investissement Prioritaire en matière de Population
PME	Petite et Moyenne Entreprise
PNAE	Plan National d'Action Environnementale
PNE	Politique Nationale de l'Emploi
PNESS	Politique Nationale de l'Economie Solidaire et Sociale
PNG	Politique Nationale Genre
PNP	Politique Nationale de Population
PNPS	Politique Nationale de Protection Sociale
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PNUE	Programme des Nations Unies pour l'Environnement
PNS	Politique Nationale de Solidarité
PRODEC	Programme Décennal de Développement de l'Education
PRODEJ	Programme Décennal de la Justice
PRODESS	Programme de Développement Sanitaire et Social
PS	Protection Sociale
PTF	Partenaire Technique et Financier
PVM	Projet Village du Millénaire
RAMED	Régime d'Assistance Médicale
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
RMDH	Rapport Mondial sur le Développement Humain
RNB	Revenu National Brut
SAFIC	Système d'Analyse Financière et Institutionnelle des Collectivités
SBA	Sustainable Business Associates
SDU	Stratégie de Développement Urbain
SEMA SA	Société d'Equipement du Mali SA
SIAO	Salon International de l'Artisanat de Ouagadougou
SIDA	Syndrome Immunodéficience Acquise
SMIG	Salaire Minimum Interprofessionnel Garanti
SNU	Système des Nations Unies
SPSS	Statistical Package for the Social Science
TBPFA	Tableau de Bord de la Promotion de la Femme en Afrique
TDR	Termes De Référence
UNICEF	Fond des Nations Unies pour l'Enfance
UNTM	Union Syndicale des Travailleurs du Mali
USAID	United States Agency for International Development
VIH	Virus Immunodéficience Humaine

TABLE DES MATIERES

Remerciements _____ *Erreur ! Signet non défini.*
SIGLES ET ABREVIATIONS _____ *5*
LISTE DES TABLEAUX _____ *11*
LISTE DES GRAPHIQUES _____ *13*
RESUME _____ *14*
INTRODUCTION _____ *18*
A. Contexte _____ 18
A.1. Problématique _____ 19
A.2 Les objectifs de l'étude _____ 20
A.3 Les résultats attendus _____ 21
B. Méthodologie _____ 21
B.1. Elaboration d'une note de compréhension des Termes de Référence _____ 21
B2. Recherche documentaire _____ 22
B.3. Elaboration des outils et de la méthodologie de collecte _____ 22
B.4. Réalisation de l'enquête sur le terrain _____ 24
B.5. Traitement des données, analyse et rédaction du rapport _____ 25
CHAPITRE I - ETAT DU DEVELOPPEMENT HUMAIN AU MALI _____ *26*
1.1 Contexte de développement du Mali _____ 26
1.1.1 Situation économique _____ 26
1.1.2 Situation démographique _____ 27
1.1.3 Accès aux services sociaux de base _____ 28
1.2 Relation fonctionnelle entre protection sociale et développement humain _____ 31
1.2.1 Notions de protection sociale et de développement humain _____ 31
1.2.2 Indicateurs de Développement Humain _____ 32
1.2.3 Indice de Développement Humain (IDH) _____ 33
1.2.4 Lien entre les composantes de l'IDH et la protection sociale _____ 34
1.2.5 Développement Humain et Inégalités _____ 35
1.2.6 Indice de Pauvreté Multidimensionnelle _____ 35
CHAPITRE II - ETAT DES LIEUX DE LA PROTECTION SOCIALE AU MALI : EVOLUTION DE LA POLITIQUE DE DEVELOPPEMENT SOCIAL _____ *37*
2.1 Législation et règlementation nationales, traités et conventions internationaux _____ 40
2.1.1 Législation et règlementation nationales en matière de protection sociale _____ 41
2.1.2 Traités et conventions internationaux _____ 42
2.2 Les formes de protection sociale au Mali _____ 45
2.2.1 Régimes de sécurité sociale : Ils sont de deux ordres : _____ 45
2.2.2 Aide sociale _____ 54
2.2.3 Action sociale _____ 54
2.2.4 Mutualité _____ 55
2.2.5. Assurances privées _____ 57
2.2.6. Les formes de protection sociale selon les structures enquêtées _____ 59
2.3 Politiques et stratégies de protection sociale au Mali _____ 65
2.3.1 Cadre Stratégique de Lutte Contre la Pauvreté _____ 65
2.3.2 Politique Nationale de Solidarité _____ 68
2.3.3 La déclaration de politique nationale de protection sociale _____ 69
2.4. Financement de la protection sociale au Mali _____ 78
2.4.1. Financement public _____ 80
2.4.2. Source de financement para public _____ 88
2.4.3. Financement privé _____ 90
CHAPITRE III COMMENT LA PROTECTION SOCIALE PEUT AMELIORER LE DEVELOPPEMENT HUMAIN _____ *92*
3.1 Contexte _____ 92
3.1.1 Approches en matière de protection sociale. _____ 92

3.1.2 Protection sociale et développement humain 93
3.2 Protection Sociale et pauvreté monétaire au Mali 95
3.3 Protection Sociale et accès aux services sociaux de base au Mali 97
3.4 Protection Sociale et inégalités au Mali 103
3.5 Protection Sociale et croissance économique au Mali 106
3.6 Protection sociale et croissance démographique au Mali 111
3.7 Protection Sociale et Emploi au Mali 113
3.8 Protection Sociale et Environnement au Mali 115
3.9 Protection Sociale et points de vue des bénéficiaires sur les prestations reçues à travers l'enquête ad hoc menée en 2011 119
CHAPITRE IV - DEFIS ET PERSPECTIVES DE LA PROTECTION SOCIALE ***124***
4.1. L'extension de la protection sociale aux personnes les plus vulnérables (transferts sociaux) 124
4.2. La consolidation des mécanismes formels de protection sociale 126
4.3. Défis du financement de la protection sociale 127
4.4. La gestion de la protection sociale : mécanismes institutionnels 137
4.5. Les nouveaux défis de la protection sociale : La situation sécuritaire au nord du Mali 138
4.5.1. La situation des personnes déplacées et réfugiées 138
4.5.2. Les conséquences économiques, sociales et humanitaires 139
CHAPITRE V CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS ***141***
5.1. Conclusions de l'étude 141
5.2. Recommandations stratégiques 144
Bibliographie ***147***

LISTE DES TABLEAUX

Tableau N°1 : Répartition des questionnaires remplis par les structures selon la région et le type de protection sociale 23

Tableau N°2 : Répartition des bénéficiaires par région selon le type de prestation reçue et le sexe 24

Tableau N°3 : Calcul des indices dimensionnels et de l'IDH en 2011 34

Tableau N°4 : Répartition des Bénéficiaires par région selon le Type de Prestation reçue et le Sexe 39

Tableau N°5 : Répartition des Bénéficiaires selon la branche d'activité et le Sexe 40

Tableau N°6 : Evolution des dépenses de l'INPS par branche d'activités 47

Tableau N°7 : Evolution des Dépenses de la CMSS par nature de prestations 49

Tableau N°8 : Situation des personnes ayant désisté 51

Tableau N°9 : Situation des appuis en matière d'aide et action sociale de 2008 à 2010 54

Tableau N°10 : Situation des mutuelles agréées par région en 2011 56

Tableau N°11 : Formes que la protection sociale doit revêtir, selon les Structure 60

Tableau N°12 : Situation dans laquelle on devrait bénéficier des formes de protection sociale, selon les Structures 60

Tableau N°13 : Les indicateurs sociaux en progrès 67

Tableau N°14 : financement du plan par axe d'intervention 72

Tableau N°15 : Principales difficultés rencontrées dans la mise en œuvre des politiques, stratégies, programmes/projets en cours selon le type de structure. 77

Tableau N°16 : Evolution du financement de la PS par source et en pourcentage du PIB (chiffres en milliers de francs CFA) 79

Tableau N°17 : Nomenclature budgétaire 81

Tableau N°18 : Taux de progression de Budget de l'Etat et du Secteur Développement Social et Santé de 2004 à 2009 (en millier de FCFA) 82

Tableau N°19 : Situation d'exécution des dépenses du secteur Santé et Développement Social pour la période 2004 à 2009 en millions FCFA 83

Tableau N°20 : Répartition des inscriptions budgétaires par Ministère, région et organisme (en millier de FCFA) 84

Tableau N°21 : Part relative de la Protection Sociale dans le budget de l'Etat sur la période 2004 à 2009 85

Tableau N°22 : Evolution des ressources et des emplois de la CMSS (en million de FCFA) 86

Tableau N°23 : Inscriptions budgétaires au titre des années 2010 à 2012 87

Tableau N°24: Evolution des emplois et ressources de l'INPS en millions de FCFA..... 89

Tableau N°25: Evolution des primes collectées par les assurances (en millions de FCFA) 90

Tableau N°26: Types d'aide sollicités par les ménages en cas de situations difficiles (%) 95

Tableau N°27: Structure des revenus selon les différentes caractéristiques du chef de ménage 96

Tableau N°28: Situation comparée de l'état de pauvreté des ménages selon que le revenu soit avec ou sans transferts (en %) 97

Tableau N°29: Situation des réalisations du programme logements sociaux en 2009..... 103

Tableau N°30: Etat des réalisations du PACR en 2010 108

Tableau N°31: Quelques résultats et performances des composantes du PCDA au cours de la 1ère phase. 110

Tableau N°32: Quelques résultats du PIPP 2004-2008..... 111

Tableau N°33: Réalisations physiques de l'APEJ..... 114

Tableau N°34: Bénéfices/coûts des dommages..... 115

Tableau N°35: Comparaisons milieux urbain et rural des CDI, CR et Ratios coûts..... 116

Tableau N°36: Satisfaction des bénéficiaires par rapport aux prestations reçues 119

Tableau N°37: Satisfaction des bénéficiaires par rapport aux prestations reçues (suite)..... 120

Tableau N°38: Solutions proposées par les bénéficiaires par rapport aux difficultés rencontrées..... 122

Tableau N°39: Impact des prestations reçues sur les bénéficiaires..... 123

Tableau N°40: Statistiques sur envois de fonds des travailleurs (en millions de F CFA)..... 126

Tableau N°41: Evolution des recouvrements de recettes 2010 et 2011, et prévisions 2012 128

Tableau N°42: Cadre Budgétaire à Moyen Terme (CBMT) 2012 - 2014 ratios globaux par axe et par secteur activité en pourcentage..... 129

Tableau N°43: Défis actuels des Structures dans le domaine de la protection sociale..... 131

Tableau N°44: attentes des bénéficiaires par sexe 135

Tableau N°45: Attente des Bénéficiaires en termes d'amélioration des prestations reçues selon le Type de Prestation..... 136

Tableau N°46: Acteurs finançant la protection sociale..... 137

Tableau N°47 : Situation des personnes déplacées..... 138

Tableau N°48: Répartition par académie des élèves déplacés suite au conflit au Nord du Mali 139

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique N°1: Répartition des structures enquêtées par région administrative (en %) 23

Graphique N°2: Evolution du taux de croissance du PIB à prix constant de 2001 à 2010..... 26

Graphique N°3: Evolution (en %) des dépenses de l'INPS par branche d'activités de 2009 à 2010 47

Graphique N°4: Evolution du nombre de mutuelles par type 56

Graphique N°5: Couverture de toutes les mutuelles 57

Graphique N°6: Evolution du financement de la PS (en % du PIB) de 2004 à 2009..... 80

Graphique N°7: Pourcentage des répondants ayant cité différents résultats positifs de la politique de la gratuité de la césarienne 100

Graphique N°8: Pourcentage des répondants du questionnaire individuel ayant déclaré différentes difficultés/insuffisances de la politique de la gratuité de la césarienne. 101

Graphique N°9: Nombre d'AGR créés selon l'activité 101

Graphique N°10: Evolution de la production de certaines activités avant et après le projet..... 102

Graphique N°11: Répartition des financements entre les domaines d'intervention..... 104

Graphique N°12: Financement par tête d'habitant par région entre 1998 et 2002 105

Graphique N°13: Part relative de chaque activité dans le revenu supplémentaire généré (en %)..... 107

Graphique N°14: Activités entreprises grâce aux prestations reçues 123

Graphique N°15 : Défis futurs des Structures dans le domaine de la protection sociale 132

Graphique N°16 : Perspectives des structures en matière de réglementation dans le domaine de la protection sociale..... 132

Graphique N°17 : Perspectives des structures en matière de politiques et de stratégies dans le domaine de la protection sociale..... 133

RESUME

La protection sociale est perçue comme une composante clef dans les stratégies de réduction de la pauvreté. Elle contribue aussi à briser le cycle intergénérationnel de la pauvreté par le développement du capital humain. Sa pérennisation et son extension sont donc une préoccupation majeure de tous les acteurs.

La présente étude est initiée afin de contribuer à une meilleure orientation des politiques de développement du Mali en vue d'améliorer les conditions de vie des populations et réduire leur vulnérabilité face aux risques sociaux.

La méthodologie adoptée est celle prévue par les TDR de l'étude, affinée dans la note technique, élaborée par les consultants et approuvée par le Comité de pilotage.

Par rapport à l'état du développement humain au Mali.

L'économie malienne reste toujours soumise aux chocs exogènes du fait de sa vocation agropastorale. La pauvreté monétaire qui reste rurale a connu une baisse significative entre 2001 et 2010 (de 55,6% à 43,6%) selon MICS/ELIM 2010. La croissance de l'économie malienne est très volatile. Elle a toutefois connu une évolution relativement stable au cours des cinq dernières années (de 5,3% en 2006 à 5,8% en 2010).

Le Mali compte **1**4 528 662 habitants (RGPH 2009)[1], contre 9 810 911 habitants (RGPH 1998) dont 50,4% de femmes contre 49,6% d'hommes. Le taux d'accroissement annuel moyen est de 3,6%. Cette population, majoritairement jeune, est inégalement répartie sur le territoire national et reste essentiellement rurale. L'indice synthétique de fécondité (ISF) est en baisse avec 6,6 enfants par femme en 2009 contre 6,8 en 1998.

Le Taux Brut de Scolarisation s'est amélioré dans l'ensemble du pays entre 2009-2010 et 2010-2011 (79,5% et 80,4%).

Dans le domaine de la santé, d'importants progrès sont enregistrés. Le nombre de CSCOM fonctionnels a atteint 1032 en 2010. En ce qui concerne la lutte contre le VIH et le SIDA, une baisse substantielle de 0,4 point de pourcentage (1,7% à 1,3%) a été observée entre 2001 et 2006.

S'agissant de la nutrition, la malnutrition chronique a enregistré une augmentation importante entre 1987 et 2001 pour se stabiliser en 2006. Globalement 27% des enfants âgés de 6 à 8 mois reçoivent des aliments solides, semi-solides ou mous. Environ un enfant sur trois âgés de 6 à 23 mois reçoit le nombre minimum d'aliments recommandés.

En matière d'habitat, ce sont 1027 logements sociaux qui ont été réalisés en 2008 contre 1087 en 2007 et 880 en 2006.

Concernant l'énergie, le bois reste la principale source d'énergie pour la cuisson. Le taux d'accès à l'électricité est passé de 9,2% en 2001 à 20,1% en 2006 et 23,6% en 2010.
Pour l'accès à l'eau potable, la proportion de source d'eau de boisson améliorée à domicile selon les résultats de MICS/ELIM 2010 est de 18% contre 10% pour les sources non améliorées.

En ce qui concerne l'assainissement et les télécommunications, beaucoup d'efforts ont été

[1] INSTAT (2011)

consentis. Pour l'environnement, l'accroissement démographique a entraîné une forte pression sur les ressources naturelles. Le changement climatique reste une des principales causes de dégradation de l'environnement.

En matière d'emploi, on enregistre un recul entre 2010 et 2009 (23828 en 2010 contre 33623 en 2009). Le chômage touche plus les femmes que les hommes. Au niveau national, le taux de chômage des femmes est resté stable autour de 11% tandis qu'il baisse de 8,2% à 6,2% chez les hommes sur la période 2007-2010.

Il existe plusieurs définitions de la Protection Sociale. Au Mali, le gouvernement l'a définie comme « l'ensemble des mesures à travers lesquelles la société se propose de protéger les citoyens contre des risques sociaux ».

Différents indices ont été conçus en vue de pouvoir cerner les multiples aspects du Développement Humain.

L'IDH constitue, pour un pays, une mesure synthétique du développement. Au niveau mondial, il s'est établi en 2011 à 0,359 contre 0,406 selon le calcul fait à partir des données au niveau national.

La Protection Sociale vise les dispositions législatives et certaines faveurs tant pour les pauvres que pour les catégories vulnérables. Ainsi, la Protection Sociale devient un outil entre les mains des autorités pour relever le défi du Développement Humain sur l'ensemble du territoire par le renforcement du capital humain.

Pour l'état des lieux de la protection au Mali

L'organisation socio traditionnelle du Mali est caractérisée par la Solidarité. Malheureusement de nos jours, nous assistons à un effritement progressif de ces valeurs de solidarité familiale et communautaire.
Des dispositifs législatifs et réglementaires sont en vigueur aussi bien en matière de sécurité sociale, d'aide et d'action sociales, d'économie solidaire que de banque et d'assurance dont certains sont tombés en désuétude.

Au titre des instruments juridiques internationaux, le Mali a ratifié plusieurs textes. Cependant l'application des conventions ratifiées est sujette à des difficultés de plusieurs ordres notamment la faible capacité organisationnelle des acteurs en charge du suivi de ces conventions, le faible niveau d'indépendance en termes de moyens de ces organisations par rapport aux pouvoirs publics et les pesanteurs socioculturelles.

Les structures enquêtées (pour lesquelles il existe une divergence de compréhension des formes de protection sociale), mettent l'accent sur la sécurité sociale, l'aide sociale, l'action sociale comme forme de protection sociale même si elles énumèrent d'autres formes de protection sociale. S'agissant de la situation d'accès aux différentes formes de protection sociales, les structures enquêtées soutiennent en majorité la maladie.

Plusieurs politiques et stratégies de protection sociale ont été adoptées au Mali (CSCRP, PNS, PNPS, PNESS). En plus certains programmes et projets découlant d'autres politiques ont des volets de protection sociale (APEJ, PRODESS, PRODEC, PRODEJ, etc.). La protection sociale demeure un des moyens efficaces d'une redistribution juste et équitable des fruits de la croissance ciblant particulièrement les personnes les plus défavorisées.

Selon certains théoriciens, le financement de la protection sociale pose deux défis majeurs : (i) la perception des gouvernants sur la pertinence de sa contribution à la croissance et (ii) la rareté des ressources face aux priorités multiples auxquelles les gouvernements sont confrontés.

Au Mali, le financement du système de Protection Sociale est assuré par l'Etat, les collectivités locales, les bénéficiaires, les autres personnes physiques et morales et les partenaires au développement.

Il ressort des études actuarielles réalisées en 2005 et 2006 au niveau de la CRM et de l'INPS que si rien n'est fait, le déficit de la branche vieillesse de chacune des Caisses va atteindre des proportions quasi insupportables. Pour la majorité des structures enquêtées la faiblesse de la mobilisation des ressources financières est une des difficultés majeures.

La communication est essentielle pour l'ensemble des structures enquêtées. Un nombre important de structures étatiques, d'ONG et Organisations Internationales exécutent des programmes de Protection Sociale notamment les transferts sociaux en l'absence d'un mécanisme de coordination effective. Le Conseil d'Orientation Stratégique de la Protection Sociale (COS-PS) devrait jouer ce rôle.

En ce qui concerne le lien entre la protection sociale et le développement humain

Cette partie de l'étude tente d'une part d'expliquer, à travers la littérature existante en la matière comment la Protection Sociale peut améliorer le développement humain, d'autre part, de prouver à partir de cas concrets au Mali, comment s'opère cette transformation. Le facteur limitant a été l'insuffisance de documents d'évaluation d'impact.
Pour établir le lien, divers programmes ont été examinés entre autres : Protection Sociale et pauvreté monétaire, Protection Sociale et accès aux services sociaux de base, Protection Sociale et Emploi (PEJ) Protection Sociale et Environnement au Mali (PNAE).

S'agissant des défis et perspectives de la protection sociale

Plusieurs défis ont été identifiés, entre autres le ciblage (géographique et communautaire), la couverture (universelle), la pérennité, la communication etc.
Selon les structures, les défis sont en priorité (i) l'amélioration des services sociaux de base ; (ii) la planification, le suivi et évaluation ; (iii) le renforcement des acquis par des appuis aux organes ; (iv) la mise en œuvre de politique/stratégie.

Pour les bénéficiaires, l'attente majeure est l'augmentation du montant des prestations, l'amélioration des conditions de vie/adoptions des stratégies de réduction de la pauvreté, la facilitation d'accès aux prestations et à l'amélioration de l'organisation.

Pour les nouveaux défis de la protection sociale

Ils se caractérisent essentiellement par la situation sécuritaire au nord du Mali. Entre 370 000 et 400 000 personnes, (en majorité des femmes et des enfants) ont été déplacées et réfugiées. Elles sont prises en charge par des familles d'accueil qui pourraient voir leur niveau de vie baisser significativement si les déplacés restent plusieurs mois.

L'Etat, les partenaires au développement, les personnes ressources et les organisations caritatives viennent en aide aux déplacés et aux réfugiés. Il importe donc pour un souci d'efficacité et

d'efficience de procéder à une meilleure organisation du circuit de collecte et de distribution des aides.
La situation sécuritaire au Nord du Mali est l'un des principaux facteurs qui a largement contribué à la détérioration des mécanismes de protection sociale existants par les nombreuses pertes d'emplois (formels et informels).
Afin d'atténuer la gravité de la situation pour les plus vulnérables, le Gouvernement du Mali a prolongé les exonérations sur les importations des produits de première nécessité et des intrants.
En plus de ces aspects économiques, l'accès aux services sociaux de base en particulier l'accès aux soins de santé et à l'éducation et le respect des droits humains restent une préoccupation de taille pour les populations du Nord.

Pour les conclusions

- malgré une croissance économique constante, le niveau de pauvreté reste élevé et la capacité des plus pauvres à se prendre en charge laisse encore beaucoup à désirer ;
- le taux élevé de croissance démographique (3,6 %) et de fécondité (6,6 enfants par femme) impliquent des besoins vitaux croissants à satisfaire ;
- au niveau international, des initiatives pertinentes ont été développées. La Banque Mondiale, le BIT et l'UNICEF sont en pointe et travaillent étroitement avec le Gouvernement pour la promotion de la Protection Sociale ;
- les acteurs au Mali n'ont pas toujours une compréhension précise et identique des différentes formes de protection sociale au Mali ;
- certains dispositifs sont tombés en désuétude (le décret 44 portant sur le secours) ;
- les études actuarielles réalisées au niveau de la CRM et de l'INPS ont montré la nécessité de procéder à la mise en œuvre des réformes conformément aux recommandations des deux études.

Pour les recommandations

Au plan législatif et réglementaire

- élaborer et faire adopter une loi organique portant loi d'orientation en matière de protection sociale afin de garantir une inscription budgétaire régulière et suffisante pour ce secteur ;
- procéder à la relecture du décret N° 44 portant sur le secours et à l'élaboration des textes complémentaires.

Au plan institutionnel

- ériger la division chargée des Assurances en une Direction Générale ;
- créer un organe de suivi technique et de coordination intersectorielle et décentralisée afin d'assurer la synergie dans la mise en œuvre des programmes de protection sociale.

Au plan du financement

- élaborer une annexe budgétaire comprenant une évolution des inscriptions budgétaires sur les cinq dernières années afin de permettre à l'Assemblée Nationale de visualiser les crédits effectivement alloués à la protection sociale ;
- procéder à la mise en œuvre des reformes de la CMSS et de l'INPS, conformément aux recommandations des deux études actuarielles déjà disponibles.

Au plan de la communication

- poursuivre et intensifier la communication sur l'AMO et le RAMED par des voies appropriées ;
- informer et sensibiliser les populations sur la gestion durable des ressources naturelles et l'amélioration du cadre de vie.

INTRODUCTION

A. Contexte

Le paradigme du développement humain, tel qu'introduit par le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) dans le premier Rapport Mondial sur le Développement Humain en 1990, développé par la suite dans les rapports mondiaux annuels et de plusieurs Conférences mondiales, repose sur :

- l'homme comme base et finalité du développement ;
- l'amélioration de la qualité de vie et du bien-être de tous et ;
- l'élargissement des possibilités et des capacités humaines.

Le développement humain est pro-pauvres, pro-femmes, pro-emplois et pro-environnement. C'est ainsi qu'au cours de la dernière décennie, la composition des stratégies de réduction de la pauvreté dans les pays en développement a évolué. La **croissance économique**, le **développement du capital humain** et la **protection sociale** sont de plus en plus perçus comme les trois éléments clés des stratégies du développement national qui accroissent les niveaux de bien être, augmentent la productivité économique et renforcent la cohésion sociale.

Il y a deux grandes manières de concevoir la réduction de la pauvreté :

- soit on cherche à favoriser une croissance économique globale plus élevée,
- soit on met en application des politiques économiques qui ciblent spécifiquement l'amélioration du niveau de vie des pauvres.

Les deux approches sont nécessaires et complémentaires dans le cas des pays pauvres, mais doivent être articulées de façon évidente.

Au-delà de l'aspect macroéconomique, il est important de mettre l'accent sur la dimension sociale du développement et d'identifier les secteurs ayant un potentiel de croissance élevée. C'est en ce sens que l'accent est de plus en plus mis sur la protection sociale car la pauvreté n'est pas que économique, elle est aussi sociale.

Ainsi, la protection sociale est perçue au Mali comme l'ensemble des mesures par lesquelles la société entend protéger les citoyens contre les risques sociaux. Elle englobe la sécurité sociale, l'aide sociale et l'action sociale[2].

Aujourd'hui, même si les différentes crises représentent des menaces pour les systèmes de protection sociale partout dans le monde, les pays francophones d'Afrique, qui ont presque tous célébré le cinquantenaire de leur accession à l'indépendance, reconnaissent le rôle important des systèmes de protection sociale dans la réduction de la pauvreté et leur contribution au développement social et économique.

Au Mali comme dans la plupart des pays africains, le social occupe une place très importante dans les habitudes courantes. En effet, la famille constitue une sorte de garantie sociale qui transmet à chacun un certain nombre de règles, notamment l'entraide et la solidarité. Pour cette dernière, l'Etat en a fait une priorité de développement par l'élaboration, la mise en œuvre des politiques nationales de solidarité, de protection sociale et de lutte contre l'exclusion sociale. A cela s'ajoute l'institutionnalisation du mois d'octobre comme, **mois de la solidarité et de la lutte contre l'exclusion**.

[2] Ministère du Développement Social, de la Solidarité et des Personnes Agées (MDSSPA), Déclaration de politique nationale de protection sociale au Mali, Bamako, 2002.

Aussi, imaginer un pays comme le Mali sans protection sociale pourrait relever d'une hypothèse d'école si l'on tient compte du fait que 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 ont tendance à s'effriter pour faire place à l'individualisme.
L'analyse peut donc avoir son importance surtout si l'on sait que la Politique Nationale de Protection Sociale du Mali repose essentiellement sur :

- ✓ un système étatique de sécurité sociale qui fonctionne relativement bien, mais qui concerne les salariés et leurs familles, ne représentant environ que 10 à 20% de la population (Source : Rapport de la Banque Mondiale 2009) ;
- ✓ un système non étatique (3,5% pour les mutuelles)[3].

La Déclaration de politique nationale de protection sociale adoptée par le Gouvernement en 2002 en témoigne.

Cette politique est en adéquation avec les orientations consensuelles proposées par la vision de l'Etude Nationale Prospective (ENP) Mali 2025 et se fonde sur les engagements internationaux auxquels le Mali a souscrit en matière de protection sociale, notamment la Convention sur l'Elimination de toutes les formes de Discrimination à l'Egard des Femmes, la Convention relative aux Droits de l'Enfant et les Résolutions du Sommet de Copenhague sur le Développement Social tenu en 1995.

L'application de cette politique se traduit par la mise en place d'un véritable système de protection sociale pour les fonctionnaires civils et militaires, les travailleurs du secteur privé, les parlementaires, les professions libérales, le secteur informel, le secteur agricole, les indigents et autres personnes en situation difficile à travers les mécanismes que sont principalement : l'Assurance Maladie Obligatoire, le Régime d'Assistance Médicale, la mutualité et autres régimes de sécurité sociale, ainsi que l'aide et l'action sociales.

Le renforcement institutionnel et juridique ainsi que les innovations liées aux filets sociaux, proposées dans le cadre des recommandations du forum national sur la pauvreté des enfants et la protection sociale au Mali, tenu en mai 2009, seront également couverts.

A.1. Problématique

Le Cadre Stratégique pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté (CSCRP), document fédérateur et cadre unique de référence des politiques et stratégies de réduction de la pauvreté (y compris la contribution des partenaires techniques et financiers : Déclaration de Paris) ainsi que les grands programmes comme le Programme de Développement Sanitaire Social (PRODESS), le Programme Décennal de la Justice (PRODEJ) et le Programme Décennal de Développement de l'Education et la Culture (PRODEC) intègrent parfaitement le concept Développement Humain Durable (DHD) qui est fondé sur le principe que chaque être humain doit bénéficier d'une protection sociale lui permettant d'accroître ses capacités et d'élargir ses choix. Le but ultime de cette approche globale est l'amélioration des conditions d'existence des femmes et des hommes à travers la production et une redistribution équitable des fruits de la croissance tout en préservant l'avenir des générations futures.

Le mode et la façon dont s'exerce la gouvernance déterminent les résultats de toute action de développement. Dans ce cadre, le Mali a engagé des réformes dans les domaines de

[3] Il n'existe pas de données sur le taux de couverture du secteur informel

l'administration publique, la justice, l'emploi, la protection de l'environnement, la promotion du genre, du secteur privé et de la société civile.

La décentralisation offre d'importantes potentialités en termes de promotion du DHD à travers une bonne gouvernance fondée sur la démocratie locale et une participation des populations à leur propre devenir, la lutte contre la pauvreté, et par conséquent la satisfaction des besoins essentiels des citoyens.

Dans les processus de formulation des stratégies de réduction de la pauvreté, nous aborderons dans le diagnostic certaines questions clé qui permettront de comprendre les liens entre la vulnérabilité, l'exclusion sociale et la pauvreté. Il s'agit de savoir entre autres :

- Quels sont les facteurs de vulnérabilité les plus importants ?
- Quels sont les groupes qui souffrent le plus de l'impact des chocs ?
- Quels sont les groupes particulièrement vulnérables. ? Qu'est-ce qui les rend vulnérables? (facteurs économiques, sociaux, institutionnels, structurels,…)
- Quelle est la localisation des pauvres et des exclus ?
- Quelles sont les stratégies des populations pour atténuer les impacts des chocs ?
- Quels sont les cas où les communautés / familles ne peuvent assister les personnes : incapacité grave de travailler suite à un handicap, personnes âgées, jeunes orphelins, décès ou maladie grave du principal soutien de la famille, catastrophes à l'échelle de la communauté (mauvaises récoltes, inondations, sécheresses, incendies, épidémies…) ;
- Quelle perception les populations ont – elles du concept de la protection sociale ?
- Quelles sont les insuffisances des politiques et systèmes mis en place qui peuvent empêcher d'atteindre les pauvres ?

Le principal défi sera de traduire les résultats du diagnostic en stratégies (trans-sectorielles) pour réduire la vulnérabilité et le risque, augmenter la résistance, renforcer les capacités des ménages et des communautés de faire face aux facteurs de basculement dans la pauvreté et atténuer les impacts des chocs.

Cette question est difficile ; en effet réduire la vulnérabilité est plus complexe que réduire la pauvreté monétaire car la vulnérabilité évolue dans le temps, elle varie selon le contexte géographique, elle est multisectorielle et donc a une dimension systémique.

En tout état de cause, le pauvre doit être perçu non comme un simple bénéficiaire d'action, mais comme moteur du changement, véritable agent investisseur et entrepreneur actif.

A.2 Les objectifs de l'étude

La finalité de cette étude est de fournir au Gouvernement malien, aux PTF, à la société civile, au secteur privé et aux collectivités territoriales, une compréhension approfondie du rôle actuel et potentiel des systèmes de protection sociale dans la réduction de la pauvreté, de la vulnérabilité et la couverture du risque chez les couches défavorisées et en situation de précarité, notamment la femme et l'enfant au Mali.

Cet objectif global se décline en cinq (5) objectifs spécifiques définis par les TDR à savoir :

- faire un état des lieux des différentes mesures et politiques de protection sociale au Mali, à la fois aux niveaux formel et informel, voire agricole ;
- faire un état des lieux du développement humain et de ses différentes composantes ;
- analyser les déterminants de la protection sociale et leurs impacts/effets sur le développement humain, la croissance économique et la réduction de la pauvreté ;

- savoir dans quelle mesure la protection sociale peut mieux contribuer à l'atteinte des objectifs du CSCRP et des OMD ;
- formuler des recommandations de politique économique et sociale en vue de faire de la protection sociale un vecteur du développement humain à long terme.

A.3 Les résultats attendus

Puisqu'il existe un lien de causalité entre la pauvreté des ménages et les progrès pour l'atteinte des OMD, une bonne stratégie de réduction de la pauvreté doit veiller à la redistribution juste et équitable des fruits de la croissance économique en faveur des pauvres.

L'impact des politiques publiques sur la réduction de la pauvreté doit être rehaussé pour résorber la sévérité des privations. Les inégalités dans l'accès des pauvres aux services sociaux de base persistent, traduisant ainsi les contraintes d'accessibilité financière des familles aux dits services.

Les résultats attendus de cette étude, retracés par les TDR sont au nombre de trois (3) à savoir :
- un état des lieux est fait sur les mesures et politiques de protection sociale, mais aussi sur le développement humain et ses composantes au Mali ;
- les déterminants de la protection sociale et leurs impacts sur le développement humain, la croissance économique et la réduction de la pauvreté, sont analysés ;
- des recommandations de politique économique et sociale sont formulées en vue de faire de la protection sociale un vecteur du développement humain à long terme.

B. Méthodologie

A l'instar des autres rapports sur le développement humain, le présent comprend deux grandes parties : une partie non thématique axée sur l'état du développement humain et une partie thématique qui traite la relation « protection sociale et développement humain au Mali ». La première partie présente la situation économique et sociale du pays et les indices de développement à partir des données primaires produites par les structures nationales et internationales.

La méthodologie décrite ci-dessous a trait à la deuxième partie du rapport. Elle est conforme aux TDR de l'étude et suit la démarche suivante :

- élaboration d'une note de compréhension des Termes de Référence par l'équipe de consultants et son approbation par le Comité de Pilotage ;
- recherche documentaire au niveau des structures impliquées dans la protection sociale et des partenaires techniques et financiers;
- élaboration des outils et de la méthodologie de collecte par l'équipe des consultants avec l'appui des cadres de l'ODHD et leur adoption par le Comité de Pilotage ;
- réalisation sur le terrain des interviews auprès des cibles, traitement et analyse des données collectées ;
- rédaction du rapport à travers la documentation et les données recueillies sur le terrain ;
- présentation du rapport provisoire au Comité de Pilotage pour recueillir ses observations ;
- finalisation du rapport.

B.1. Elaboration d'une note de compréhension des Termes de Référence

A partir des termes de référence élaborés par l'ODHD, l'équipe de consultants a présenté une note de compréhension de la thématique portant sur la problématique de l'étude, la méthodologie proposée, la

liste des structures à rencontrer et un chronogramme d'exécution. Cette note a été discutée et adoptée par le Comité de Pilotage le 22 août 2011. Au cours de cette rencontre, le Ministère du Développement Social, de la Solidarité et des Personnes Agées, commanditaire de l'étude, a réaffirmé ses attentes par rapport aux résultats attendus en vue de contribuer à l'opérationnalisation de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) et du Régime d'Assistance Médicale (RAMED).

B2. Recherche documentaire

La recherche documentaire a démarré dès la rédaction de la note de compréhension des TDR par les consultants. Elle s'est faite sur Internet et auprès des services nationaux et internationaux intéressés par la protection sociale et s'est poursuivie au cours de l'enquête. Elle a porté sur les textes législatifs et réglementaires au niveau national et international sur les droits des personnes (femmes et enfants surtout), sur les textes relatifs aux régimes de protection sociale et sur les documents de politiques, de stratégies, de programmes et de projets de protection sociale. Ces derniers se sont révélés en général assez pauvres en matière d'évaluation d'impact des actions réalisées.

B.3. Elaboration des outils et de la méthodologie de collecte

Cette partie constitue une des phases importantes de la méthodologie. Sur la base de la note de compréhension élaborée par les consultants et adoptée par le Comité de Pilotage, les cibles suivantes ont été identifiées : les structures chargées de la sécurité sociale, les partenaires techniques et financiers intervenant dans le domaine de la protection sociale, les structures chargées de l'aide sociale, les structures chargées de l'action sociale et les bénéficiaires de la protection sociale. Chaque cible a fait l'objet d'un questionnaire spécifique avec la possibilité d'être intéressée par plusieurs types de questionnaires. Les principales parties de ces outils sont :

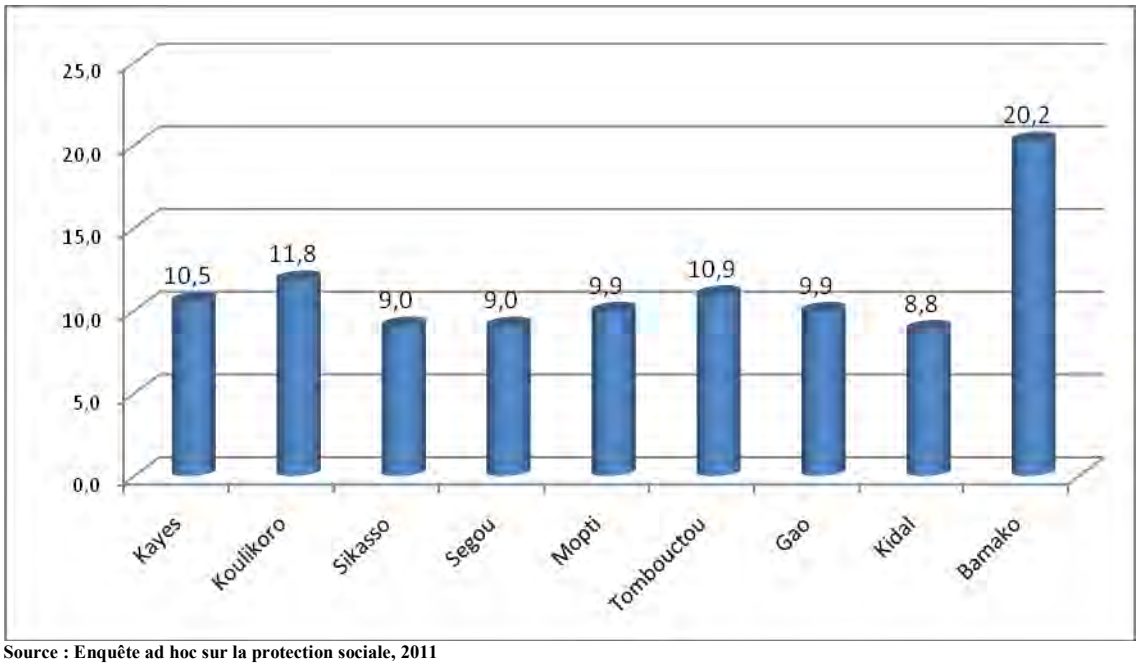
- l'identifiant du répondant et de sa structure ;
- la perception sur la protection sociale (définitions, formes, bénéficiaires, etc.) ;
- les missions assignées aux structures dans le cadre de la protection sociale ;
- les régimes couverts par la protection sociale ;
- les politiques, stratégies, programmes et projets de protection sociale et les difficultés rencontrées dans leur mise en œuvre ;
- les montants des programmes et projets mis en œuvre ;
- les montants des prestations versées aux bénéficiaires ;
- le niveau de satisfaction des bénéficiaires ;
- la nature et les impacts des prestations sur les bénéficiaires ;
- les défis, perspectives et attentes en matière de protection sociale.

Le champ de l'enquête a couvert toutes les structures et organisations importantes intervenant dans le domaine de la protection sociale et les bénéficiaires. Un échantillon de bénéficiaires bien stratifié a été tiré par choix raisonné. Les cibles enquêtées sont présentées dans les tableaux ci-dessous. Ils montrent que 466 questionnaires ont été remplis par les structures dont 269 au titre de l'action sociale, 142 pour l'aide sociale, 43 pour la sécurité sociale et 12 pour les programmes/projets[4] . Ils proviennent de 238 services publics, 22 projets et programmes, 36 collectivités territoriales, 159 organisations de la société civile, 8 mutuelles et 3 banques et assurances. Quant aux bénéficiaires, l'enquête a touché 379 dont 186 femmes (soit 49,1%). Selon le type de protection, les bénéficiaires se répartissent entre la sécurité sociale (214), l'aide

[4] Au départ ce sont les PTF et les programmes et projets qui étaient visés mais très peu de PTF ont rempli le questionnaire qui leur était destiné. Ils ont plutôt accepté les interviews et fourni la documentation. Ce sont les programmes et projets présents surtout dans les régions qui ont répondu au questionnaire. Il faut aussi indiquer qu'une même structure peut être intéressée par plusieurs formes de protection sociale et remplir plus d'un questionnaire.

sociale (94) et l'action sociale (71).
Pour l'administration des questionnaires, il a été conçu un manuel d'instructions aux équipes d'enquête et un manuel d'instructions destiné aux structures invitées à répondre aux questionnaires. Les outils ont été présentés au Comité de Pilotage le 9 septembre 2011 qui les a amendés et validés.

Graphique N°1: Répartition des structures enquêtées par région administrative (en %)



Source : Enquête ad hoc sur la protection sociale, 2011

Tableau N°1 : Répartition des questionnaires remplis par les structures selon la région et le type de protection sociale

	Type de questionnaire								Total	
	Action Sociale		Aide Sociale		Sécurité Sociale		Projets/ Programmes			
REGION	**Effectif**	**%**	**Effectif**	**%**	**Effectif**	**%**	**Effectif**	**%**	**Effectif**	**%**
Kayes	23	8,6	19	13,4	6	14,0	1	8,3	49	10,5
Koulikoro	31	11,5	16	11,3	5	11,6	3	25,0	55	11,8
Sikasso	24	8,9	15	10,6	3	7,0			42	9,0
Ségou	25	9,3	14	9,9	3	7,0			42	9,0
Mopti	23	8,6	18	12,7	4	9,3	1	8,3	46	9,9
Tombouctou	29	10,8	15	10,6	5	11,6	2	16,7	51	10,9
Gao	28	10,4	14	9,9	3	7,0	1	8,3	46	9,9
Kidal	22	8,2	15	10,6	1	2,3	3	25,0	41	8,8
Bamako	64	23,8	16	11,3	13	30,2	1	8,3	94	20,2
Total	**269**	**100,0**	**142**	**100,0**	**43**	**100,0**	**12**	**100,0**	**466**	**100,0**

Source : Enquête ad hoc sur la protection sociale, 2011

Tableau N°2 : Répartition des bénéficiaires par région selon le type de prestation reçue et le sexe

Région	Type de prestation	Sexe du bénéficiaire					
		Masculin		Féminin		Total	
		Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Kayes	Sécurité Sociale	10	5,2	13	7,0	23	6,1
	Aide Sociale	5	2,6	3	1,6	8	2,1
	Action Sociale	1	,5	1	,5	2	,5
Koulikoro	Sécurité Sociale	10	5,2	12	6,5	22	5,8
	Aide Sociale	3	1,6	7	3,8	10	2,6
	Action Sociale	4	2,1	4	2,2	8	2,1
Sikasso	Sécurité Sociale	14	7,3	9	4,8	23	6,1
	Aide Sociale	3	1,6	3	1,6	6	1,6
	Action Sociale	7	3,6	1	,5	8	2,1
Ségou	Sécurité Sociale	18	9,3	10	5,4	28	7,4
	Aide Sociale	10	5,2	11	5,9	21	5,5
	Action Sociale	3	1,6	1	,5	4	1,1
Mopti	Sécurité Sociale	10	5,2	9	4,8	19	5,0
	Aide Sociale	4	2,1	7	3,8	11	2,9
	Action Sociale	3	1,6	6	3,2	9	2,4
Tombouctou	Sécurité Sociale	8	4,1	5	2,7	13	3,4
	Action Sociale	9	4,7	7	3,8	16	4,2
Gao	Sécurité Sociale	14	7,3	10	5,4	24	6,3
	Aide Sociale	11	5,7	11	5,9	22	5,8
Kidal	Sécurité Sociale	13	6,7	11	5,9	24	6,3
	Aide Sociale	3	1,6	5	2,7	8	2,1
	Action Sociale	3	1,6	4	2,2	7	1,8
Bamako	Sécurité Sociale	17	8,8	21	11,3	38	10,0
	Aide Sociale	2	1,0	6	3,2	8	2,1
	Action Sociale	8	4,1	9	4,8	17	4,5
Mali	Sécurité Sociale	114	59,1	100	53,8	214	56,5
	Aide Sociale	41	21,2	53	28,5	94	24,8
	Action Sociale	38	19,7	33	17,7	71	18,7
Total		193	100	186	100,0	379	100,0

Source : Enquête ad hoc sur la protection sociale, 2011

B.4. Réalisation de l'enquête sur le terrain

Elle a commencé par la formation du personnel tenue le 10 octobre 2011 et qui a regroupé : i) les cadres de l'ODHD, ii) les consultants, iii) les chefs d'équipe (6) et les enquêteurs (20). La collecte s'est déroulée entre le 10 et le 23 octobre 2011 sauf pour le District de Bamako qui a continué jusqu'au 20 novembre 2011 à cause des rendez-vous répétés. Toutes les équipes d'enquête ont été supervisées sur le terrain par les consultants et les superviseurs formés à cet effet. Les principales difficultés rencontrées par les équipes et les consultants ont été :

- les rendez-vous multiples manqués ;
- les pertes des questionnaires au niveau de certaines structures, ceux-ci ayant été envoyés à l'avance pour faciliter la collecte ;
- le mauvais ciblage des répondants par certaines structures ;
- le refus de certaines structures à renseigner les parties financières du questionnaire et même le questionnaire en entier ;
- les difficultés de retrouver certains bénéficiaires à cause du manque de précision sur les adresses.

B.5. Traitement des données, analyse et rédaction du rapport

Après les contrôles de terrain et de bureau, le traitement a porté successivement sur la codification des variables (plusieurs questions étaient ouvertes), la saisie des données sous CSPRO, l'apurement des données à l'aide du logiciel SPSS, l'élaboration d'un plan de tabulation et la tabulation des données. Plusieurs séances de travail ont été nécessaires pour cette phase qui a duré du 14 novembre au 15 décembre 2011. Suite à la réunion tenue le 10 décembre 2011 entre les cadres de l'ODHD et les consultants, les tableaux ont été finalisés le 15 décembre 2011.
La rédaction du rapport a commencé depuis l'adoption de la note de compréhension par le Comité de Pilotage à travers la documentation réunie. Elle s'est véritablement accélérée pendant les interviews et après la disponibilité des résultats de l'enquête.

CHAPITRE I - ETAT DU DEVELOPPEMENT HUMAIN AU MALI

Dans sa vocation agropastorale, l'économie malienne reste toujours soumise aux chocs exogènes. Elle a subi les effets des récentes crises (énergétique, alimentaire, financière et économique). Au niveau sous-régional, elle a souffert des effets de la crise sociopolitique en Côte d'Ivoire, mais reste également confrontée à la crise sécuritaire dans la bande sahélo-saharienne et aux effets de la crise libyenne. Au niveau national, le Mali poursuit sa dynamique de mise en œuvre des documents de stratégie de réduction de la pauvreté. La pauvreté monétaire a connu une baisse significative entre 2001 et 2010, passant de 55,6% à 43,6%. Toutefois, cette pauvreté reste rurale et la région de Sikasso est toujours la plus pauvre du pays.

L'année 2011 marque la fin de la mise en œuvre du Cadre Stratégique pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté (CSCRP) 2007-2011. L'élaboration du nouveau document CSCRP pour la période 2012-2017 a été faite avec l'implication de l'ensemble des acteurs au développement.

1.1 Contexte de développement du Mali

1.1.1 Situation économique

Le Mali est un pays dont les performances sont très variables, à cause de la nature agropastorale de l'économie.

La croissance de l'économie malienne est très volatile. Elle a toutefois connu une évolution relativement stable au cours des cinq dernières années. Sur la période 2000-2010, on peut retenir deux épisodes de croissance. En effet, entre 2000 et 2005, le taux de croissance a été très instable, avec -3,3% en 2000, 11,9% en 2001, 7,6% en 2003 (contre 4,3 en 2002) et 6,1% en 2005 (contre 2,3 en 2004). De 2006 à 2010, on note une plus grande stabilité de la croissance, au tour d'un taux moyen de 5%, avec une baisse et une hausse moyenne d'un point de pourcentage.

Graphique N°2: Evolution du taux de croissance du PIB à prix constant de 2001 à 2010

Source : DNPD/INSTAT, 2011

Les évolutions du taux de croissance sont pour l'essentiel expliquées par celles de la croissance sectorielle (primaire, secondaire et tertiaire). En effet, entre 2001 et 2004, le secteur primaire a connu une contribution très volatile, soit 4% en 2001, -1,1% en 2002, 6,4% en 2003 et -1,5% en 2004. Elle s'est stabilisée sur la période 2005 à 2010 avec une contribution légèrement faible soit en moyenne 2,5% par an. De 2001 à 2010, le secteur tertiaire est le seul secteur qui a eu une contribution positive au PIB. Le secteur secondaire est celui qui a connu le plus d'années de fluctuation. Sa contribution a été négative respectivement en 2003, 2007, 2008 et 2010**.**

Le Taux d'inflation a connu d'importantes variations entre 2000 et 2010. Il a atteint en 2008 9,2% en raison de la flambée des prix des denrées alimentaires. Mais ces deux dernières années, il affiche une tendance à la baisse (2,2% en 2009 et 1,2 en 2010).

La *C*onsommation finale des ménages a connu une croissance moyenne de 3,4% sur la période 2000 – 2010. Sa plus forte croissance a été enregistrée en 2004. C'est surtout la consommation finale des administrations qui a enregistré en moyenne la plus forte croissance sur la période, soit 5,8%, contre 2,8% pour la consommation des ménages.

La Formation Brute de Capital Fixe (FBCF) a connu une croissance moyenne de 7,1% sur la période 2000-2010, avec 15,2% en 2007. Cette forte progression s'explique par la croissance de la formation brute de capital fixe publique dont le taux moyen a été de 9,3%, avec 32,5% pour 2001 et 17,9% pour 2007. Ceci s'explique d'une part par les investissements relatifs à la Coupe d'Afrique des Nations que le Mali a abrité en 2002, d'autre part par la construction des nouvelles routes et des infrastructures hydro-agricoles.

Concernant le commerce extérieur, les exportations ont connu une meilleure évolution en moyenne sur la période considérée (2000-2010), soit 4% contre 1,3% pour les importations. En effet, la conjoncture internationale a été particulièrement difficile, avec la succession de différentes crises (énergétique, alimentaire, financière et économique) ; ce qui a affecté le niveau du commerce. Mais d'une manière générale, les deux postes de commerce ont connu chacune une croissance très volatile. La plus forte croissance des exportations a été enregistrée en 2002 (20,3%) et la plus forte baisse en 2008 (-13%). La croissance des importations a enregistré sa plus forte baisse à la même année 2008 (année de crise alimentaire).

En matière de finances publiques, les dépenses en capital n'ont jamais atteint le niveau prévu par le CSCRP. L'écart avec les prévisions a toujours été marqué (66 % en 2008, 79 % en 2009 et 71 % en 2010). Les dépenses en capital sont en baisse de 2,5% par rapport à 2009. Cela s'explique par la diminution des appuis budgétaires de 52,5% et des dons projets de 22,8% en 2010. Les recettes totales hors dons ont été de 806,3 milliards de FCFA contre 725,0 milliards de FCFA en 2009, soit une hausse de 11,2%. Cette hausse s'explique essentiellement par l'accroissement des recettes fiscales qui sont passées de 624,3 milliards à 681,9 milliards de FCFA sur la même période. Le taux de pression fiscale s'est situé à 14,8% en 2010 contre 14,7% en 2009.

Le déficit base ordonnancement, dons exclus, est passé de 290,8 milliards de FCFA en 2009 à 255,1 milliards de FCFA en 2010, soit une amélioration de 35,7 milliards de FCFA. Rapporté au PIB, il s'est situé à : -5,5% en 2010 contre -7,0% en 2009. Dons inclus, le solde a atteint -121,4 milliards de FCFA en 2010 contre -119,3 milliards de FCFA en 2009. Cela représente -2,6% du PIB en 2010 contre -1,6% du PIB en 2009. En effet, le stock de la dette publique du Mali à la fin 2010 est estimé à 1225,5 milliards de FCFA (26,4% du PIB) dont 1092,03 milliards de FCFA pour la dette extérieure et 133,5 milliards de FCFA pour la dette intérieure, soit respectivement 89,1% et 10,9% du stock total. Le service de la dette est passé de 46,7 milliards de FCFA en 2009 à 49,3 milliards de FCFA en 2010, soit une hausse de 5,6%.

1.1.2 Situation démographique

Le Mali compte **1**4 528 662 habitants (RGPH 2009)[5], contre 9 810 911 habitants (RGPH 1998) dont 50,4% de femmes contre 49,6% d'hommes. Le taux d'accroissement annuel moyen est de 3,6%. Cette population est inégalement repartie sur le territoire national et reste essentiellement rurale, soit 77,46% contre 22,54% pour le milieu urbain. Elle est concentrée dans la partie Sud du pays et le long du fleuve Niger. Sa densité est de 11,7 habitants au km^2. Les ¾ de la superficie du pays abritent moins de 10% de la population. Les régions de Sikasso (18,2%), Koulikoro (16,7%) et Ségou (16,1%) représentent à elles seules 51,6% de la population totale. En effet, les trois

[5] INSTAT ibidem

régions du Nord (Tombouctou, Gao et Kidal) concentrent seulement 8,8%, Mopti 14% et Bamako 12,5%.

La population malienne est majoritairement jeune : plus de 46% sont âgés de moins de 15 ans et seulement 6% sont âgés de plus de 60 ans. L'indice synthétique de fécondité (ISF) est de 6,6 enfants par femme. Le taux brut de natalité est de 45,2‰ et celui de la mortalité de 8,3‰.

1.1.3 Accès aux services sociaux de base

Il est important de souligner que les nouveaux chiffres de la population (RGPH 2009) modifient sensiblement les différents indicateurs d'accès aux services sociaux de base. Mais ceci n'affecte pas la tendance d'amélioration constaté depuis quelques années.

Dans le domaine de l'éducation, le Taux Brut de Scolarisation (TBS) au 1er cycle de l'enseignement fondamental a atteint 81,5% en 2011 (dont 74,0% pour les filles) contre 79,5% en 2010 (dont 71,8% pour les filles); au second cycle fondamental, il a atteint 50,8% en 2010 (dont 41,8% pour les filles) contre 54,8% en 2011 (dont 46% pour les filles). En dépit des progrès réalisés dans l'évolution des indicateurs sexo-spécifiques, l'écart entre les TBS selon le sexe demeure important.

Le taux d'achèvement : Au 1er cycle, il est passé à 58,3% en 2011 (dont 51,0% pour les filles) contre 56,3% (dont 48,6% pour les filles) en 2010. A ce niveau, l'augmentation est de 2 points de pourcentage.

Le ratio élèves/maître (REM) au premier cycle est passé de 50 élèves par maître en 2009-2010 à 44,4 en 2010-2011. Aussi les disparités filles-garçons se sont réduites depuis 2007. En effet, entre 2009 et 2010, l'écart a reculé de 2,2 points de pourcentage pour le TBS au 1er cycle (de 17,3 à 15,1).

Dans le domaine de la santé, d'importants progrès sont enregistrés. Le nombre de Centre de Santé Communautaire (CSCom) fonctionnel a atteint 1032 en 2010. On note que 135 CSCom ont été créés en 2009 et 39 en 2010. La proportion de la population située à moins de 5 Km d'une structure de santé proposant le paquet minimum d'activités s'est améliorée de 2007 à 2010, soit 51% à 58%. Le taux de couverture dans un rayon de 15 Km est de 90% en 2010.

Cependant, certains indicateurs ont connu une baisse ces dernières années, en particulier : le taux d'utilisation de la consultation prénatale (90 % en 2009 à 79 % en 2010), le taux d'accouchement assisté (57% en 2010 contre 64% en 2009).

Dans le domaine de la lutte contre le VIH et le SIDA. Entre 2001 et 2006, on a une baisse substantielle de 0,4 point de pourcentage, soit 1,7% à 1,3%. En effet, en 2010 l'accent a été mis sur le renforcement de la sensibilisation, le renforcement du conseil et du dépistage à travers 265 structures de santé.

Dans le domaine de la nutrition, la malnutrition chronique ou retard de croissance a enregistré une augmentation importante entre 1987 et 2001 pour se stabiliser en 2006. Par contre, les deux autres formes de malnutrition (émaciation et insuffisance pondérale) ont connu une hausse régulière entre 1987 et 1996 pour ensuite baisser sensiblement entre 1996 et 2001. En 2006 l'émaciation a enregistré de nouveau une hausse tandis que l'insuffisance pondérale a poursuivi la baisse.

Selon les résultats de MICS/ELIM 2010, près d'un enfant de moins de cinq ans sur cinq (19%) souffre d'insuffisance pondérale dont 5% de cas sévères. Plus du quart des enfants (28%) souffrent d'un retard de croissance dont 10% de cas sévères. Environ un enfant sur dix (9%) est émacié dont 2% de cas sévères. Plus de la moitié des femmes (57%) ont commencé à allaiter leur nouveau-né dans l'heure qui a suivi la naissance et la quasi-totalité (91%) à moins d'une journée après la naissance. L'allaitement exclusif est très peu pratiqué : seulement 20% des enfants de 0-5 mois sont allaités exclusivement au sein. A 12-15 mois, 90% continuent à être allaités contre 46% pour ceux de 20-23 mois.

Globalement, 27% des enfants âgés de 6-8 mois reçoivent des aliments solides, semi-solides ou mous. Parmi les enfants qui sont nourris de façon appropriée, ce pourcentage représente 27 % alors qu'il est de 43% parmi ceux qui ne le sont pas. La répartition selon le sexe et le milieu de résidence de l'enfant ne montre pas de différence. Environ un enfant sur trois âgés de 6-23 mois (33%) reçoit le nombre minimum d'aliments recommandés.

En matière d'habitat, ce sont 1027 logements sociaux qui ont été réalisés en 2008 contre 1087 logements en 2007 et 880 en 2006. Le nombre d'hommes bénéficiaires est légèrement plus élevé que celui des femmes. Toutefois, la proportion de femmes bénéficiaires de logements continue d'augmenter d'année en année, passant de 37 % en 2006 à 42 % en 2007. En 2009, 1700 logements ont été réalisés pour un montant total de 10 milliards FCFA entièrement financés sur le budget national. Entre juillet et août 2009, la *Stratégie Nationale de Logement* (SNL) a fait l'objet d'une évaluation permettant d'identifier les forces et les faiblesses du dispositif. Le nombre de logement a atteint 2100 en 2010.

En effet, le Gouvernement s'est fixé comme objectif, la construction de 23 678 nouveaux logements durant la période 2007-2014.

Dans le domaine de l'énergie, les résultats de MICS/ELIM 2010 montrent que le bois reste la principale source d'énergie pour la cuisson au Mali, avec un taux de 73,6% en 2010. La consommation du bois a diminué de 15 points de pourcentage environ entre 2006 et 2010 en milieu urbain, contre une augmentation de la consommation du charbon, soit 18,6% en 2006 et 21,9% en 2010. En milieu rural, le bois reste la source d'énergie la plus utilisée, avec 83,0% en 2001, 94,4% en 2006 et 87,4% en 2010. A Bamako, la consommation de bois, a diminué ; les ménages bamakois utilisant de plus en plus le charbon (54,2% en 2001, 66,9% en 2006 et 62,4% en 2010) et le gaz butane[6].

Le taux d'accès à l'électricité est passé de 9,2% en 2001 à 20,1% en 2006 et 23,6% en 2010 ; soit une augmentation de 3,5 points de pourcentage entre 2006 et 2010. Cette augmentation est constatée aussi bien en milieu urbain : 27,8% en 2001 à 60,1% en 2010, qu'en milieu rural : 2,4% en 2001 à 11,0% en 2010. L'accès à l'électricité est passé à Bamako de 36,1% en 2001 à 70,5% en 2006, avec une stabilisation entre 2006 et 2010 (70%), consécutive à une augmentation de la population de la capitale et donc de la demande[7].

[6]Par ailleurs, le cinquième quintile de pauvreté a connu une baisse progressive de sa consommation de bois entre 2001 et 2010, compensée par une augmentation de la consommation du charbon, qui passe de 37,1% en 2001, 46,3% en 2006 à 54,0% en 2010 ou celle du gaz qui passe de 5,4% en 2001, 3,0% en 2006 à 5,0% en 2010. Le charbon de bois et le gaz sont les sources de cuisson les plus utilisés par les riches et les pauvres le bois.

[7]Entre 2006 et 2010, l'accès à l'électricité a augmenté pour tous les quintiles de pauvreté, mais surtout chez les plus riches. Le taux d'accès à l'électricité est faible dans les zones rurales, sauf chez les plus riches où ce taux est de 28,3% en 2010.

Dans le domaine de l'eau, les résultats du volet MICS de l'enquête MICS-ELIM 2010 montrent que pour l'ensemble du Mali, la proportion des ménages qui ont une source d'eau de boisson améliorée à domicile est de 18% contre 10% pour une source non améliorée. En milieu urbain, près de 9 ménages sur 10 (89,3%) utilisent une source améliorée contre environ 4 ménages sur 10 (44,2%) pour le milieu rural. Les sources améliorées les plus importantes en milieu rural sont le Forage et le Puits protégé tandis qu'en zone urbaine ce sont le Robinet public et la Borne fontaine. Les femmes adultes sont les personnes habituellement chargées de l'approvisionnement du ménage en eau de boisson lorsque la source d'approvisionnement n'est pas dans le ménage. Quant aux hommes adultes, c'est seulement dans moins de 10% des cas que cette tâche leur incombe quelle que soit la région, sauf à Kidal et Koulikoro où il est respectivement de 44% et 17%.

Au niveau national en 2010, 57% de la population utilise une source améliorée d'approvisionnement en eau de boisson, cette répartition entre milieu urbain et rural est respectivement de 94% et 61%. Le district de Bamako se taille la part belle en termes d'accès à l'eau potable avec 99%. Le niveau d'accès dans les autres régions tourne autour de 66% ; la région de Kidal est à 42%.

Concernant l'assainissement, les efforts consentis ont porté sur l'adoption de la politique nationale d'assainissement. Ce sont 415 626 mètres linéaires de caniveaux qui ont été réhabilités et 209 399 ml de collecteurs qui ont été réalisés ces dernières années.

En matière d'hygiène, les données du volet ELIM de MICS/ELIM 2010, montrent qu'entre 2001 et 2010, que l'utilisation de la nature comme lieux d'aisance a augmenté quel que soit le milieu, exception faite de Bamako. En effet, en 2010, cette utilisation baisse avec le quintile de pauvreté : 2,2% pour le plus riche contre 18,9% pour le plus pauvre. Par contre, en milieu rural, elle est supérieure à 22% quel que soit le quintile de pauvreté. Par région, on constate que la nature comme lieu d'aisance est plus utilisée à Kidal, Tombouctou et Mopti en 2010.

En ce qui concerne les télécommunications, le nombre d'abonnés en téléphone mobile a atteint 7 326 837 en 2010 contre 4 461 094 en 2009. En 2010, près de 2 865 743 nouveaux clients contre 1 031243 en 2009 (313 243 pour Malitel et 718 000 pour Orange Mali) ont été raccordés aux réseaux par les deux opérateurs de téléphonie mobile soit un taux de croissance de 64,2% en 2010.

Par ailleurs, les efforts réalisés ont permis d'avoir les résultats suivants : i) 9 nouvelles communes connectées à Internet en 2010, 6 en 2009, ii) 9 nouvelles écoles connectées à Internet en 2010, 8 en 2009 (Projet Internet à l'école), iii) 420 Cadres et Agents formés aux TIC en 2010 contre 300 en 2009, iv) 12 services publics supplémentaires connectés en 2010, contre 43 en 2009, v) 27 sites créés en 2010 sous le nom de domaine ml contre 21 en 2009.

Concernant l'environnement, la forte pression démographique a entraîné une pression sur les ressources naturelles. En 2000, la diminution du couvert végétal au Mali a été évaluée à plus de 100 000 hectares par an, avec un taux de dégradation de l'ordre 8,3%.

Le changement climatique reste une des principales causes de dégradation de l'environnement, avec comme conséquence l'irrégularité des précipitations pluviométriques, rendant ainsi le système agricole vulnérable, la pollution atmosphérique et une importante variation des températures suivant les différentes zones climatiques.

En matière d'emploi, on enregistre la création de 23 828 emplois en 2010 contre 33 623 en

2009, soit un recul de -37,8% en 2010. Ces résultats montrent la prédominance du secteur privé en matière de création d'emploi soit environ 88,9% en 2010.

Le taux de chômage de l'ensemble de la population active malienne (15 à 64 ans) a reculé de 2007 à 2010 (de 9,6 % à 8,3 %). La baisse est moins prononcée dans les zones rurales (5,9 % à 4,7 %) qu'à Bamako (de 27,3 % à 24,9 %) et dans les autres zones urbaines (de 16,1 % à 14,0 %). En effet, le chômage touche plus les femmes que les hommes. Au niveau national, le taux de chômage des femmes est resté stable autour de 11 % au cours de la période (2007 à 2010) tandis qu'il baisse de 8,2 % en 2007 à 6,2 % en 2010 chez les hommes.
Cette tendance est constante quel que soit le milieu de résidence[8].

1.2 Relation fonctionnelle entre protection sociale et développement humain

1.2.1 Notions de protection sociale et de développement humain

La protection sociale est de plus en plus considérée comme un moyen essentiel de faire reculer la pauvreté dans les pays à faible revenu comme le notre. Les résultats de différentes revues de nos stratégies de réduction de la pauvreté font observer qu'une forte croissance économique est une condition nécessaire, mais non suffisante pour lutter efficacement contre la pauvreté et la vulnérabilité. Car, certains aspects de cette croissance notamment son caractère durable, sa composition et sa répartition équitable sont aussi déterminants. Il ressort de l'étude de la Banque Mondiale sur les transferts sociaux au Mali en 2009 que la protection sociale touche à de multiples dimensions, souvent complémentaires les unes des autres comme, la défense des droits, le développement humain, la croissance économique, la démocratie et la sécurité. La protection sociale est de ce point de vue considérée comme un instrument, qui permet de développer le potentiel de valorisation personnelle et de contribuer de manière efficace au développement de la société à travers la gestion des risques et la réduction des inégalités. Les systèmes de protection sociale peuvent constituer pour les pays un mécanisme important de redistribution des fruits de la croissance économique et revêtir une importance capitale dans les politiques gouvernementales. Au Mali, la Loi Fondamentale du pays stipule en son article 17 : **« L'éducation, l'instruction, la formation, le travail, le logement, les loisirs, la santé et la protection sociale constituent des droits reconnus ».**

Selon l'Union Africaine, la protection sociale est «une gamme d'actions protectrices publiques entreprises par l'Etat et d'autres acteurs en réponse aux niveaux inacceptables de vulnérabilité et de pauvreté et qui visent à garantir une restauration des droits humains face aux risques de destruction chez la frange de populations, qui pour des raisons indépendantes de leur volonté, sont incapables de s'auto prendre en charge».

Selon le Comité d'Aide au Développement (CAD), la protection sociale correspond aux mesures adoptées par les pouvoirs publics dans le but de donner aux pauvres davantage de moyens de participer à la vie économique, sociale et politique de la communauté à laquelle ils appartiennent et de la collectivité en général, ainsi que d'y contribuer et d'en tirer avantage (OCDE, 2007).

Au Mali, le gouvernement a défini la protection sociale comme « l'ensemble des mesures à travers lesquelles la société se propose de protéger les citoyens contre des risques sociaux » (déclaration de politique de protection sociale, MDSSPA 2002).

[8]Pour améliorer les services publics de l'emploi, deux problèmes sont à résoudre : (i) le manque de synergies entre les structures productrices d'informations sur l'emploi (notamment entre les services centraux et régionaux), (ii) le manque de moyens humains et financiers adéquats pour le suivi des activités, la collecte et le traitement des statistiques ainsi que pour la réalisation d'études ciblées.

La notion de protection sociale englobe, l'ensemble des mécanismes relatifs à : la sécurité sociale, l'action sociale et l'aide sociale. Elle vise à assurer un minimum de bien-être aux individus en luttant efficacement contre la pauvreté, l'exclusion sociale, les discriminations, les risques de la vie et les chocs exogènes. De plus en plus, cet outil de solidarité reste perçu des autorités comme un des éléments clefs qui se situe au cœur des stratégies d'une croissance pro-pauvres. Avec l'adoption de sa politique nationale, la protection sociale demeure un moyen sûr de réduire la vulnérabilité économique, sociale, alimentaire/nutritionnelle et d'autres stress. Ce qui lui permet de revêtir la forme d'une voie de promotion de la productivité des ménages par l'augmentation de leur capacité d'achat des intrants et de faire face aux exigences de santé, de scolarisation et d'entretien décent de leurs progénitures. L'accomplissement correct de cette attente permettra de briser le cycle vicieux inter générationnel de la pauvreté et de la précarité grâce au développement du capital humain.

Le Développement Humain pour sa part, s'investit pour que le résultat des opérations de développement soit non seulement durable mais aussi profite au plus grand nombre de ses bénéficiaires surtout les plus pauvres. Par cette orientation, l'approche Développement Humain place la personne humaine au cœur des priorités du développement. Elle augmente pour les citoyens, la possibilité de choisir et leur octroie les différents types de libertés reconnues. Ces opportunités leur permettent de mener une vie saine, décente, longue et en bonne santé, d'accéder à l'éducation et à la connaissance et de participer pleinement aux activités locales avec honneur et dignité.

1.2.2 Indicateurs de Développement Humain

Face à la complexité du développement humain, à la profondeur du concept, différents indices ont été conçus en vue de pouvoir cerner ses multiples aspects. Outre l'IDH qui est le plus connu, on distingue : l'Indicateur Sexo-spécifique de Développement Humain (ISDH), l'Indice de Participation des Femmes (IPF), l'Indice de Pauvreté Humaine (IPH) et l'Indice de Développement et des Inégalités entre les Sexes en Afrique (IDISA) qui apportent tous des informations sur le développement humain dans un pays donné.

L'Indicateur Sexo-spécifique de Développement Humain, est un outil de mesure qui ajuste l'IDH, en fonction des inégalités entre les sexes. Il se base sur les mêmes dimensions que celui-ci tout en tenant compte des valeurs désagrégées des indicateurs selon le sexe. L'ISDH n'est pas "une mesure de l'inégalité entre les sexes en tant que telle. Pour se faire une idée de l'importance de l'écart entre les sexes en matière de développement humain, on peut utiliser le rapport entre l'ISDH et l'IDH ou bien la différence entre ces deux indicateurs".

L'Indice de participation des femmes mesure les inégalités entre hommes et femmes sur le plan des opportunités économiques et politiques. Cet indicateur traduit les inégalités entre hommes et femmes dans les domaines clés de la participation et de la prise de décisions économiques et politiques. Il se concentre donc sur les opportunités offertes aux femmes plutôt que sur leurs capacités.

L'Indice de pauvreté humaine : Si l'IDH mesure les avancées moyennes dans les composantes élémentaires du développement humain, l'IPH se concentre, lui, sur les déficits et les manques dans ces mêmes éléments. Ainsi, la pauvreté humaine est perçue comme une détérioration des liens qui attachent l'individu à une communauté de vie. Cette pauvreté résulte de l'absence d'enfants ou de parents, de la présence de conflits et des risques d'exclusion du village ou de la communauté d'appartenance.

L'Indice de Développement et des Inégalités entre les Sexes en Afrique est un indice composite qui comporte deux parties. La première, l'indice de la condition de la femme (ICF), mesure les inégalités relatives au genre à l'aide d'indicateurs quantitatifs aisément disponibles qui concernent l'éducation, la santé, les revenus, l'emploi du temps, l'accès aux ressources, la représentation politique formelle et informelle, l'emploi. La seconde concerne le tableau de bord de la promotion des femmes en Afrique (TBPFA) qui mesure les progrès réalisés en matière d'avancement et d'habilitation des femmes. Cet indice couvre les principales chartes, conventions internationales et africaines. Il intègre un certain nombre de variables qui sont particulièrement importantes pour les hommes et les femmes en Afrique. Il s'agit d'un indice spécifiquement africain pour trois raisons : i) il tient compte des principales chartes et documents africains qui ont des incidences sur les relations de genre ; ii) il identifie les disparités entre les hommes et les femmes dans les sphères de pouvoir sélectionnées, et étudie les relations hommes femmes sous-jacentes en Afrique ; iii) l'IDISA se fonde sur les conclusions qui sont établies à partir de tests effectués dans des pays africains, en tenant compte des données statistiques nationales.

1.2.3 Indice de Développement Humain (IDH)

L'IDH constitue, pour un pays, une mesure synthétique du développement. Il se résume à la longévité, à un bon niveau d'éducation et disposer d'un niveau de vie décent. .

Le calcul de l'IDH selon l'ancienne méthode a montré ses limites pour la raison qu'elle ne permet pas de mieux mesurer les progrès accomplis dans les trois dimensions de base. Selon la formule des IDH calculés avant 2010, la santé était mesurée par l'espérance de vie à la naissance, le niveau d'éducation était mesuré par un mélange du taux d'alphabétisation et du taux brut de scolarisation combiné. Quant au niveau de vie, il était mesuré par le PIB par habitant exprimé en parité de pouvoir d'achat.

A partir de l'année 2010, la santé demeure encore mesurée par l'espérance de vie à la naissance. La mesure des réalisations en matière d'éducation prend en compte les années de scolarisation escomptées pour un enfant d'âge scolaire et les années de scolarisation préalables moyennes pour les adultes âgés de 25 ans et plus. La mesure du niveau de vie a changé, elle est désormais faite à travers le Revenu National Brut[9] (RNB) par habitant exprimé en parité de pouvoir d'achat. L'indice s'obtient en calculant un indice dimensionnel correspondant à chacune des 3 composantes ci-dessus mentionnées, enfin à retenir la moyenne géométrique de ces indices dimensionnels.

Comme les années précédentes, l'IDH calculé à partir des données nationales diffère de l'IDH du Rapport Mondial sur le Développement Humain (RMDH). Ce dernier est calculé à partir des données comparables au niveau mondial. Les données utilisées pour le calcul de l'IDH national ne tiennent pas compte de la comparabilité comme dans le cas de l'IDH mondial. De façon spécifique, l'espérance de vie pour le calcul de l'IDH mondial est issue des EDS, par contre pour l'IDH national les données utilisées sont celles issues des résultats de projections de population par l'Institut National de la Statistique.

[9] Le RNB comprend les revenus de la propriété et de l'entreprise reçus du reste du monde et les mêmes revenus versés au reste du monde. En d'autres termes, il prend en compte les flux internationaux pour ne retenir que les richesses conservées au sein du pays.

Tableau N°3 : Calcul des indices dimensionnels et de l'IDH en 2011

Indicateurs de mesure des dimensions	Valeur données nationales en 2011	RMDH 2011	Sources
Espérance de vie à la naissance	65	51,4	UNDESA
Durée moyenne de scolarisation	2	2,0	UNESCO
Durée attendue de scolarisation	8,3	8,3	UNESCO
RNB/ habitant (en PPA en dollars)	1123	1123	Banque mondiale
Indice d'espérance de vie	0,7098	0,4953	
Indice de l'éducation	0,2713	0,27130	
Indice de RNB	0,3464	0,34640	
Indice de Développement Humain	0,406	0,359	

Sources : CPS/Education, DNP, RMDH 2011 et calculs ODHD 2012

Ainsi, l'IDH mondial au titre de 2011 s'est établi à 0,359 tandis que celui calculé à partir des données nationales est de 0,406.

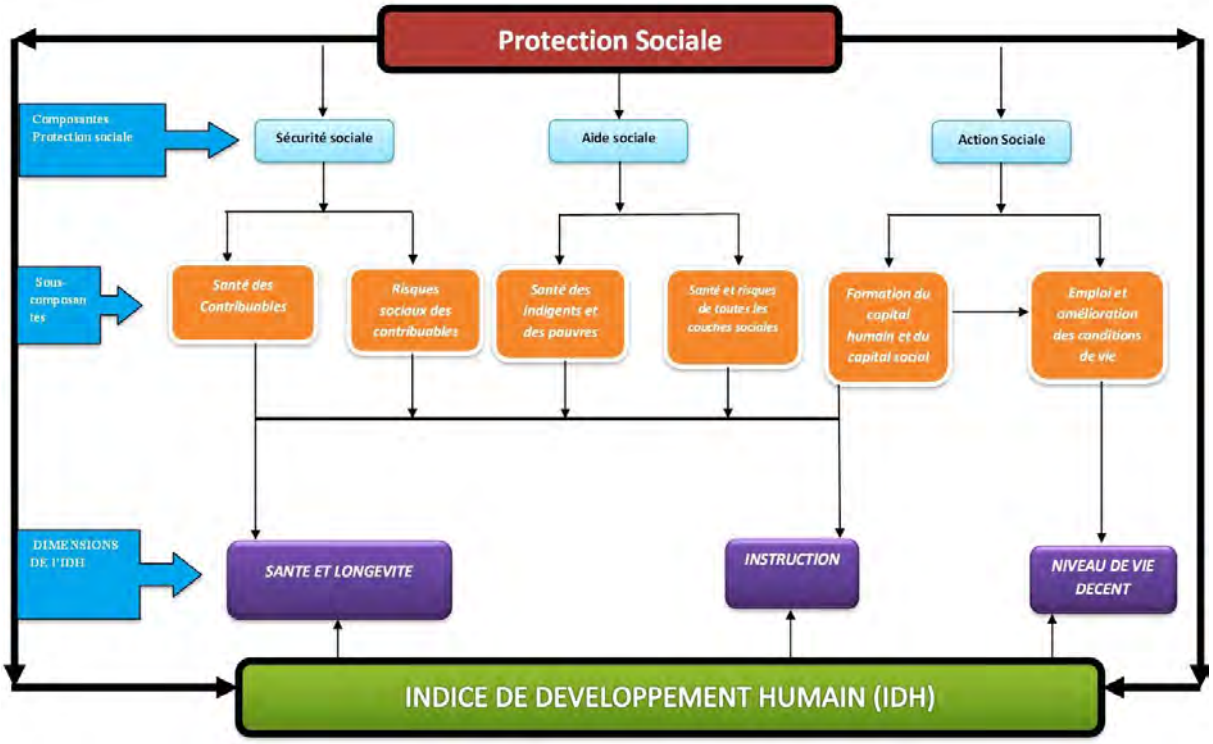
Cependant, on constate que l'IDH ne tient pas compte de toutes les dimensions du DH, ceci constitue une limite. C'est le cas par exemple de l'état de la gouvernance et de celui de l'environnement. En d'autres termes, le concept du DH est plus large que ce qu'en décrit l'IDH.

1.2.4 Lien entre les composantes de l'IDH et la protection sociale

Le Développement Humain et la Protection Sociale ont le même dénominateur. Ils placent tous, l'individu, en particulier le pauvre ou le vulnérable au cœur de leurs priorités. Il ressort de l'analyse ci-dessus que les risques couverts par la Protection Sociale sont au cœur des préoccupations du Développement Humain à travers la santé, l'éducation et le niveau de vie.

La Protection Sociale vise les dispositions législatives et certaines faveurs tant pour les pauvres que pour les catégories vulnérables en vue de les doter de capacités leur permettant de sortir de l'ornière et d'affronter avec courage et détermination les péripéties et les inattendues de la vie avec l'aide et l'assistance de toute la société ou de certaines corporations. En cela, elle devient un moyen d'autonomie des acteurs qui augmente leur sécurité par la maîtrise des risques. Ce qui motive les pauvres à investir dans les véritables activités de lutte contre la pauvreté.

Ainsi, la Protection Sociale devient un outil entre les mains des autorités pour relever le défi du Développement Humain sur l'ensemble du territoire par le renforcement du capital humain des pauvres, des personnes vulnérables, des travailleurs pourquoi pas de l'ensemble des citoyens. En somme, l'application correcte de la politique nationale de protection sociale à travers ses composantes permettra de réussir le pari de l'opérationnalisation de la démarche du Développement Humain Durable au Mali à travers la maîtrise de ses différentes composantes, l'identification des initiatives communautaires les plus probantes et la mise en réseau des communautés offreuses et demandeuses dans une logique de partenariat et de complémentarité.



1.2.5 Développement Humain et Inégalités

La décomposition de l'IDH par région ou selon d'autres critères de désagrégation (milieu de résidence, sexe, etc.) est souhaitable et permet de mettre en exergue les écarts de développement, lesquels écarts sont masqués par les moyennes nationales. Malheureusement, l'on constate actuellement que le RNB au Mali n'est pas désagrégé par région et par sexe.

Toutefois, les résultats d'études antérieures révèlent l'existence d'inégalités entre autres dans l'accès aux facteurs de production et aux services sociaux de base. Il s'avère aussi que les catégories qui en sont victimes sont essentiellement les femmes. Cette situation contribue à accroitre la pauvreté et compromet le développement humain.

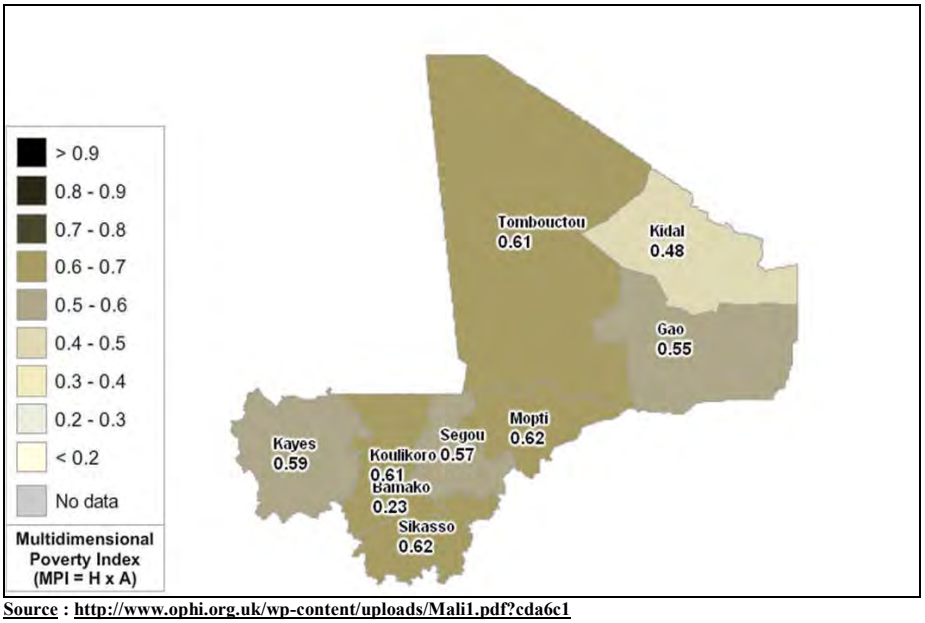
1.2.6 Indice de Pauvreté Multidimensionnelle

En réponse au souci de prendre en compte d'autres aspects qui déterminent le bien-être des ménages, l'indice de pauvreté multidimensionnelle (IPM) se donne l'objectif d'intégrer les privations. Il s'agit en fait des privations dont souffre chaque individu sur le plan de l'éducation, la santé mais aussi du niveau de vie. L'IPM s'obtient donc en multipliant l'incidence de la pauvreté (H) par le niveau moyen (l'intensité) des privations auxquelles sont confrontées les personnes pauvres (A). Soit HxA.
Pour cette partie du présent rapport, les données utilisées proviennent des estimations effectuées à partir des chiffres de population en 2008 et par la Division Population du Département des Nations Unies en charge des affaires économiques et sociales (DAES/NU). La valeur de cet indice est inférieure ou égale à un (IPM<= 1), la situation est meilleure si l'IPM est proche de 1.

L'indice le plus faible est observé dans le District de Bamako (0,23) qui dispose plus d'infrastructures. Ce qui montre la faiblesse des privations à Bamako.

Pour les autres régions, les privations sont plus importantes avec un indice de l'ordre de 0,6 excepté les régions de Kidal (0,48), Gao (0,55) et Ségou (0,57). La carte ci-après donne les mesures de l'IPM pour les régions.

Indice de pauvreté multidimensionnelle par région



Source : **http://www.ophi.org.uk/wp-content/uploads/Mali1.pdf?cda6c1**

CHAPITRE II - ETAT DES LIEUX DE LA PROTECTION SOCIALE AU MALI : EVOLUTION DE LA POLITIQUE DE DEVELOPPEMENT SOCIAL

Le fondement de l'organisation socio traditionnelle du Mali est caractérisé par la Solidarité qui se manifeste à travers, l'entraide, la complémentarité et la responsabilité mutuelle entre plusieurs personnes ou plusieurs groupes de personnes. La vivacité qu'a chacun d'appartenir à cette forme d'organisation sociale se justifie par son degré d'implication dans la réalisation des actions d'intérêts communautaires et de maintien de la cohésion sociale. Dans cette optique, l'individu est alors considéré comme un maillon indispensable de la grande chaîne de production communautaire : un pour tous et tous pour chacun.

Cette solidarité de fait social n'exclut pas la prise de conscience et le vouloir éthique de réciprocité et de responsabilité ; elle appelle cet ordre de valeurs et implique le sentiment d'obligations réciproques.

De nos jours, nous assistons à un effritement progressif de ces valeurs de solidarité familiale et communautaire du fait des effets pervers de la modernisation, doublés du poids démographique et de l'émergence de nouveaux besoins prioritaires. Ce qui se traduit par une faiblesse dans la prise en charge des problèmes sociaux et des mécanismes de mobilisation des ressources pour le financement des actions de solidarité. Il en résulte, la marginalisation et l'exclusion sociale de certains groupes sociaux notamment les personnes vulnérables (les femmes, les enfants, les personnes handicapées, les personnes âgées, les orphelins, etc.)

La vulnérabilité et la pauvreté sont des concepts intimement liés et constituent les principaux champs d'actions de nos politiques de lutte contre la pauvreté, de la protection sociale. Au delà de la complexité théorique de ces deux notions, ce sont les stratégies de leur réduction qui constituent le centre nerveux du Développement Humain Durable.

La pauvreté est perçue comme un manque qualitatif ou quantitatif qu'un individu doit combler pour vivre convenablement ; il reste donc entendu que la référence faite à la non satisfaction des besoins jugés essentiels est différemment appréciée**.** Elle est généralement évaluée, aussi bien en termes absolus qu'en termes relatifs, par les revenus des ménages et/ou les biens de consommation et/ou les dépenses des ménages. Cependant la capacité des individus ou groupe d'individus est souvent influencée non seulement par les besoins sociaux de base (santé, éducation, emploi, etc.) mais aussi les opportunités offertes par l'environnement ainsi que la solidarité autour de la gestion des crises, catastrophes et calamités. Les personnes vulnérables restent les plus touchées en raison de leur fragilité face aux chocs. La vulnérabilité par contre est une notion plus dynamique, qui en plus de la prise en compte des stratégies d'adaptation et de changement, intègre les aspects de survie et de sécurité du bien-être des populations. Elle est comprise comme un état d'incapacité temporaire ou définitive des individus ou groupes d'individus de faire face aux besoins essentiels sans assistance du fait de leur condition d'exposition aux risques. Ils font l'objet de nombreuses privations et par conséquent ont un bas niveau de productivité. L'analyse de la vulnérabilité implique l'identification des problèmes, mais aussi les possibilités d'exploiter les opportunités et les résistances aux effets négatifs de l'environnement changeant. C'est donc dire que plus les individus ou groupes d'individus disposent de moyens d'autosubsistance ou d'adaptation, moins ils sont vulnérables, *a contrario*, plus les moyens et possibilités sont limités ou érodés, plus grande est leur insécurité. La vulnérabilité en ce sens n'affecte pas de la même façon tous les individus d'une communauté ou d'une zone géographique. Il faut noter également qu'elle peut être due à des causes structurelles, puisque les individus d'un même ménage peuvent présenter des niveaux de vulnérabilité différents.

En somme, les pauvres sont parmi les plus vulnérables, mais tous les vulnérables ne sont pas pauvres, surtout si on introduit les concepts de marginalisation ou d'exclusion sociale, qui au-delà des critères de richesse sont aussi en lien avec les facteurs ethniques, religieux ou de genre.

Pour leur prise en charge, des efforts ont été déployés par les autorités du pays au cours des dix dernières années en matière d'investissement dans les services sociaux accessibles de base notamment la réforme du système éducatif (création des Centres d'Education pour le Développement (CED), des medersas, des Ecoles de Base, etc.) ; la multiplication des CSCom, la promotion des médicaments essentiels ; la gratuité de la césarienne ; la lutte contre les pires formes du travail de l'enfant ; l'adoption de la Politique Nationale Genre, la politique des logements sociaux ; la création de la Banque Malienne de Solidarité; le développement du système financier décentralisé ; l'extension de la protection sociale avec le développement des transferts sociaux, l'adoption de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) et du Régime d'Assistance Médicale (RAMED) etc.

Pour appréhender les aspects multidimensionnels de la pauvreté, il importe d'introduire la notion de vulnérabilité afin de mieux répondre à certaines interrogations à savoir : comment les individus affrontent-ils les difficultés économiques et quelle est l'efficacité et la pertinence des stratégies adoptées ? Quels sont les autres facteurs qui diminuent ou augmentent la capacité des pauvres à répondre aux conditions créées par l'environnement externe ?
Les réponses à ces questions permettront de mieux comprendre la pertinence de la protection sociale dans le traitement des questions de pauvreté et de vulnérabilité.

Pour un souci d'opérationnalité et de compréhension commune nous avons sur le terrain interrogé les bénéficiaires. L'enquête a concerné l'ensemble des 8 régions et le district de Bamako sur un échantillon de 379 sujets bénéficiaires de prestations de la protection sociale (voir méthodologie).
Suivant la répartition des bénéficiaires par région et par sexe nous pouvons déduire que les prestations en matière de protection sociale couvrent l'ensemble du territoire malien sans distinction de sexe (voir tableau ci-dessous). Cet état de fait conforme à la vision et aux orientations des politiques de protection sociale relève du souci de développement des droits humains, de la lutte contre l'exclusion sociale et de l'atténuation des effets pervers des différentes crises (économiques, sociales et financières) sur les plus démunis et les couches vulnérables.

Tableau N°4 : Répartition des Bénéficiaires par région selon le Type de Prestation reçue et le Sexe

Régions	Types de prestations	Sexe du bénéficiaire					
		Masculin		Féminin		Total	
		Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Kayes	Sécurité Sociale	10	5,2	13	7,0	23	6,1
	Aide Sociale	5	2,6	3	1,6	8	2,1
	Action Sociale	1	0,5	1	0,5	2	0,5
Koulikoro	Sécurité Sociale	10	5,2	12	6,5	22	5,8
	Aide Sociale	3	1,6	7	3,8	10	2,6
	Action Sociale	4	2,1	4	2,2	8	2,1
Sikasso	Sécurité Sociale	14	7,3	9	4,8	23	6,1
	Aide Sociale	3	1,6	3	1,6	6	1,6
	Action Sociale	7	3,6	1	,5	8	2,1
Ségou	Sécurité Sociale	18	9,3	10	5,4	28	7,4
	Aide Sociale	10	5,2	11	5,9	21	5,5
	Action Sociale	3	1,6	1	,5	4	1,1
Mopti	Sécurité Sociale	10	5,2	9	4,8	19	5,0
	Aide Sociale	4	2,1	7	3,8	11	2,9
	Action Sociale	3	1,6	6	3,2	9	2,4
Tombouctou	Sécurité Sociale	8	4,1	5	2,7	13	3,4
	Action Sociale	9	4,7	7	3,8	16	4,2
Gao	Sécurité Sociale	14	7,3	10	5,4	24	6,3
	Aide Sociale	11	5,7	11	5,9	22	5,8
Kidal	Sécurité Sociale	13	6,7	11	5,9	24	6,3
	Aide Sociale	3	1,6	5	2,7	8	2,1
	Action Sociale	3	1,6	4	2,2	7	1,8
Bamako	Sécurité Sociale	17	8,8	21	11,3	38	10,0
	Aide Sociale	2	1,0	6	3,2	8	2,1
	Action Sociale	8	4,1	9	4,8	17	4,5
Total		**193**	**100,0**	**186**	**100,0**	**379**	**100,0**

Source : enquête ad hoc sur la protection sociale, 2011

S'agissant de la compréhension de la protection sociale et sa définition, les sujets enquêtés quelques soient leur sexe, leur appartenance géographique, et la branche d'activité ont à défaut d'une définition littéraire fait ressortir des traits communs que sont :

- les caractéristiques de la protection sociale : la solidarité, l'entraide, la prise en charge des problèmes, le soutien moral et psychologique ;
- les cibles : les pauvres, les mendiants, les personnes âgées sans soutien ni moyen, les handicapés (toutes sortes d'handicap) les démunies, les personnes en situation difficile (les grands malades, les femmes veuves seules chargées de famille, les retraités, les enfants mendiants ;
- le domaine d'intervention : les différentes types d'activités de la vie ;

- les prestataires de service : Etat, les communautés, les groupes d'individus, individus de bonne volonté, les associations de bienfaisance, les riches ;
- les formes de prestation : en nature (nourriture, habillement, logement, matériel), en espèce;
- le caractère : volontaire, obligatoire (Etat).

Il ressort de l'analyse de ces déterminants que**,** la Protection Sociale englobe un sous ensemble de mesures prises par les pouvoirs publics et mises en œuvre par les services de l'État ou des organismes privés, en vue de faire face aux risques, à la vulnérabilité et à la pauvreté chronique.

Tout système, toute société dans son fonctionnement normal fait des exclus sans souvent s'en rendre compte. Alors il se pose les questions suivantes : faut- il laisser ces exclus pour comptes ? Ne sont-ils pas des citoyens ? Que faut-il faire pour eux ? C'est en ces interrogations et cela dans un souci d'équité et de justice sociale que la protection sociale puise ses fondements.

Tableau N°5 : Répartition des Bénéficiaires selon la branche d'activité et le Sexe

BRANCHE D'ACTIVITE	Sexe du bénéficiaire					
	Masculin		Féminin		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Agriculture, Elevage, chasse et sylviculture	17	9,4	1	0,6	18	5,1
Activités extractives			1	0,6	1	0,3
Activités de fabrication	16	8,9	10	5,8	26	7,4
Production et distribution d'électricité, de gaz et d'eau			1	0,6	1	0,3
Construction	2	1,1	2	1,2	4	1,1
Commerce, réparation de véhicules automobiles et d'articles domestiques	14	7,8	22	12,8	36	10,2
Hôtels et restaurants			2	1,2	2	0,6
Transports et communications	7	3,9	1	0,6	8	2,3
Activités financières	6	3,3	4	2,3	10	2,8
Immobilier, locations et services aux entreprises	1	0,6			1	0,3
Activités d'administration publique	52	28,9	29	16,9	81	23,0
Éducation	42	23,3	36	20,9	78	22,2
Activités de santé et d'action sociale	12	6,7	15	8,7	27	7,7
Activités à caractère collectif ou personnel	8	4,4	12	7,0	20	5,7
Activités des ménages en tant qu'employeurs de personnel domestique	3	1,7	36	20,9	39	11,1
Total	193	100,0	186	100,0	379	100,0

Source : enquête ad hoc sur la protection sociale, 2011

Il ressort de l'analyse de ce tableau que la protection sociale couvre l'ensemble des branches d'activité. Ce qui, corrobore avec la vision des sujets enquêtés sur la définition et les orientations de la protection sociale. L'inégale répartition des services pourrait s'expliquer soit par l'offre et la demande, soit par la fragilité et la vulnérabilité du secteur de l'activité. C'est le cas des activités d'administration publique (23%), de l'éducation (22,2%), des activités des ménages en tant que employeurs de personnes domestiques (11,1%), des activités de santé et de développement social (7,7)%).

2.1 Législation et règlementation nationales, traités et conventions internationaux

2.1.1 Législation et règlementation nationales en matière de protection sociale

Un dispositif législatif et réglementaire est en vigueur aussi bien en matière de sécurité sociale, d'aide et d'action sociales que d'économie solidaire.

a) - En matière de Sécurité sociale

Actuellement, la sécurité sociale est le système de protection sociale organisé en faveur des agents des secteurs public, parapublic et privé. Ses bases statutaires sont constituées par les dispositions des différents statuts et du Code du travail, relatives aux rémunérations et autres avantages des agents.

Les différents régimes de sécurité sociale sont déterminés par les bases légales suivantes :

- l'ordonnance n° 79-7 du 18 janvier 1979 modifiée portant régime des pensions des fonctionnaires ;
- l'ordonnance n° 33 du 30 septembre 1971 modifiée fixant le régime général des pensions militaires de retraite ;
- la loi n° 99-041 du 12 août 1999 portant Code de Prévoyance sociale ;
- la loi n° 95-071 du 25 août 1995 fixant le régime de retraite parlementaire ;
- la loi n° 98-050 du 3 août 1998 instituant une allocation de rente et de pension aux victimes ayant subi des préjudices corporels et aux ayants droit des victimes décédées au cours des évènements de janvier à mars 1991 ;
- la loi n° 00-039 du 7 juillet 2000 sur les pupilles du Mali;
- le décret n° 95-368 du 13 octobre 1995 fixant le régime spécial de rémunération des prestations en faveur des personnes âgées au sein des structures de diagnostic, de soins et d'hospitalisation relevant de l'Etat ;
- la loi n° 99-047 du 28 décembre 1999 instituant l'assurance volontaire à l'INPS.
- la loi n°93-013 du 11/02/1993 érigeant la CRM en Etablissement Public à caractère Administratif ;
- la loi n° 09-031 du 27/07/2009 instituant le Régime d'Assistance Médicale au Mali
- la loi n° 09-015 du 26/06/2009 instituant l'Assurance Maladie Obligatoire au Mali ;
- la loi n° 10- 029 du 12/10/2010 consacre le changement de la dénomination de la Caisse des Retraites du Mali en Caisse Malienne de Sécurité Sociale.

L'examen de ces instruments législatifs et règlementaires révèle que le risque chômage n'est pas couvert par le système actuel de sécurité sociale. Cela fait relever que les risques maladie, maternité, accidents du travail et maladies professionnelles, vieillesse, invalidité et décès ainsi que les prestations familiales sont pris en charge pour tout ou partie.

b) - ***En matière d'aide et d'actions sociales***

L'intervention de l'Etat en matière d'aide et d'actions sociales est règlementée par des textes dont le Décret n° 44/PG du 22 février 1968 portant réglementation des secours.
Ce décret tombé en désuétude souffre dans son application du non fonctionnement des commissions de secours et de la lourdeur des procédures de décaissement.

Des facilités sont aussi accordées à certaines catégories par des dispositions spécifiques. Il s'agit entre autres des dispositions relatives aux personnes âgées (décret 95-368 instituant le demi-tarif dans les établissements publics de soins de santé), aux pupilles du Mali, aux enfants d'âge scolaire.

Ces facilités souffrent en général d'une mise en œuvre déficiente, compte tenu, entre autres, du

manque d'information des acteurs (professionnels et bénéficiaires), de la faiblesse des ressources de l'Etat, du manque d'une véritable organisation administrative performante et de suivi/évaluation des dispositifs.

L'aide sociale aussi bien que l'action sociale sont complétées par de dispositifs variés correspondant aux formes diverses de solidarité et d'entraide traditionnelles. A cet égard la famille, les groupes d'âge, le cousinage à plaisanterie, etc., recèlent des mécanismes, contribuant à prendre en charge de nombreux risques courus individuellement par les membres.

c) - En matière de mutualité

Les mutuelles sont régies et réglementées par les textes suivants :

- la Loi N° 96-022 du 21 février 1996 régissant la mutualité au Mali ;
- le Décret N° 96-136 du 2 mai 1996 déterminant les conditions de placement et de dépôt des fonds des mutuelles;
- le Décret N° 96-137 du 2 mai 1996 établissant les statuts-types des mutuelles, des unions et fédérations de mutuelles;
- l'Arrêté interministériel N° 97-0477 du 2 avril 1977 des ministres chargés de la solidarité et de l'administration territoriale fixant les conditions d'agrément des mutuelles.
- l'Arrêté N° 02-17421MDSSP A-SG du 19 août 2002 portant mécanismes de contrôle administratif et financier des mutuelles et organisations mutualistes.

L'existence de ce dispositif législatif et réglementaire offre l'avantage de traduire la volonté politique en faveur d'un développement de plus en plus effectif de cette forme d'organisation pour une prise en charge collective des risques individuels.

d) - Les associations à but non lucratif

« L'Association est la convention par laquelle plusieurs personnes mettent en commun d'une façon permanente leurs connaissances où leurs activités dans un but autre que de partager les bénéfices. Elle est régie, quant à sa validité, par les principes généraux du droit applicables aux contrats et obligations ». Les associations au Mali sont régies par **Loi N° 04-038 / du 05 Août 2004. Cette loi exclue : les** sociétés de commerce, les mutuelles, les associations cultuelles, les congrégations, les coopératives, les syndicats, les partis politiques, les ordres professionnels, les fondations.

Toute association fondée sur une cause ou en vue d'un objet illicite, contraire aux lois, aux bonnes mœurs, ou qui aurait pour but de porter atteinte à l'intégrité du territoire national et à la forme républicaine de l'Etat, est nulle et de nul effet.

e) - Les compagnies privées d'assurance

Dans la déclaration de politique de protection sociale elles constituent des acteurs de la protection sociale bien qu'ayant un but lucratif et régies par le Code des Assurances.

Bien qu'offrant des prestations dans la couverture des risques sociaux, elles comptent une proportion relativement marginale de la population sur ce terrain compte tenu, entre autres, de la faiblesse des revenus.

En conclusion il convient de noter l'existence de nombreuses formes d'organisations de proximité, généralement non réglementées (tontines, groupes solidaires, groupements féminins et autres). Ce qui pourrait constituer un terrain favorable à l'émergence d'un socle de protection sociale.

2.1.2 Traités et conventions internationaux

La vision internationale du développement axée sur la compétitivité et la croissance n'a pas toujours positivement impacté sur les services sociaux de base. Aussi nous assistons à des inégalités sociales croissantes et au resserrement des contraintes sur l'environnement. Ces inégalités, menacent la justice et la cohésion sociale fragilisant du coup la légitimité politique et des institutions. Or, il ne peut avoir de développement durable et solidaire tant que les droits humains les plus élémentaires ne sont pas garantis. Le modèle de développement dominant depuis deux décennies a conduit à des crises (financières, alimentaires, énergétiques) et aux bouleversements climatiques. Une sortie de crise passe par le respect des équilibres socioéconomiques dans un cadre de partenariat renforcé avec l'ensemble des pays.

La matérialisation de cette vision s'est traduite au plan international et régional par l'adoption d'instruments juridiques à la faveur des conférences internationales et régionales. Les instruments juridiques internationaux prennent la forme d'un traité (aussi appelé accord, convention et protocole) qui peuvent être obligatoires aux Etats contractants.

a) Instruments juridiques internationaux

Les origines du droit à la protection sociale remontent à la création de l'Organisation Internationale du Travail (OIT) en 1919 qui mettait plus l'accent sur la protection des travailleurs. La Déclaration de Philadelphie de l'OIT en 1944 reconnait l'obligation pour celle-ci de mettre en œuvre des programmes relatifs à l'extension des mesures de sécurité sociale en vue d'assurer un revenu de base à tous ceux qui ont besoin d'une telle protection. Les autres instruments qui suivent traitent des questions de protection sociale au niveau international.

La Déclaration Universelle des Droits de l'Homme (1948), dispose en son article 22 que toute personne, en tant que membre de la société, a droit à la sécurité sociale et à la satisfaction des droits économiques, sociaux et culturels indispensables à sa dignité et au développement de sa personnalité. En son article 25**,** elle énonce que « Toute personne a le droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux… »

La **Convention Internationale sur l'Elimination de toutes les Formes de Discrimination Raciale (1966),** réaffirme la protection universelle du droit à une santé adéquate et proscrit les droits basés sur la race.

Le **Pacte International relatif aux Droits Economiques, Sociaux et Culturels (1966)** *entré en vigueur* le 3 janvier 1976, garantit à tous les travailleurs le droit aux soins de santé et à la protection de l'emploi durant le congé de maternité. L'Article 10 traite des questions de protection spéciale aux mères pendant et après la maternité ainsi qu'aux enfants et adolescents contre l'exploitation économique et sociale.

La **Déclaration des Droits du Déficient (1971),** réaffirme la protection universelle du droit à la santé adéquate et recommande que des soins appropriés soient fournis aux déficients. La convention stipule aussi que les déficients reçoivent l'aide qui leur permet d'atteindre leur plein potentiel comme des êtres humains.

La **Déclaration Universelle pour l'Elimination Définitive de la Faim et de la Malnutrition (1974)**, établit le droit de tout peuple à la nutrition et à un niveau de nourriture suffisant pour assurer leur bien-être. Elle stipule qu'il incombe fondamentalement aux gouvernements de collaborer en vue d'accroître la production alimentaire et de parvenir à une répartition plus

équitable et plus efficace des produits vivriers entre les divers pays et au sein de ceux-ci.

La **Déclaration des Droits des Personnes Handicapées (1975),** réaffirme la protection universelle du droit à un niveau de santé adéquate et établit que les personnes avec les handicaps ont le droit de recevoir les soins spéciaux dont ils ont besoin.

La **Convention sur l'Elimination de Toutes les Formes de Discrimination à l'Egard des Femmes (1979)** entrée en vigueur le 3 septembre 1981, réaffirme en ses articles 10 et 11 la protection universelle du droit à un niveau de santé adéquat et expose en détail les protections et considérations dues aux femmes.

La **Convention contre la Torture et Autres Peines ou Traitements Cruels, Inhumains ou Dégradants** (1984), entrée en vigueur en juin 1987, recommande en son article 2 que personne ne sera soumis à la torture par l'Etat ou avec son consentement ou acquiescement à l'usage de la terreur par un groupe non gouvernemental.

La **Convention relative aux Droits de l'Enfant (1989)** ratifiée par le Mali en 1990**,** réaffirme la protection universelle du droit à la santé adéquate et proclame que les enfants sont des citoyens de l'Etat et, comme tel, sont des êtres humains garantis des droits spécifiques dans la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme. Elle précise en son article 20 que «Tout enfant qui est temporairement ou définitivement privé de son milieu familial, ou qui dans son propre intérêt ne peut être laissé dans ce milieu, a droit à une protection et une aide spéciales de l'Etat. Les Etats parties prévoient pour cet enfant une protection de remplacement conforme à leur législation nationale ».

b) Comme instruments régionaux on peut citer :

La **Charte Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples (1981)** ratifiée par le Mali la même année**.** Elle est le document fondamental de guide de droits humains de l'Union Africaine et établit en son article 18 que « L'Etat a le devoir de veiller à l'élimination de toute discrimination contre la femme et d'assurer la protection des droits de la femme et de l'enfant tels que stipulés dans les déclarations et conventions internationales. Les personnes âgées ou handicapées ont également droit à des mesures spécifiques de protection en rapport avec leurs besoins physiques ou moraux. »

Charte Africaine des Droits et du Bien-être de l'Enfant (1990). Elle expose en son article 5 les droits fondamentaux de l'enfant africain à savoir la survie, le développement et la protection et proscrit la peine de mort pour les crimes commis par des enfants.

A travers ces instruments, les organismes des Nations Unies, notamment l'Organisation internationale du Travail (OIT), ont renforcé leurs campagnes en faveur de la protection sociale au plus fort des crises que traverse en particulier le monde du travail. Par exemple, en avril 2009, l'OIT, en collaboration avec d'autres agences des Nations Unies, a lancé l'Initiative pour un « Socle de protection sociale » (SPS) qui vise à promouvoir un ensemble de services sociaux essentiels et de facilités dont chacun devrait pouvoir bénéficier.

De même, en juin 2009, la Conférence internationale du Travail (CIT) a adopté le Pacte mondial pour l'emploi, qui préconise d'instaurer des mécanismes de transferts sociaux afin de répondre aux besoins urgents des pauvres. Le Conseil économique et social de l'ONU a récemment manifesté son appui à ce pacte en invitant les Etats membres et les organismes des Nations Unies à le prendre en compte dans leurs décisions de politique générale.

La Commission de l'Union africaine, à travers le processus de Livingstone, a placé la protection sociale au centre des initiatives continentales destinées à protéger les pauvres et les groupes les plus vulnérables de la société. Ce processus a abouti à l'adoption en 2008, par l'Union africaine, d'un cadre de politique sociale pour le continent qui préconise de renforcer les mécanismes de protection sociale, de lutter contre la pauvreté et la faim, de créer le plein emploi et des possibilités de travail décent pour tous, d'améliorer l'accès à l'éducation et aux services de soins de santé, de promouvoir l'égalité entre les sexes et de veiller à l'intégration des groupes les plus vulnérables dans les activités prédominantes de développement.

Ces instruments ont pour la plupart été ratifiés par le Mali à l'exception des conventions 102 et 122 de l'OIT relatives respectivement à l'emploi et aux normes minimales de sécurité sociale. Aussi l'application des conventions ratifiées est sujette à des difficultés de plusieurs ordres: i) faible capacité organisationnelle des syndicats, associations féminines, et organisations de défense des droits de l'homme en charge du suivi de ces conventions, ii) faible niveau d'indépendance en termes de moyens de ces organisations vis-à-vis des pouvoirs publics, iii) pesanteurs socioculturelles.

2.2 Les formes de protection sociale au Mali

Au Mali, la Protection Sociale revêt plusieurs formes complémentaires les unes après les autres à savoir :

2.2.1 Régimes de sécurité sociale : Ils sont de deux ordres :

2.2.1.1 Régimes couverts par l'INPS

- **La sécurité sociale**

Sous la tutelle du Ministère du Développement Sociale de la Solidarité et des Personnes Agées, la gestion des régimes de sécurité sociale est assurée par l'Institut National de la Prévoyance Sociale (INPS), créé par la loi N°61 -59/AN-RM du 15 mai 1961 modifiée par la loi N°96 -004/AN-RM du 26 janvier 1996. C'est un établissement public à caractère administratif, défini comme étant une personne morale de droit public dotée de l'autonomie financière. Il a pour mission de gérer en faveur des travailleurs tels qu'ils sont définis par le code de travail, quatre régimes de prévoyance sociale prévus par le code de prévoyance social institué par la loi N°62-68/AN-RM du 9 août 1962 repris par la loi N° 99 -041 du 13 aout 1999.

Ces régimes sont :

- **le régime des prestations familiales**, vise la diffusion dans les familles des notions et des moyens propres à s'assurer l'amélioration des conditions de vie et d'éducation des enfants. Il comprend les prestations suivantes : (i) les prestations en natures de l'action sanitaire et sociale ; (ii) la prime de premier établissement ;(iii) l'aide à la mère et au nourrisson sous forme d'allocation prénatale et d'allocation de maternité ; (iv) les indemnités journalières prévues en faveur des femmes salariées en congé de maternité ; (v) le remboursement du congé de paternité.

- **Le régime de protection contre la maladie** vise dans le domaine de la prévention à éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait du travail, notamment, par la surveillance des conditions d'hygiène, des risques de contagions. Il assure également les soins aux travailleurs et à leur famille.
- **Le régime de réparation et de prévention des accidents de travail et des maladies**

professionnelles assure aux victimes d'accidents du travail les prestations suivantes : (i) la couverture des frais entrainés par les soins médicaux et chirurgicaux, les frais pharmaceutiques et accessoires ; (ii) La couverture des frais hospitaliers ; (iii) La fourniture, la réparation et le renouvellement des appareils de prothèse et d'orthopédie nécessités par l'infirmité résultant de l'accident ; (iv) Les indemnités journalières, les rentes aux victimes ou à leur ayant droit en cas d'accident mortel.

- **Le régime d'assurance vieillesse, invalidité et allocation de survivants** accordé aux travailleurs concerne : (i) La pension de retraite normale ou anticipée ; (ii) La pension de retraite anticipée pour raison de santé ; (iii) La pension d'invalidité ; (iv) Les pensions de survivant ; (v) L'allocation de solidarité ; (vi) L'allocation de survivant.

Le système de prévoyance sociale des travailleurs salariés mis en place à l'INPS est organisé sur la base de la technique de répartition pour son financement c'est-à-dire que les recettes d'une année doivent couvrir des dépenses de la même année. Ce choix organisationnel fait de l'équilibre des régimes de prévoyance sociale le défi majeur du système. Un tel système n'a, par construction, pas ou peu de réserves et fonctionne en flux tendus. Il n'est pas naturellement équilibré et doit donc régulièrement procéder à des réformes ou alors constituer des réserves en périodes de vaches grasses pour passer les périodes de vaches maigres.

Pour rétablir l'équilibre de la branche pension et partant assurer la viabilité du système tout entier, des mesures de renforcement de diversification des ressources sont mises en œuvres conformément aux articles 224 et 225 du code de prévoyance sociale. Dans ce sens les excédents d'exploitation des régimes sont placés en fonds ou de valeurs, ou investis dans les entreprises ou des institutions et dans l'immobilier. Ces fonds permettent à l'institut de palier aux variations brusques et imprévisibles soit du nombre des bénéficiaires soit du montant des recettes.

La situation financière excédentaire de l'institut aujourd'hui a permis de rétablir la confiance totale de l'ensemble de ses partenaires, d'assurer un service régulier et à échéance des prestations, notamment des pensions et la qualité de sa signature sur la place financière. A ce titre, l'Institut participe de façon active au développement économique du Mali à travers la participation au capital social de certaines institutions comme la BHM- SA.

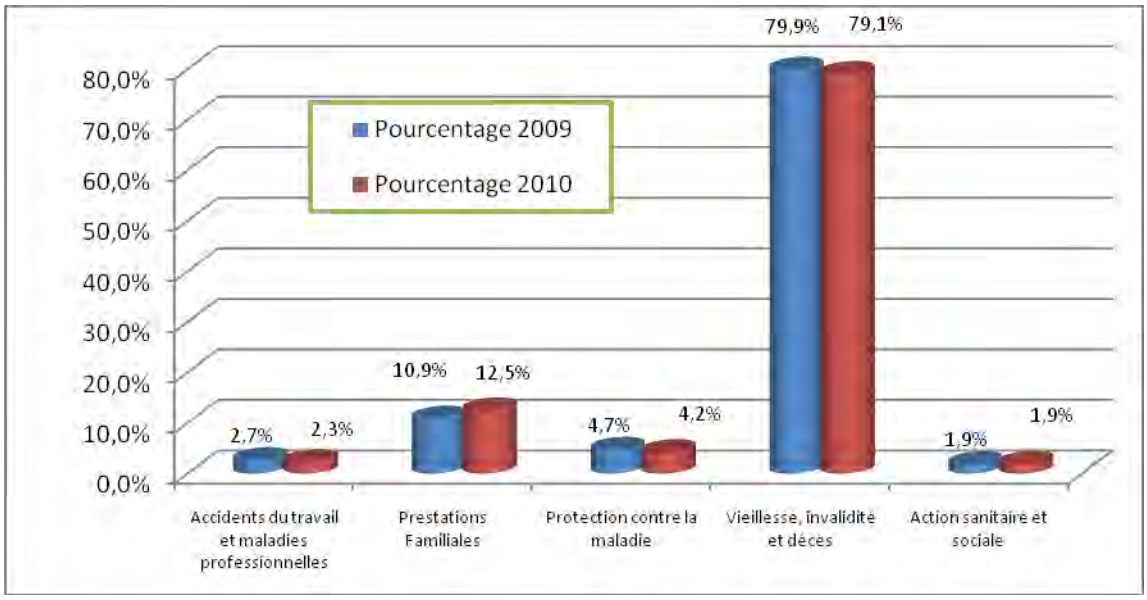
Cette idée de participation de l'INPS au capital de certaines institutions est née à l'occasion de réflexion du conseil présidentiel d'investissement de la création d'une structure financière apte à promouvoir le financement des investissements, l'offre actuelle de crédits d'investissements projetés par les entreprises privées et ce afin de lutter contre le chômage et réduire la pauvreté par une croissance économique forte. C'est ainsi que le Gouvernement du Mali a décidé de la création de deux établissements financiers : le Fonds de Garantie du Secteur Privé (FGSP) et la Société d'Investissements en Capital –Risque (SICR) afin de faciliter l'accès aux sources de financement des PME/PMI avec la participation de l'INPS à concurrence de 20% du capital.

Tableau N°6 : Evolution des dépenses de l'INPS par branche d'activités

Désignation	**2009**	**% de 2009**	**2010**	**% de 2010**	**Taux d'accroissement 2009-2010 (en %)**
Dépenses Techniques					
Accidents du travail et maladies professionnelles	926 817 341	2,7%	877 416 062	2,3%	-5,33%
Prestations Familiales	3 780 871 683	10,9%	4 783 127 930	12,5%	26,51%
Protection contre la maladie	1 635 706 255	4,7%	1 627 270 245	4,2%	-0,52%
Vieillesse, invalidité et décès	27 800 720 826	79,9%	30 299 517 705	79,1%	8,99%
Action sanitaire et sociale	652 841 715	1,9%	736 599 871	1,9%	12,83%
Total	**34 794 795 236**	**100,0%**	**38 323 931 813**	**100,0%**	**10,14%**
Dépenses Administratives	**8 636 626 593**		**10 364 410 331**		20,01%
Recettes de cotisations	**56 674 161 040**		**61 648 944 760**		8,78%
Placements et résultats nets					
Placements	44 949 391 876		54 823 670 304		21,97%
Résultats nets	**8 846 332 102**		**11 698 592 541**		**32,24%**

Source : INPS et calculs ODHD, 2011

Graphique N°3: Evolution (en %) des dépenses de l'INPS par branche d'activités de 2009 à 2010



Source : INPS ANNEE 2011

Les dépenses de prestations servies par l'INPS sont en augmentation globale de 10,08 % par rapport à 2009. Les résultats nets de l'exercice sont en hausse de 32,24% par rapport à 2009.

- ✓ **L'assurance volontaire :**

Depuis le décret N°04-567/P-RM du 08 décembre2004, fixant les modalités d'application de la loi N° 99-047 du 28 décembre1999, instituant l'assurance volontaire à certains régimes de prévoyance sociale de l'INPS et son lancement en 2006, une cellule de gestion de l'assurance volontaire a été mise en place et constitue la structure centrale au niveau de la Direction Générale chargée d'accueillir et d'informer la population cible ainsi que du traitement des dossiers qui lui sont transmis par les structures déconcentrées.

Les relations avec les partenaires : Au cours des années écoulées, l'institut a renforcé ses relations avec les organisations partenaires comme le CNPM et l'ANPE. Une convention a été signée le 14 Août 1983 entre l'INPS et l'ancienne fédération des employeurs (CNPM) relative au recouvrement des cotisations des employeurs au profit de la fédération. L'INPS s'est régulièrement acquitté de cette tâche. Le solde du compte CNPM au 31 décembre 2009 était de 64 458 799 FCFA en sa faveur. L'INPS encaisse pour le compte de l'Agence Nationale pour la Promotion de l'Emploi la taxe sur la main d'œuvre auprès des employeurs et qui est destinée à la promotion de l'emploi au Mali. Cette agence est créée par l'ordonnance N°1/PG-RM du 07/02/1961. Son taux, qui est fixé à 1% des salaires bruts perçus par les travailleurs salariés, est intégré aux autres taux de cotisation pour constituer un ensemble de charges sociales indivisibles. La taxe fait l'objet de versement à l'Institut dans les mêmes formes et conditions que les cotisations patronales. La convention du 24 novembre 2005 modifiant la convention du 24 août 2000 fixe le taux de la ristourne versée à l'INPS par l'ANPE à 2%.

2.2.1.2 Les régimes couverts par la Caisse Malienne de Sécurité Sociale (CMSS)

Après avoir changé de dénomination, la Caisse malienne de la sécurité sociale (ancienne Caisse des Retraites du Mali), est consacrée par la loi n° 10-029 du 10 juillet 2010. Le décret N° 10-394/PRM du 26 juillet 2010 fixe les modalités d'organisation et de fonctionnement. Il est complété en cela par la décision N° 0312/MDSSPA-SG du 20 octobre 2010 fixant les détails de l'organisation et du fonctionnement. La CMSS a comme missions, d'une part les anciennes missions qui étaient dévolues à la Caisse des Retraites du Mali, et d'autre part de nouvelles missions permettant l'extension de son champ d'application tant en personnel qu'en matériel. Il s'agit de : (i) encaisser les cotisations de différents régimes ; (ii) concéder les droits des bénéficiaires de différents régimes ; (iii) servir les prestations aux bénéficiaires de tout autre régime ou branche confiée à la CMSS ; (iv) régulariser les droits à pension de différents bénéficiaires.

Le changement de statut donne la possibilité à la CMSS de prendre en charge d'autres branches ou régimes, notamment la gestion par délégation de l'Assurance Maladie Obligatoire, les Accidents du Travail et Maladies Professionnelles (ATMP), la retraite complémentaire par capitalisation, etc.

La CMSS est confrontée à certaines difficultés, notamment l'insuffisance de ressources propres ; les difficultés liées à l'approvisionnement de certaines perceptions pour le paiement des pensions. Ces difficultés pourraient être surmontées grâce à la réalisation des actions en perspective à savoir : le projet de réorganisation des structures à travers la création de nouveaux services et le renforcement de certains services centraux ; l'extension de la protection sociale, avec la mise en œuvre des ATMP et de la retraite complémentaire par capitalisation.

Tableau N°7 : Evolution des Dépenses de la CMSS par nature de prestations

Désignation	Exercice 2010	Exercice 2011	Taux (en %)
Pensions civiles	27 511 934 071	29 753 191 940	7,5
Pensions militaires	11 456 413 089	12 117 396 621	5,4
Pensions parlementaires	479 010 954	469 537 737	-2
Total des dépenses techniques	**39 447 358 114**	**42 340 126 298**	**6,8**
Recettes de cotisation	12 834 398 566	15 244 962 716	15,8
Dépenses administratives	2 127 091 969	3 139 463 625	32,2
Subventions de l'Etat	28 112 892 000	29 477 790 000	4,6
Déficit	**- 627 159 517**	**-757 107 207**	**-17,1**

Source : CMSS 2012

Les dépenses de prestations servies par la CMSS sont en augmentation globale de 6,8 % entre 2010 et 2011. Le déficit enregistré sur la même période est en augmentation de l'ordre de 17,1%.

✓ **L'Assurance Maladie Obligatoire (AMO),**

Le régime d'assurance maladie obligatoire institué par la loi N°09-015 du 26 juin 2009 vise à permettre la couverture de frais de santé inhérents à la maladie et à la maternité des personnes assujetties et des membres de leur famille. La loi définit entre autres les bénéficiaires, les prestations garanties, les conditions de prise en charge, le conventionnement, le contrôle médical. Ce régime d'assurance, qui se fait avec les contributions des bénéficiaires (à hauteur de 3,06% du salaire pour les travailleurs du secteur formel et 0,75% pour les retraités) et de leurs employeurs (4,48% quand il s'agit de l'Etat employeur et 3,50% quand il s'agit d'un employeur du secteur privé), couvrira environ 16% de la population malienne. Il s'agit des employés du secteur formel, c'est-à-dire les fonctionnaires en activité ou à la retraite et leurs ayants droit, y compris ceux des collectivités territoriales, les travailleurs régis par le code de travail en activité ou à la retraite et leurs ayants droit, les députés en activité ou à la retraite et leurs ayants droit.

L'AMO est estimée pour 317 852 cotisants dont : 229 516 personnes du secteur privé et 88 336 personnes du public totalisant environ 1 954 753 bénéficiaires. Le panier de soin se présente comme suit :

- **risques faibles ou petits risques :** Consultations générales ou spécialisées ; les soins médicaux ; l'imagerie médicale ; les médicaments (essentiels de type générique) ; les analyses de laboratoire ; les soins dentaires (sans prothèses) ; la maternité ;

- **gros risques** : les hospitalisations simples; l'hospitalisation avec intervention chirurgicale et toutes les prestations offertes dans le cadre de petits risques sont valables pour les hospitalisations ;
  Ces risques sont couverts à hauteur de 80% pour les hospitalisations et à 70% pour les traitements ambulatoires.
- le **ticket modérateur** (payé par le bénéficiaire) institué à cet effet est constitué du reliquat non pris en charge par l'AMO ; soit 20 % et 30 % respectivement pour l'hospitalisation et l'ambulatoire ;
  Le système de paiement repose sur le principe du remboursement par l'AMO au prestataire de la part des montants pris en charge par le régime.
- **exclusions** (a priori) : les maladies/interventions déjà gratuites (césarienne, lèpre, tuberculose, vaccination dans le cadre du PEV, ARV, etc.) ; les évacuations sanitaires sur l'extérieur ; les soins de luxe (cures thermales, chirurgie esthétique...) et lunetterie.

L'Assurance Maladie Obligatoire est déjà opérationnelle parce que les cotisations ont commencé à être prélevées et la prise en charge effective a démarré depuis le 1er mai 2011.

La gestion du régime d'assurance maladie obligatoire est confiée à un Etablissement Public à caractère Administratif, créé par la loi N° 09-016 du 26 juin 2009 et dénommé Caisse Nationale d'Assurance Maladie. La CANAM conformément à la loi instituant l'AMO, délègue par voie réglementaire certaines compétences à deux organismes gestionnaires délégués à savoir la Caisse Malienne de Sécurité Sociale et de l'INPS. Ces fonctions sont celles de l'immatriculation/enrôlement des assurés, de la collecte des cotisations de leurs affiliés respectifs et du paiement des prestations aux prestataires de services de santé. Elle passe et suit les conventions avec les prestataires de services de santé et assure le suivi et le contrôle de la gestion de l'AMO pour les fonctions déléguées aux organismes de gestion.

Le régime de l'AMO est unique en son genre en ce sens que : 1°) les différents affiliés (fonctionnaires, travailleurs, députés) paient les mêmes taux de cotisation (exceptés les retraités) ; 2°) les affiliés et leurs ayants droit bénéficient des mêmes paniers de soins définis. Il est contributif sur la base des salaires ou autres revenus et repose sur la mutualisation du risque et le système du tiers payant. Il assure, dans une démarche de solidarité, une couverture sanitaire à tous les affiliés et leurs ayants droit sans discrimination due à l'âge, au sexe, à la nature de l'activité, au niveau et à la nature des revenus, aux antécédents pathologiques ou à la zone de résidence des bénéficiaires.

Les forces et faiblesses de l'AMO

Les forces :

- Pour assurer la pérennité et la viabilité financière du régime dans sa globalité, des mesures d'optimisation ont été prises pour réguler et maîtriser des dépenses de santé, notamment par la mise en place d'instruments essentiels pour un fonctionnement normalisé du dispositif conformément à la politique nationale de santé publique (établissement de la liste des pathologies couvertes ; la fixation des tarifs de médicaments, des actes médicaux et de biologie). Au plan de la gestion technique, la liste des maladies et des prestataires a fait l'objet d'accord préalable. Aussi la confection et la distribution des supports d'identification des assurés ainsi que la mise à disposition des bureaux des entrées des formations sanitaires ont contribué à faciliter le circuit des malades.

Les faiblesses : La mise en œuvre du régime d'Assurance Maladie Obligatoire a révélé certaines insuffisances et faiblesses sur les points suivants :

Au plan de la communication sur l'AMO : la mise en place de l'assurance maladie a révélé l'insuffisance du rôle de relais d'information et de sensibilisation des services techniques, des organisations syndicales de travailleurs et d'employeurs ainsi que des organisations de la société civile. C'est pourquoi des personnes assujetties à cette assurance ont contesté, quelque fois, vigoureusement l'application de certaines de ces dispositions.

C'est ainsi, qu'il a été organisé, à Ségou, un important forum d'information et de sensibilisation sur l'Assurance Maladie Obligatoire auquel ont pris part des membres du Gouvernement, des représentants de l'Assemblée Nationale et du Haut Conseil des Collectivités Territoriales, le Bureau International du Travail, l'Organisation de l'Unité Syndicale Africaine , les Centrales Syndicales (UNTM et CSTM) et des syndicats autonomes des services techniques, les ordres professionnels de la Santé, la Société Civile et tous les responsables politiques, administratifs, techniques et syndicaux de la région de Ségou.

Au plan de l''immatriculation des assujettis : les fonctionnaires militaires, qui sont assujettis à l'AMO, ne sont pas à ce jour immatriculés à l'expiration de la période d'apprêtement souhaitée par le Commandement militaire et la formation des gestionnaires de personnel dispensée en juin 2011.

La prise en compte, conformément à la Déclaration du Conseil des Ministres du 20 avril 2011, de la volonté des personnes assujetties, qui ne souhaitent pas bénéficier de l'assurance maladie obligatoire, a donné lieu à des désistements (voir tableau ci-dessous)

Tableau N°8 : Situation des personnes ayant désisté

Au niveau de la CMSS		Au niveau de l'INPS	
Pensionnés	3 930	Conventionnaires :	21 058
Fonctionnaires civils	17 375	Privés	23 308
Fonctionnaires des collectivités	8 705	Retraités	2 570
Total	30 010	Total	46 936

Source : CMSS et INPS, 2011

En définitive, le nombre total de personnes assujetties qui ne désirent pas bénéficier de l'Assurance Maladie Obligatoire est de 76 946 personnes ; même si l'analyse a fait apparaître quelques insuffisances selon les études initiales.

Au plan du paiement des cotisations des assujettis : Depuis le début du prélèvement des cotisations sur les revenus des personnes assujetties en novembre 2010, aucune cotisation sur le personnel militaire n'a été reversée à la CANAM. S'agissant des cotisations des fonctionnaires des collectivités territoriales, bien que prélevées, elles n'ont pas été reversées par certaines collectivités. Certains employeurs au motif du caractère non obligatoire évoqué par les hautes autorités ne veulent plus payer les cotisations qui sont à leur charge tant bien que le taux des employeurs du secteur privé (3, 50%) a été fixé à la suite de négociation entre le Gouvernement et le Conseil National du Patronat du Mali.

Au plan de la qualité des soins : l'image des établissements de soins publics est entachée à tort ou à raison par un certain nombre de griefs que sont ; (i) les pratiques ne respectant pas les règles déontologiques ; (ii) l'absence des mécanismes rigoureux de contrôle médical ; (iii) l'existence de comportements individuels non compatibles avec les exigences minimales de service public.
Des insuffisances ont été également constatées sur la liste des médicaments et consommables médicaux à savoir : (i) la non disponibilité de nombreuses molécules à la Pharmacie Populaire du Mali ; (ii) l'insuffisance qualitative et quantitative des médicaments et consommables ; (iii) la présence de molécule dont la fabrication est arrêtée ; (iv) l'absence de certaines molécules indispensables dans le traitement de certaines pathologies (dermatologie, ophtalmologie….).

Les Apports de l'AMO pour la protection sociale
Sur le plan macro : le budget annuel de l'AMO représente environ 21% de celui du global des institutions de Sécurité Sociale et constitue un élément nouveau qui accroît la part des transferts monétaires indirects dans le cadre de la protection sociale et 0,60% du PIB.

Sur le plan politique et institutionnel, la réforme de l'AMO contribuera à apporter un des plus importants changements structurels dans le système de protection sociale du pays.

Dans ce sens, la création de la CANAM et des structures de gestion de l'AMO au sein de l'INPS et de la CMSS imprime une forte dynamique dans le cadre de l'extension des champs d'application matérielle et personnelle en matière de protection sociale. Elle entraîne, par ailleurs, une réorganisation au sein des institutions de sécurité sociale, notamment l'INPS surtout quant au régime de protection contre la maladie.

Sur le plan sanitaire et social, de nombreuses avancées sont attendues : notamment l'amélioration de l'état de santé des bénéficiaires grâce à un meilleur accès aux soins de santé par la levée de la barrière financière jusque-là motivée par le paiement direct ; l'amélioration du taux d'utilisation des services ; l'amélioration de la qualité de l'offre de soins de santé au sein des établissements de soins (par le système de conventionnement) ; la réduction de la vulnérabilité des bénéficiaires grâce à une meilleure solvabilité (économie de ressources).

La CANAM suivant cette dynamique poursuit le conventionnement avec les prestataires de soins notamment avec les associations de santé communautaire (ASACO). Dans cette dynamique, 927 Centres de Santé Communautaires, sur les 1054 recensés par la FENASCom, sont en train d'être apprêtés, par la formation de leurs personnels de santé pour dispenser les prestations de soins.

De même, un accord de partenariat quadripartite entre l'APEJ, la FENASCom, la CANAM et l'Ordre des Médecins a été signé le 21 septembre 2011. Cet accord, qui vise à mettre du personnel qualifié à la disposition des CSCom, permettra, à terme, par le relèvement de leurs plateaux techniques, d'améliorer sensiblement la qualité des soins dispensés.

- ✓ **Le Régime d'Assistance Médicale**

La loi n° 09-030 du 27 juillet 2009 a permis la mise en place d'un Régime d'Assistance Médicale afin d'assurer une couverture médicale aux personnes dépourvues de revenu. Le décret n°2011-133/P-RM du 22 mars 2011, désigne à la fois les membres du Conseil d'Administration de l'Agence Nationale d'Assistance Médicale et les structures qu'ils représentent.

L'éligibilité au Régime d'Assistance Médicale est reconnue à titre temporaire aux personnes qui ne sont pas assujetties au régime d'Assurance Maladie Obligatoire et celles qui ne disposent d'aucune couverture maladie. Cette reconnaissance ne peut excéder une année. Le bénéfice de l'assistance médicale est supprimé lorsque le titulaire vient à bénéficier du régime d'Assurance Maladie Obligatoire, à titre personnel ou en qualité d'ayant droit, ou voit sa situation améliorée. Sont admis de droit au bénéfice de l'assistance médicale : les pensionnaires des établissements de bienfaisance, orphelinats, ou des établissements de rééducation et de tout établissement public ou privé à but non lucratif hébergeant des enfants abandonnés ou adultes sans famille.

Le RAMED est financé par l'Etat sur budget national (65 %) et les collectivités locales (35 %) et couvre 5% de la population représentant les indigents, soit à peu près 597 835 personnes.

Le panier de soins du RAMED couvre les soins ambulatoires (consultations médicales, soins infirmiers, soins dentaires, imageries médicales, examens de laboratoire, petites chirurgies), les hospitalisations (frais d'hôtellerie hospitalière, actes médicaux et chirurgicaux), les produits pharmaceutiques (inscrits sur une liste des médicaments admis), les prestations de maternité (ensemble des frais médicaux, analyses, examens, hospitalisation liée à la grossesse, accouchement et ses suites).

Tous ces soins doivent être fournis dans un établissement public ou communautaire conventionné et sont pris en charge à 100 %.

Sont exclus de la couverture garantie par le Régime d'Assistance Médicale, les interventions de chirurgie plastique et esthétique, à l'exception des actes de chirurgie réparatrice et d'orthopédie maxillo-faciale, les lunetteries et toutes autres prestations et médicaments qui ne sont pas retenus dans la liste des actes et médicaments du Régime d'Assistance Médicale conformément à la réglementation en vigueur.

La Gestion du RAMED est assurée par l'ANAM qui a le statut d'Etablissement Public National à caractère Administratif doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière.

Les activités de l'ANAM pour l'instant sont centrées sur les missions d'information, de sensibilisation, de recensement des indigents et la production d'un magazine. Ces actions ont permis d'assurer une avancée significative dans la mise en œuvre du RAMED, même si quelques contraintes demeurent notamment la non mobilisation des ressources des collectivités territoriales ; le retard dans la réalisation des marchés relatifs à l'acquisition des équipements nécessaires au bon fonctionnement des opérations (matériels roulants, serveur, etc.) ; la non régularisation des salaires des agents contractuels recrutés par l'ANAM.

Malgré la création du Régime de l'Assurance Maladie Obligatoire et du Régime d'Assistance Médicale, environ 80% de la population malienne dont la majeure partie constituée de ruraux resteront sans couverture médicale (selon les rapports des études de la Direction Nationale de la Protection Sociale et de l'Economie Solidaire).

La nécessité d'une nouvelle politique d'extension de la protection sociale s'impose. En plus de la création de mutuelles selon un format standard, il doit être développé des formes endogènes de pré-mutuelles socialement acceptables par les populations qui évolueront progressivement vers des formes plus achevées conformément à la loi en vigueur.

2.2.1.3 la Réforme des Régimes Pensions de la CRM et de l'INPS

Il ressort des études actuarielles réalisées en 2005 et 2006 au niveau de la CRM et de l'INPS que si rien n'est fait, le déficit de la branche vieillesse de chacune des Caisses va atteindre des proportions hors du commun. Selon les résultats des études, le déficit de la CRM passerait de 18 milliards de FCFA en 2006 à plus de 185 milliards de FCFA en 2030 (horizon de projection de l'étude). Pour l'INPS, le déficit ira croissant pour faire basculer l'INPS d'une situation globale excédentaire de 5,7 milliards de FCFA en 2004 à une situation globale de déficit dans moins de 10 ans. Le déficit du régime vieillesse va atteindre 196 milliards de FCFA en 2034 horizon de l'étude.

Les mesures d'accompagnement préconisées sont entre autres :

- **Pour la Caisse des Retraites du Mali :**

- *introduction d'un second pilier par capitalisation :* suite à la réduction progressive du taux de remplacement, il s'avère indispensable pour les futurs retraités de se constituer par eux-mêmes un complément de retraite communément appelé « retraite par capitalisation ». La création d'un régime par capitalisation au sein de la CRM s'inscrit dans une évolution globale de la retraite au Mali qui confère aux régimes de répartition une finalité de **solidarité** (servir une pension de base au plus grand nombre) et au régime de capitalisation une fonction d'**assurance** (donner à chacun la possibilité de se constituer un revenu complémentaire dépendant de son effort contributif). Le régime de capitalisation prévu sera complémentaire, individuel et obligatoire.

- *mettre en place un régime des accidents de travail et des maladies professionnelles :* en application du programme d'extension de la Protection Sociale assignée à la CRM par le Gouvernement, il est prévu la mise en place d'un régime des accidents de travail et des maladies professionnelles au profit des fonctionnaires civils, militaires et parlementaires.

- **Pour l'INPS :**

- *réviser les conditions d'attribution et de paiement de la pension de réversion :* les conditions d'attribution de la pension de réversion pourraient être révisées et liquidées de façon définitive avec un paiement unique en y introduisant des critères d'âge et de revenu ;
- *fixer un niveau de pensions minima :* les pensions minima pourraient être fixées et revalorisées dans les mêmes conditions que les pensions normales indexées sur l'inflation ;
- *plafonnement des salaires soumis à cotisation :* le plafonnement des salaires soumis à cotisation (à 750000 FCFA par exemple) pourrait contribuer à réduire la forte disparité qui existe entre les pensions servies par l'INPS ;
- *introduire un second pilier par capitalisation :* il s'agit d'introduire un régime complémentaire comme 2ème pilier qui accompagne le plafonnement des salaires soumis à cotisation.

2.2.2 Aide sociale

Selon la Déclaration de Politique de Protection Sociale, l'Aide Sociale est l'ensemble des mesures d'assistance assurées par l'Etat et les collectivités publiques, qui visent les personnes se trouvant dans une situation de besoin et dont les ressources sont insuffisantes. Elle est complémentaire aux autres dispositifs de la Protection Sociale. Elle trouve son fondement dans la solidarité. C'est un système de protection légale comme la sécurité sociale, mais ses prestations sont non contributives.

2.2.3 Action sociale

Selon la même Déclaration de Politique, l'Action Sociale est un ensemble de prestations, soit parallèles à celles de l'aide sociale ou de la sécurité sociale, soit complémentaires, visant en général les mêmes catégories de personnes, mais distribuées selon des critères plus souples. De plus, l'action sociale ne relève pas exclusivement des services publics à la différence de l'aide sociale. Elle vise davantage à améliorer les situations sociales ; donc a un caractère plutôt promotionnel.

Tableau N°9 : Situation des appuis en matière d'aide et action sociale de 2008 à 2010

Désignation	2008		2009		2010	
	Montants en FCFA	Pourcentage	Montants en FCFA	Pourcentage	Montants en FCFA	Pourcentage
Appui aux services sociaux spécialisés	16 000 000	6,8%	16 000 000	6,6%	16 000 000	6,0%
Appui aux institutions d'éducation spéciale	10 000 000	4,3%	10 000 000	4,1%	10 000 000	3,7%
Appui aux associations et autres institutions	56 250 000	23,9%	62 250 000	25,8%	62 250 000	23,3%

Actions Humanitaires en termes de Secours d'Urgences, Temporaires, Alimentaires, Maladies, assurance Promotionnelle, Allocation Triplés (naissances multiples	70 000 000	29,8%	70 000 000	29,0%	99 000 000	37,1%
Insertion Sociale	55 750 000	23,7%	55 750 000	23,1%	55 750 000	20,9%
Promotion Communautaire	27 000 000	11,5%	27 000 000	11,2%	24 000 000	9,0%
Total	**235 000 000**	**100,0%**	**241 000 000**	**100,0%**	**267 000 000**	**100,0%**

Source : Données de la Direction Nationale du Développement Social (CDS) compilées par l'auteur, 2011

NB : Ces appuis au niveau central ne prennent pas en compte ceux du niveau régional qui s'élèvent à près de 195 000 000 FCFA pour la période 2008 – 2010.

2.2.4 Mutualité

L'histoire de la mutualité au Mali comporte trois grandes périodes à savoir :

- la période coloniale pendant laquelle des mutuelles de corporation notamment celles des postes et télécommunications des chemins de fer et la diocésaine ont vu le jour. Il s'agissait des groupements qui, quand bien même étaient fondés sur le principe de solidarité, relevaient plus du syndicat ou de l'administration centrale de l'entreprise au sein de laquelle ils ont vu jour. A l'époque, le risque maladie ne constituait pas une priorité de ces mutuelles ;

- la deuxième période se situe dans les années 80 marquées par les effets des programmes d'ajustements structurels et qui ont éveillé au sein surtout des travailleurs du secteur public, la nécessité de développer des instruments de solidarité pour amortir les chocs auxquels ils étaient confrontés. Cette volonté s'est manifestée par la naissance et le développement de mutuelles dont la Mutuelle des Travailleurs de l'Education et de la Culture (MUTEC) est le prototype. Ces mutuelles étaient plus soucieuses de garantir à leurs adhérents une prestation retraite et/ou décès. Elles faisaient appel aux notions de solidarité et de prévoyance par rapport à des risques certains tels que la retraite et cela compte tenu des difficultés d'accès aux premières pensions ;

- la troisième époque dans l'évolution de la mutualité malienne démarre dans la décennie 1990 avec l'adoption de la politique sectorielle de santé et surtout le Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social (PDDSS) qui, dans chacun des deux programmes qu'il a comportés, a consacré un volet au développement des mécanismes alternatifs de financement de la santé à travers les mutuelles.

A travers ces différentes politiques, l'Etat a manifesté son option de s'appuyer sur les organisations de la société civile (Mutuelles, Associations et autres ONG, etc.) pour une meilleure couverture sociale de la population.

Dans le souci de favoriser la concrétisation de cette stratégie, l'Etat a défini en 1996, l'environnement législatif et réglementaire de la mutualité par l'adoption de la loi régissant la mutualité en République du Mali et de quatre textes d'application de cette loi (deux décrets et deux arrêtés dont un interministériel).

A la même période, les gouvernements malien et français signaient une première convention pour la mise en œuvre du projet d'appui au développement des mutuelles de santé. C'est dans le cadre

de la mise en œuvre de ce projet que l'Union Technique de la Mutualité a été créée en avril 1998. Cette nouvelle ère de la mutualité malienne est marquée par un fort engagement politique des pouvoirs publics exprimé dans différents documents (PDDSS 1998-2007, Déclaration de Politique de Protection Sociale, Plan d'Extension de la Protection Sociale). Cet engagement reste quand même peu ressenti sur le terrain en termes d'opérationnalisation.

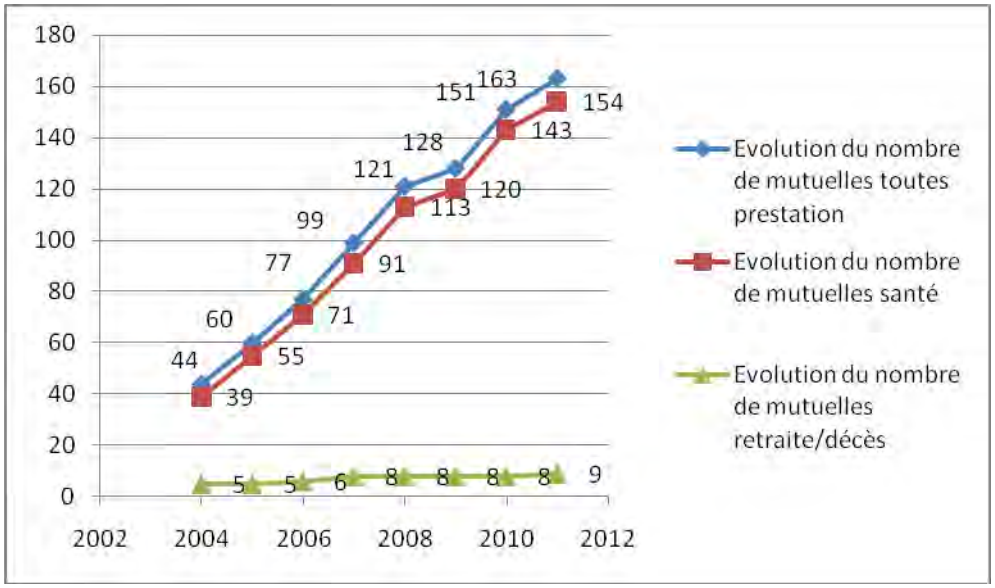
La réforme institutionnelle de 2000, qui a vu la création de la Direction Nationale de la Protection Sociale et de l'Economie Solidaire, a donné un nouveau souffle au développement de la mutualité avec une meilleure organisation de la tutelle et la création d'un service dédié au renforcement des capacités des acteurs de développement de la mutualité, le Centre d'Appui aux Associations, Mutuelles et Sociétés Coopératives (CAMASC).

Tableau N°10 : Situation des mutuelles agréées par région en 2011

Répartition des mutuelles au Mali			
Localités	**Nombre de mutuelles**	**Nombre d'adhérents**	**Nombre de bénéficiaires**
District de Bamako	46	117 094	377 723
Kayes	11	9 007	29 056
Koulikoro	13	8 809	28 867
Sikasso	35	16 213	52 300
Ségou	24	12 809	40 867
Mopti	17	5 404	17 433
Tombouctou	6	7 206	23 244
Gao	9	3 231	10 722
Kidal	2	372	900
TOTAL	163	**180 145**	**581 112**

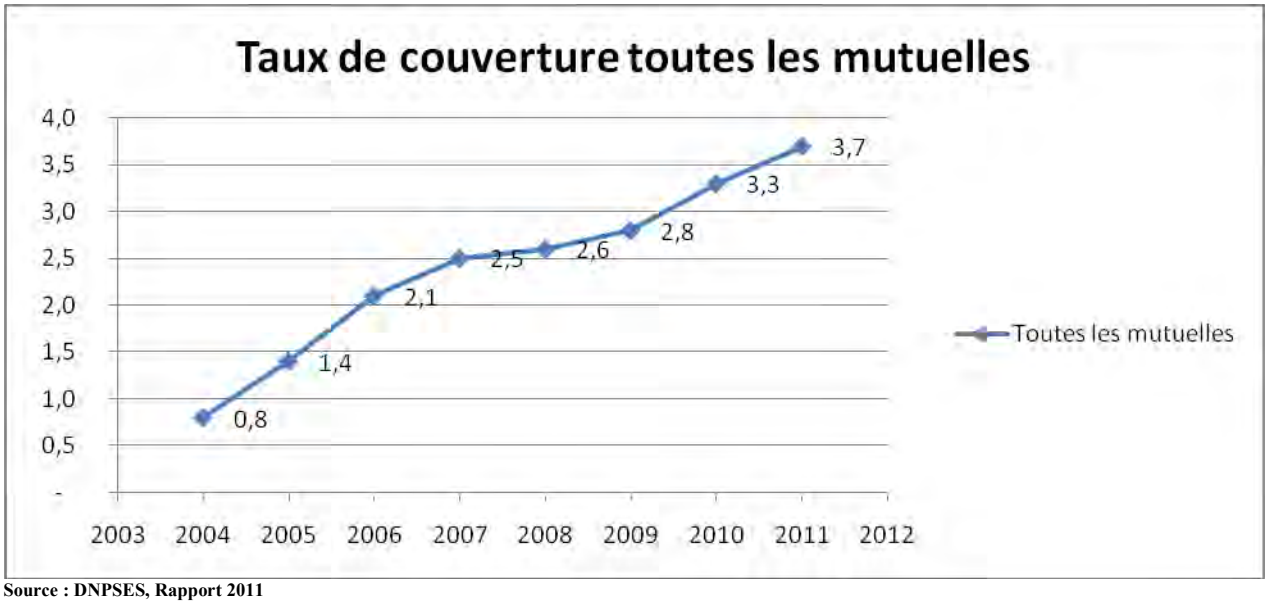
Source : DNPSES, Rapport 2011

Graphique N°4: Evolution du nombre de mutuelles par type



Source : DNPSES, Rapport 2011

Graphique N°5: Couverture de toutes les mutuelles



Source : DNPSES, Rapport 2011

2.2.5. Assurances privées

Une **assurance** est un service qui fournit une prestation lors de la survenance d'un risque. La prestation, généralement financière, peut être destinée à un individu, une association ou à une entreprise, en échange de la perception d'une cotisation ou prime. Par extension, l'assurance est le secteur économique qui regroupe les activités de conception, de production et de commercialisation de ce type de service. Les conditions qui permettent d'assurer une chose sont entre autres : l'aléa, c'est à dire l'imprévisibilité d'un événement dommageable en tant que tel ou d'une de ses caractéristiques (ex : décès), l'indépendance de la volonté de l'assuré (ex : incendie), le caractère licite de l'évènement (ex : impossibilité d'assurer les conséquences d'une condamnation pénale ou d'amendes). Cela implique entre autres que les évènements passés connus ne peuvent pas être assurés (sinistre déjà réalisé). En conséquence, sur le principe, il est possible de souscrire une assurance pour tout événement relatif à la propriété d'un bien meuble, à celle d'un bien immeuble, à la vie, à la santé, etc.

Il n'est donc pas facile de faire le lien entre les produits des assureurs, les offres commerciales voire parfois le mode de comptabilisation à appliquer, certaines conventions ont été adoptées dans la pratique. Les types de contrats d'assurances les plus communs sont les contrats d'assurance vie et les contrats d'assurance dommage ou Incendie, Accident et Risques Divers (IARD). On distingue les contrats d'Assurance de Personnes (AP) et ceux d'assurance de biens et responsabilités. Les assurances de personnes correspondent à l'assurance vie complétée de l'assurance des dommages corporels (Santé, Invalidité, Décès toutes causes). Les assurances de biens et responsabilités correspondent à l'IARD hors assurances des dommages corporels. Parfois, les assurances assurent les loteries et les jeux, pour que les gains improbables et importants soient possibles.

Au Mali à la différence des autres secteurs d'activités, l'assurance demeure très peu connue ou méconnue d'une frange importante de la population. De nombreux citoyens perçoivent les assureurs comme des opérateurs économiques riches, qui encaissent des primes d'assurances et qui rechignent à indemniser les sinistres. Pour inverser cette tendance, le Comité des Compagnies d'Assurance du Mali (CCAM) a mis un accent particulier sur la communication afin de toucher le grand public.

Créé dans les années 1980, ce Comité a pour objectif de faciliter la communication et de résoudre tous les problèmes qui pourraient surgir entre les sociétés membres par la voie d'arbitrage et de concertation; de procéder à la formation continue du personnel du secteur de l'assurance et de la réassurance ; de favoriser et de vulgariser l'assurance et la réassurance; de promouvoir l'industrie des assurances au Mali.

Grâce aux actions du CCAM, les neuf compagnies d'assurances présentes au Mali ont réalisé un chiffre d'affaires cumulé de 23 milliards de F CFA en 2010, contre 20 milliards de FCFA en 2009 (soit une hausse de 15 %) et 15 milliards en 2005 (+ 53,3 % en cinq ans). Si ce résultat est encore modeste comparé à celui de la Côte d'Ivoire (plus de 120 milliards de F CFA), sa progression suffit à convaincre les professionnels de l'intérêt du marché.

Selon la Direction générale de la Société Nationale d'Assurance Vie (SONAVIE) les mentalités ont changé. « Le système communautaire ne marchant plus, tout le monde a vu un frère ou un cousin connaître de graves difficultés financières une fois arrivé à la retraite, et cela pousse les gens à penser à se protéger. » En un an, le chiffre d'affaires de la SONAVIE a grimpé de 15 % (de 2,540 milliards de F CFA en 2009 à 2,938 milliards en 2010) et les perspectives pour 2011 sont du même ordre, d'autant que la compagnie, qui compte près de 19 000 assurés en complémentaire retraite, commence à capter la clientèle du secteur informel. De même, Sabunyuma et la Nouvelle Société Interafricaine d'Assurance dont les deux filiales, NSIA Mali et NSIA Vie Mali, sont arrivées sur le marché en 2010, se tournent vers les zones rurales et les coopératives villageoises pour recruter de nouveaux affiliés.

Le marché bancaire se développe à un bon rythme, selon l'Association Professionnelle des Banques et Etablissements Financiers (APBEF) du Mali. D'ici à la fin 2012, le taux de bancarisation devrait atteindre les 20 %. En 2010, il s'est établi à 13,33 % (contre 9,21 % en 2004), institutions de microfinance comprises, et à 6,6 % pour les seuls établissements classiques, ce qui place le Mali au deuxième rang de l'Union Monétaire et Economique Ouest Africaine (UEMOA), derrière le Togo et devant le Sénégal, le Bénin et la Côte d'Ivoire. Cette évolution a été portée par la loi sur la bancarisation de 2004 qui rend obligatoire le paiement des salaires de l'administration par des moyens scripturaux, par la simplification des démarches pour obtenir des moyens de paiement modernes et, enfin, par la multiplication des agences, dont le nombre est passé de 143 en 2006 à 286 en 2010.

Chez Colina Mali, avec un chiffre d'affaires de plus de 6 milliards de F CFA en 2010, « la branche assurance maladie a doublé en deux ans pour atteindre 432 millions de F CFA en 2010. Il a déjà dépassé les 685 millions de FCFA entre le 1er janvier et le 31 août 2011 » selon la Direction technique et commerciale du groupe.

Pour mieux attirer les particuliers, les assureurs maliens adaptent leur offre. Ainsi, la SONAVIE propose des cotisations d'épargne retraite à partir de 10 000 F CFA. Colina Mali a, quant à lui, élaboré un système de tiers payant, avec une carte d'assuré valable auprès d'un réseau de professionnels de santé (hôpitaux, centres de soins, médecins, pharmacies…).

L'entrée en vigueur du régime d'assurance maladie obligatoire devrait aussi bénéficier aux assureurs privés. Ce qui devrait à long terme, profiter aussi bien aux assurés qu'aux assureurs, dans la mesure où les 20 % ou 30% d'actes médicaux que le patient doit régler pourraient être pris en charge par l'assureur.

Malgré ces chiffres en croissance, beaucoup d'usagers, ne s'adressent au marché de l'assurance

que pour le risque automobile, à cause du caractère obligatoire de l'assurance de responsabilité civile. Mais là encore, tous les automobilistes ne respectent pas cette obligation. L'assurance automobile constitue, à elle seule, près de la moitié du chiffre d'affaires réalisé par les compagnies d'assurances au Mali. Cette relative importance cache une énorme perte et pour les compagnies d'assurances et pour l'Etat, une partie importante du parc automobile n'est pas assurée. Un autre aspect, demeure les contraintes essentielles liées à la délocalisation des risques, le non-respect des assurances obligatoires.

Pour l'avenir du secteur, les professionnels s'inquiètent de la crédibilité des compagnies. Certains assureurs, peu rigoureux dans l'indemnisation des sinistres, entachent la réputation de toute la profession, ce qui constitue un véritable défi que la corporation doit relever, afin de permettre aux compagnies d'assurance de jouer leur rôle de collecteur d'épargne au service de l'économie nationale. Aussi est-il nécessaire de rappeler que le secteur des assurances est éminemment porteur pouvant procurer des ressources de longue durée si l'autorité de tutelle, au travers d'une politique mieux ciblée, renforce les capacités d'intervention des acteurs sur le marché. Une telle politique, nécessite l'érection de la division chargée des Assurances au niveau de la Direction Nationale du Trésor et de la Comptabilité Publique, à l'instar de certains pays, en une Direction Générale. Cette structure centrale sera chargée de l'orientation, du développement et de la surveillance du secteur.

2.2.6. Les formes de protection sociale selon les structures enquêtées

L'analyse des tableaux ci-dessous indique que les structures enquêtées mettent l'accent en majorité sur la sécurité sociale (29,5%), l'aide sociale (24,7%), l'action sociale (19,3%) comme forme de protection sociale. Toutefois, elles énumèrent d'autres formes de protection sociale que sont entre autres : la promotion des droits, l'appui financier, matériels : équipements, lutte contre la pauvreté, la création d'emploi. Ces dernières formes de protections citées peuvent être comprises comme des actions de la protection sociale.

Cette divergence de compréhension des formes de protection sociale par les structures enquêtées traduit l'insuffisance voire l'inexistence de passerelles de collaboration et de synergies d'actions dans la mise en œuvre des programmes de protection sociale. Toute chose qui interpelle les professionnels du domaine à la réflexion sur l'établissement d'un socle de protection sociale pour une plus grande visibilité des prestations en la matière.

S'agissant de la situation d'accès aux différentes formes de protection sociales, les structures enquêtées soutiennent en majorité la maladie (14,1%). Cet état de fait pourrait s'expliquer par le développement des mutuelles de santé, la gestion des accidents de travail et la prise en charge des maladies professionnelles. A ces facteurs s'ajouterait l'avènement de l'Assurance Maladie Obligatoire et le Régime d'Assistance Médicale.

Tableau N°11 : Formes que la protection sociale doit revêtir, selon les Structure

Selon votre structure/organisation quelles sont les formes que la protection sociale doit revêtir?	Type de Structure													
	Services publics		Projets/ Programmes		Elus		Société civile		Mutuelles		Banques et Assurances		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Sécurité sociale	153	30,7	15	33,3	20	27,8	87	26,4	7	36,8	2	33,3	284	29,5
Aide sociale	118	23,7	10	22,2	22	30,6	82	24,9	5	26,3	1	16,7	238	24,7
Action sociale	95	19,1	7	15,6	14	19,4	70	21,3	5	26,3			186	19,3
Appui, conseil, renforcement de capacité, formation	23	4,6			3	4,2	12	3,6					38	3,9
Promotion droit, défense des intérêts	13	2,6	2	4,4			11	3,3					26	2,7
Appui financier, en matériels/ équipements fourni par l'Etat	17	3,4	2	4,4	1	1,4	11	3,3					31	3,2
Appui financier, en matériels/ équipements fourni par d'autres partenaires	8	1,6	1	2,2			6	1,8			1	16,7	16	1,7
Amélioration conditions et cadre de vie	27	5,4	5	11,1	1	1,4	17	5,2	1	5,3	2	33,3	53	5,5
Lutte contre la pauvreté, promotion économique (y compris création AGR)	15	3,0	1	2,2	2	2,8	7	2,1					25	2,6
Création d'emplois	4	0,8					2	0,6					6	0,6
Autres formes de protections sociales	7	1,4			1	1,4	6	1,8					14	1,5
ND	18	3,6	2	4,4	8	11,1	18	5,5	1	5,3			47	4,9
Total	**498**	**100**	**45**	**100**	**72**	**100**	**329**	**100**	**19**	**100**	**6**	**100**	**964**	**100**

Source : enquête ad hoc sur la protection sociale, 2011

Tableau N°12 : Situation dans laquelle on devrait bénéficier des formes de protection sociale, selon les Structures

Dans quelles situations devrait-on bénéficier de ces formes de protection sociale	Type de Structure													
	Services publics		Projets/ Programmes		Elus		Société civile		Mutuelles		Banques et Assurances		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Maladie	88	13,3	8	13,1	11	10,7	77	16,1	5	15,6			189	14,1
Pauvreté	41	6,2	1	1,6	9	8,7	44	9,2	2	6,3	2	33,3	99	7,4
Catastrophes naturelles (sinistres, calamites, incendies)	80	12,1	7	11,5	9	8,7	57	11,9			1	16,7	154	11,5
Vulnérabilités (veuves, orphelins, sida)	66	10,0	8	13,1	8	7,8	54	11,3	1	3,1			137	10,2
Précarités, (démunies)	77	11,6	11	18,0	9	8,7	54	11,3	5	15,6	2	33,3	158	11,8
retraite, vieillesse, handicap (physique, mental)	73	11,0	7	11,5	8	7,8	49	10,3	5	15,6			142	10,6
Accidents, invalidité, handicap	64	9,7	6	9,8	6	5,8	40	8,4	3	9,4			119	8,9
Décès	19	2,9	2	3,3	5	4,9	7	1,5	1	3,1			34	2,5
Chômage	29	4,4			5	4,9	11	2,3	2	6,3			47	3,5
événements sociaux (Baptêmes, mariage)	9	1,4	1	1,6	4	3,9	6	1,3	1	3,1			21	1,6
Travail salarié/Congé maternité	46	6,9	7	11,5	6	5,8	18	3,8	4	12,5	1	16,7	82	6,1
Membres de coopérative, association, mutuelle,	23	3,5	2	3,3	4	3,9	21	4,4	1	3,1			51	3,8

ou autres groupements														
Conflit/Guerre	3	0,5			5	4,9	5	1,0					13	1,0
Autres situations	22	3,3			4	3,9	15	3,1	1	3,1			42	3,1
ND	22	3,3	1	1,6	10	9,7	19	4,0	1	3,1			53	4,0
Total	**662**	**100**	**61**	**100**	**103**	**100**	**477**	**100**	**32**	**100**	**6**	**100**	**1341**	**100**

Source : enquête ad hoc sur la protection sociale, 2011

2.2.7 Les programmes de transferts sociaux (filets sociaux).

Il n'existe pas une définition universelle des filets sociaux du fait de la complexité du ciblage, du choix des programmes en rapport avec les réalités locales. Dans le contexte malien, le terme « filets sociaux » se réfère aux programmes de transfert non contributifs destinés, aux personnes pauvres ou vulnérables. En ce sens, il équivaut aux termes « aide sociale » et « action sociale ». Même si dans la pratique, ces notions couvrent un éventail plus large d'activités, comme les activités génératrices de revenus.

Les programmes de filets sociaux maliens peuvent être classés en quatre catégories : i) les programmes qui procèdent à des transferts en espèces ou en nature, tels que les programmes de distributions alimentaires, nutritionnels ou de cantines scolaires ; ii) les programmes qui distribuent des subventions globales des prix sous la forme d'exonération fiscale sur les produits alimentaires ; iii) les programmes qui fournissent des revenus (par exemple, les travaux publics en échange de nourriture ou de paiement en espèces) ; et iv) les programmes qui améliorent le capital humain et donnent accès aux services de base (par exemple, les dispenses des frais de santé).

Transferts en espèce et en nature

Bien que l'expérience du Mali en matière de transferts en espèce soit limitée, les partenaires portent un intérêt croissant à ce type d'instrument et de nouveaux programmes pilotes sont prévus dans l'avenir**.** Le Ministère du Développement Social, de la Solidarité et des Personnes Agées effectue des transferts en espèces vers les individus à titre exceptionnel uniquement. De plus, ces dernières années, quelques projets isolés de transferts en espèces ont été mis en œuvre de manière ponctuelle et pour une période limitée (crises et interventions d'urgence). Cependant, tous ces projets pilotes, coordonnés par des organisations internationales ou non gouvernementales avec le financement des bailleurs de fonds, ont une portée limitée. A titre d'exemple, quelques projets de transferts en espèces ont été mis en œuvre à une échelle pilote pour tester explicitement la pertinence et la faisabilité des transferts en espèces au Mali : Oxfam GB conduit un projet de transfert en espèces d'urgence dans la région de Gao et Sikasso depuis 2009, l'UNICEF a aussi appuyé un projet pilote de transferts en espèces nommé « Bourses Maman » entre 2002 et 2007.

Les Bourses Maternelles pour l'éducation au Mali (*bourses maman*)
Les caractéristiques du programme: Le projet a été inspiré selon le succès du programme de bourse Brésilien. Le projet "*Bourse Maman*" a été conçu pour tester l'efficacité des transferts liquides conditionnels en vue d'augmenter l'inscription scolaire, la régularité aux cours jusqu'à la fin du 1e Cycle, aussi bien que d'améliorer les soutiens que fournissent les parents à la maison pour de meilleurs résultats en faveur de leurs enfants. Le projet ciblait tant les filles que les garçons de familles pauvres déjà inscrits à l'école primaire (de la 1ère à la 6ème année) dans neuf écoles pilotes situées dans des zones pauvres des régions de Kayes et de Mopti où existent déjà des services scolaires, mais avec une demande très faible de scolarisation. Un transfert liquide de 5 000 FCFA (12 USD) par mois a été alloué aux mères des élèves bénéficiaires pour plus de 8 à 9 mois - octobre à mai. Ce niveau des allocations est une somme forfaitaire

arbitraire, qui ne prend pas en compte le nombre d'enfants en âge de scolarité de la mère bénéficiaire. Ce montant est supposé couvrir les besoins d'éducation de l'enfant tels les frais stationnaires et les autres frais d'éducation, mais aussi pour indemniser si possible, la maman pour avoir renoncé aux services pour lesquels l'enfant aurait pu être utilisé.

Mécanismes de ciblage: L'UNICEF a mis en œuvre le projet avec quatre ONG locales (Stop Sahel et GUAMINA dans la région de Kayes, OMAES et AMPRODE dans la région de Mopti) et avec les autorités scolaires locales ("*Centre d'Animation Pédagogique*"). Entre 2002 et 2007, un total de 1 908 bourses fut accordé dans 36 villages et qui a profité à 5 427 enfants. Les critères de sélection des bénéficiaires ont différé d'une ONG à une autre. Tant le ciblage à base communautaire que le test de moyens par procuration ont été utilisés. Dans le village de Nia-Ouro par exemple, l'ONG a décidé de choisir 42 élèves bénéficiaires de façon hasardeuse d'un groupe de 57. Les mères ont par la suite décidé de partager les transferts entre tous les élèves. Dans certains autres endroits, l'ONG a exclu les mères avec moins de deux enfants enrôlés à l'école, ou a accordé la priorité aux filles démunies dans les classes de 4ème – 6ème années. Les erreurs d'exclusion ont semblé être tout à fait significatives, d'abord en raison des contraintes de financement et en raison des méthodes inadéquates de ciblage.

Conditionnalités: Les destinataires des transferts devraient être dans une pauvreté extrême, avoir des enfants en âge de scolarisation et enclins à inscrire ces derniers à l'école et à soutenir leur éducation. Sous forme de contrat, les mères des bénéficiaire s'engagent à : inscrire à l'école tous leurs enfants en âge de scolarisation; maintenir leurs enfants à l'école pour toute l'année scolaire; contrôler et s'assurer que leurs enfants suivent l'école chaque jour, sauf quand ils sont malades; faciliter les conditions d'apprentissage à la maison, particulièrement pour les filles, en évitant de les surcharger avec les travaux ménagers; encourager leurs enfants à apprendre; et participer aux réunions du bureau de l'association des parents d'élèves. Les Directeurs d'Ecoles et les enseignants sont responsabilisés du suivi de la présence régulière des élèves. Toute absence injustifiée de plus de deux jours par mois d'un des enfants de la mère aboutirait à la suspension de la bourse. Très peu de cas de suspensions ont été rapportés.

Fourniture des transferts : Le personnel partenaire des ONG fournirait le transfert liquide directement aux mères bénéficiaires à la fin de chaque mois en présence de représentants des parents d'école. Les retards de paiement ont été rapportés avec des paiements de trois mois fournis en un.

Suivi/évaluation : L'UNICEF Mali a mis en place un mécanisme externe de révision semi trimestriel de la *Bourse Maman* en 2005. Il a conclu que le programme a significativement accru tant l'inscription scolaire que la présence aux cours. Des questions majeures ont surgi en raison de la confusion dans le ciblage, des échecs de coordination avec les ONG et l'opposition du leadership local des musulmans. D'importants retards de paiements sont aussi arrivés. L'expansion du programme et la communication accrue ont aidé à résoudre certaines de ces questions (UNICEF 2009).

Une indépendante évaluation a documenté la réduction de l'absentéisme, le nombre de redoublements des classes et les abandons scolaires. Il a aussi renforcé les liens entre les mères, les enfants et les écoles pour des meilleures conditions d'étude. Le programme a aussi contribué à la réduction de la pauvreté à long terme. L'éducation des enfants issus de familles démunies peut briser la chaîne de transmission intergénérationnelle de la pauvreté. L'évaluation a aussi rapporté des effets positifs immédiats sur l'économie locale, avec la revitalisation des marchés

locaux, des activités génératrices de revenus et une amélioration des services médicaux des enfants et de la nutrition. En effet, dans un village de 50 mères bénéficiaires par exemple, le projet injecterait une somme significative de 250 000 FCFA dans l'économie locale chaque mois. Les effets positifs ont été plus importants dans la région de Kayes où le projet a fonctionné dans une synergie avec d'autres actions positives soutenues par la Diaspora. Par contraste, le progrès a été plus lent dans la région de Mopti, une région où les musulmans et les nomades sont réticents à envoyer leurs enfants dans les écoles publiques. Cependant, l'examen semi-trimestriel a annoncé des effets positifs intéressants, par exemple l'inscription de 21 enfants nomades incluant 19 filles, l'évolution d'enfants des écoles coraniques vers des écoles publiques, l'initiative des mères bénéficiaires pour soutenir le salaire des enseignants dans un village et les activités de la cantine scolaire dans un autre, etc.

L'évaluation a aussi évoqué le besoin d'améliorer le ciblage par de meilleurs processus participatifs, d'améliorer la collecte de données et le suivi, d'améliorer la régularité des paiements en sous-traitant le CGS ou les institutions de micro finance et d'assurer la viabilité du système. L'expérience de l'Amérique Latine a montré que les programmes de bourses ont besoin d'être maintenus pour plus de 12 à 15 ans dans les communautés en vue de garantir un changement comportemental durable. Bien sûr, des programmes de transferts liquides conditionnels peuvent seulement être étendus aux zones où les services éducatifs sont déjà disponibles. Et la faible disponibilité et/ou la qualité de l'enseignement demeurent une question à répondre sur demande faite par un programme de bourse. Le projet pilote de l'UNICEF ne pouvait pas rassembler des preuves par rapport à la valeur ajoutée de difficile conditionnalité. Mais il semble clair que l'approche a contribué à améliorer l'intérêt des parents dans l'éducation de leurs enfants et l'interaction avec les autorités d'enseignement et les professeurs. Cela peut à son tour contribuer à l'amélioration des services éducatifs.

Perspectives: L'UNICEF a proposé que le programme soit étendu dans le temps étant donné les niveaux de pauvreté élevés et la faible scolarisation prévalant dans la région. Mais le programme a pris fin en 2007 avec la fin du financement du Comité National Francophone de l'UNICEF. L'UNICEF est favorable à lancer une version améliorée de la "*Bourse Maman*". Une proposition a été développée pour étendre le projet pour la période 2008-2012 et fournir d'ici 2012 un total de 5 809 bourses scolaires pour 17 427 enfants (la moitié étant des filles) dans 116 villages parmi les plus pauvres dans les régions de Ségou, Kayes, Mopti et Koulikoro où les taux d'inscription scolaires sont parmi les plus faibles. Le financement doit à présent être garanti- le budget proposé s'élève à 1183 millions de FCFA (2 365 508 $US) incluant 87 % de transferts liquides, 12 % pour les salaires et 1 % pour les frais administratifs.

Source : UNICEF, Rapport d'évaluation « Bourse mamans », année

Les transferts alimentaires sont la principale forme de filets sociaux au Mali. Le gouvernement soutient : i) la distribution de rations alimentaires gratuites via le Stock National de Sécurité (SNS) pour répondre aux crises alimentaires ; et ii) des banques de céréales (vente subventionnée de céréales aux communautés) sur l'ensemble du territoire, avec un appui supplémentaire aux 166 communes les plus vulnérables du pays. La réserve alimentaire publique nationale comprend aussi le Stock d'Intervention de l'État (SIE), utilisé pour stabiliser le prix du riz en milieu urbain. Au total, la réserve alimentaire nationale s'élève en général à 40 000 ou 50 000 tonnes de mil ou sorgho et 20 000 à 30 000 tonnes de riz.

Des programmes de transferts en faveur de la nutrition ont été développés au cours des dernières années, avec l'appui de bailleurs de fonds. Les indicateurs nutritionnels sont particulièrement préoccupants au Mali, avec 81 % des enfants montrant des signes d'anémie et 38 % des enfants de moins de cinq ans présentant un retard de croissance ou une insuffisance

pondérale marquée (EDSM IV). Tant le PAM que l'UNICEF a des programmes de lutte contre la malnutrition au Mali. Au total, le programme du PAM vise à venir en aide à près de 900 000 personnes en deux ans (2009/2010) et cible principalement les enfants modérément malnutris, tandis que l'UNICEF porte assistance aux enfants sévèrement malnutris (14 000 enfants en 2009). D'autres organisations internationales, telles que l'USAID, Christian Aid et Action contre la faim mettent aussi en œuvre des programmes nutritionnels.

Les cantines scolaires constituent l'un des plus grands programmes de filets sociaux au Mali. Après les distributions alimentaires publiques et les exonérations de taxes, elles attirent une part importante des ressources de l'État destinées aux filets sociaux (environ 20 % des dépenses de FSS). Plus de 1 500 écoles primaires des régions les plus pauvres du pays ont des activités de repas scolaires, dont 56 % environ bénéficient de l'appui externe du PAM et de CRS (Catholic Relief Services)

Programmes offrant des subventions universelles

Les subventions universelles, telles que les exonérations de taxes et de droits, sont des instruments auxquels l'État a recours pour atténuer les effets négatifs des prix alimentaires élevés. Ces politiques rentrent dans le cadre d'un effort général de stabilisation des prix. Depuis 2005, il existe des exonérations sur les droits de douane ou les taxes d'importation. Suite à l'augmentation des prix alimentaires en 2007, les importations de riz sont exonérées de droit de douane pendant la période de soudure et la période du Ramadan. Cette mesure a été renforcée et étendue en 2008. Des exonérations de taxes ont été accordées sur le riz, l'huile alimentaire et le lait en poudre pour une période de six mois, d'avril à septembre. De plus, l'État a temporairement réduit les taxes sur les produits pétroliers, en particulier le gasoil, et temporairement interdit les exportations de riz, de maïs, de millet et de sorgho (interdiction levée en décembre 2008). Enfin, en 2009, l'État a accordé des exonérations de taxes sur les importations de riz de mars à mai.

Programmes offrant des soutiens de revenus

Dans le cadre d'investissements destinés à l'infrastructure, l'Agence pour la Promotion de l'Emploi des Jeunes (APEJ) a lancé, en 2003, un programme de travaux publics dont les objectifs étaient i) de réorienter l'investissement vers des activités d'infrastructure à haute intensité de main-d'œuvre ii) de stimuler l'économie locale et d'offrir des opportunités aux entreprises locales. Avec un niveau de rémunération bien plus élevé que le salaire minimum et que celui du marché, et sans critères précis de ciblage (pauvreté ou sexe), ce programme ne peut toutefois pas être considéré comme un programme de filets sociaux. Parmi les expériences de travaux publics, on peut citer les programmes « vivres contre travail » géré par le PAM et l'USAID.

Les Travaux HIMO comme moyen de réduction de la Pauvreté

Les activités HIMO sont des travaux d'utilité collective entrepris pendant un temps limité, en échange d'une rémunération qui est généralement inférieure à celle prévalant sur le marché du travail, formel et informel. Un trait caractéristique de ces activités est qu'elles concernent de manière systématique des méthodes de production qui utilisent beaucoup de main d'œuvre et peu de capital physique. En milieu rural, le choix du calendrier des travaux est fait de manière à ne pas concurrencer les activités agricoles.

Une évaluation récente permet de tirer quatre conclusions principales des activités HIMO entreprises par l'APEJ (Bourdet (2011)). La première concerne le ***nombre très limité de participants***, bien en deçà des objectifs fixés initialement par le programme. En effet, les 19 activités HIMO terminées ont généré 131 189 journées de travail, soit seulement 437 emplois annuels (en comptant 300 jours de travail par an). La deuxième conclusion concerne la ***forte concentration géographique des activités avec deux régions, Ségou et le district de Bamako***,

cumulant 16 des 19 activités terminées. Ces deux régions abritent « seulement » 26 % des pauvres, ce qui indique que la répartition des activités HIMO entre les régions ne reflète pas la répartition des pauvres entre les régions. Une diversification géographique est toutefois en cours avec de nouvelles activités prévues (certaines ont déjà commencé) dans les régions de Gao, Kayes, Kidal, Koulikoro, Mopti et Tombouctou. La troisième conclusion concerne le ***ciblage des activités sur les pauvres***. Le niveau relativement bas des rémunérations pour les participants à la majorité des activités HIMO conduit à une auto-sélection des pauvres. En effet, pour 9 des 19 activités terminées, le niveau de rémunération journalier est inférieur (ou presque égal) au « revenu minimum journalier » (obtenu en divisant le revenu mensuel minimum légal de 29 883 FCFA par 20 jours ouvrables). La quatrième conclusion concerne la ***nature des actifs créés, plus ou moins favorables aux pauvres***. La majorité des activités concerne la construction de ***pistes rurales*** qui sont potentiellement favorables aux populations pauvres leur permettant d'avoir accès au marché et d'augmenter leurs revenus. La construction de pistes rurales permet aussi un accès plus facile à l'école et une accumulation de capital humain plus à même d'être rentabilisé sur le marché du travail dans le futur (il y a une dimension genre dans cet argument, l'éloignement de l'école étant plus un obstacle à la scolarisation des filles qu'à celle des garçons).

Il y a de nombreuses raisons pour justifier l'utilisation d'activités HIMO sur une plus grande échelle : un sous-emploi rural important hors saison agricole, des acquis de connaissance insuffisants et un manque d'expérience professionnelle pour les sortants du système éducatif, des qualifications pas toujours adaptées aux besoins du marché du travail, un chômage jeune persistant et un déficit d'infrastructures à même de soutenir une croissance économique durable en milieu rural.

Source : **Bourdet, Yves (2011)** ***HIMO et lutte contre la pauvreté au Mali*****, Asdi, Agence Suédoise de Développement International.**

Programmes offrant un accès aux services de base

Certains frais de santé et d'éducation sont supprimés, mais leur couverture est restreinte. Les personnes âgées et indigentes ont droit à des dispenses de frais pour l'assistance médicale en faisant une demande de certificat d'indigence, de carte priorité et de carnet de santé. Cependant, comme aucun fonds supplémentaire n'a été alloué aux structures décentralisées qui fournissent ces services, rien ne garantit que les détenteurs de ces cartes aient véritablement accès à des soins de santé gratuits. Des recherches sont en cours sur la pertinence et la faisabilité de l'abolition du ticket modérateur pour les soins de santé (en particulier pour les groupes vulnérables). Dans le secteur de l'éducation, où aucun programme national d'exemption de frais ne cible spécifiquement les personnes pauvres et vulnérables, les ONG jouent un rôle important en couvrant les coûts associés à la scolarisation pour les familles indigentes (par exemple, au moyen de transferts en nature ou d'un soutien direct aux écoles). Ces actions demeurent néanmoins fragmentées et fortement dépendantes de financements extérieurs.

2.3 Politiques et stratégies de protection sociale au Mali

2.3.1 Cadre Stratégique de Lutte Contre la Pauvreté

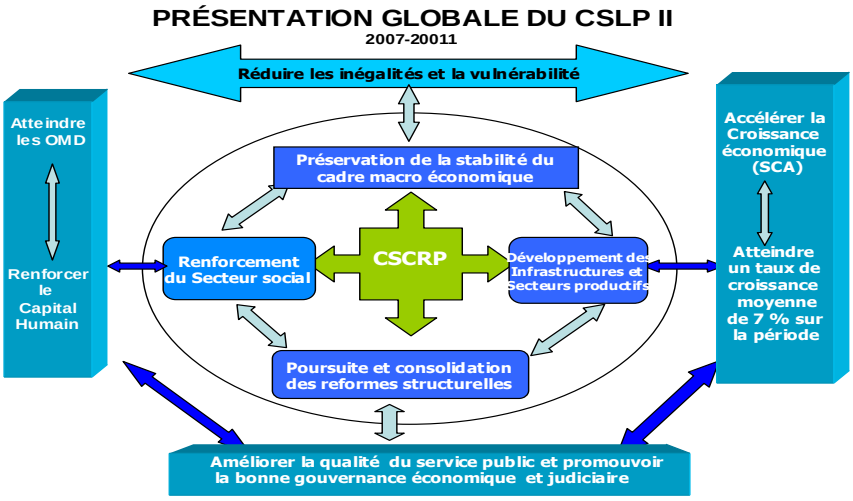
Le dispositif du Cadre Stratégique pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté s'inscrit dans le cadre des documents de stratégie de réduction de la pauvreté et de lutte contre les inégalités et la vulnérabilité mis en place par la communauté internationale.

Depuis une décennie, le Mali donne la priorité à la lutte contre la pauvreté. Cet engagement se concrétise dans le *Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté (CSLP 2002-2006),* prolongé par le *Cadre Stratégique pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté (CSCRP 2007-2011)*. Chacun de ces deux documents repose sur la vision contenue dans l'Etude Nationale Prospective Mali 2025. Cette vision consensuelle sur le devenir du pays à l'horizon 2025 a été construite

autour des aspirations des individus. Elle exprime ce que la majeure partie de la population malienne, y compris pauvre, souhaite : « une nation unie sur un socle culturel diversifié et réhabilité ; une organisation politique et institutionnelle démocratique, garante du développement et de la paix sociale ; une économie forte, diversifiée et ouverte ; une baisse de la pauvreté et des progrès sociaux touchant toutes les régions et toutes les catégories de population ».

Une telle vision est volontariste. Elle invite à une attitude proactive, qui consiste à ne pas subir les événements, mais plutôt à agir pour les provoquer. Elle suppose également la mobilisation des esprits et des énergies en faveur de la réduction de la pauvreté et du développement durable. Elle se situe dans le prolongement des engagements internationaux pris dans différents sommets mondiaux particulièrement les Objectifs du Millénaire pour le Développement à l'horizon 2015.

En tant que référent unique des politiques publiques, le document de stratégie de réduction de la pauvreté fédère l'ensemble des politiques, stratégies, projets et programmes de développement conduits par l'État. Il garantit non seulement leur cohérence d'ensemble, mais il requiert aussi une réelle coordination pour la mise en œuvre du CSCRP.



Il ressort du bilan de la revue du CSCRP 2007-2011 qu'en 2010, 43,6% des Maliens sont pauvres sur la base d'un seuil de pauvreté monétaire de 165 431 CFA. Ce taux a reculé de 12 points depuis 2001 (55,6%) et de 3,8 points depuis 2010. Ce recul progressif de la pauvreté est remarquable, compte tenu de la forte croissance démographique au cours de la dernière décennie. La volonté du Gouvernement de renforcer le secteur primaire répond à cette problématique. Au cours de la dernière décennie, la pauvreté a baissé plus vite en milieu rural (de 65% à 51% soit 14 points) que dans les autres milieux urbains (de 35% à 31% soit 4 points) et à Bamako (de 18% à 10% soit 8 points). Toutefois, elle a légèrement augmenté à Bamako et dans les autres milieux urbains entre 2006 et 2010.

La profondeur de la pauvreté mesurée par l'écart entre le niveau moyen de consommation des ménages pauvres et le seuil de pauvreté a baissé de 4 points entre 2006 et 2010 (13% en 2010). Cette baisse est constatée dans toutes les régions sauf dans celles du Nord et à Bamako. D'une manière générale, entre 2001 et 2010, les inégalités ont reculé : les 10 % de la population les plus pauvres ont augmenté leur consommation de plus de 40 %, tandis que celle des ménages les plus riches est restée stable depuis 2001. La légère hausse de la pauvreté en milieu urbain, conjuguée au recul de la pauvreté en milieu rural, est cohérente avec cette réduction des inégalités. Le recul de la pauvreté est autant le fruit d'une meilleure répartition des richesses existantes (5,9 %; effet

«réduction des inégalités»), que de la création de nouvelles richesses (6,0 %; effet «croissance économique»).

Tableau N°13 : Les indicateurs sociaux en progrès

OMD 1: Réduire de moitié la proportion de la population souffrant de la faim	
Incidence de la pauvreté à 34% en Réduire l'incidence de la pauvreté à 34% en 2015 (OMD 1) *2015 (OMD 1)*	Taux de pauvreté monétaire 43,6% en 2010 pour un objectif OMD de 34 % 2015
	Milieu rural : baisse significative : 65% à 51% (2001 à 2010) grâce à l'impact des investissements publics, notamment dans le secteur des infrastructures de base.
	Autres Milieux urbains : la baisse relativement moins forte : de 35% à 31% du fait de l'exode rural des plus pauvres, et de la persistance des inégalités.
	Bamako : de 18% à 10%
NB : La proportion de pauvres baisse dans la population totale mais relativement plus vite en milieu rural qu'en milieu urbain	
La malnutrition des enfants	• La malnutrition chronique (retard de croissance) diminue mais reste au niveau élevé de 38%. Objectif OMD: 15% en 2015 • La malnutrition aiguë (émaciation) s'aggrave atteignant 15%. • L'insuffisance pondérale reste stable au niveau élevé de 27%.
NB : malgré les mesures importantes prises pour prévenir et gérer les crises alimentaires : Constitution de banques de céréales; Ventes d'intervention dans les zones à risque de rupture d'approvisionnement; Distributions alimentaires gratuites; Reconstitution du Stock National de Sécurité à hauteur de 35 000 t. La malnutrition des enfants reste préoccupante.	
OMD 2: Assurer l'éducation primaire universelle	
Permettre à tous les enfants d'achever un cycle complet d'études	Le taux brut de scolarisation (TBS) est en progression : dans le 1er cycle de l'enseignement fondamental est passé de 82% en 2008-09 à 83,4% en 2009-10. Le TBS est supérieur à 76% dans toutes les régions, sauf Kidal (51,3%) et Mopti (63,9%). **Objectif OMD 100%** Le taux d'achèvement du premier cycle progresse : il est passé de 55,7% en 2009, à 59,1% en 2010.
disparités régionales et les disparités de genre restent à réduire : L'écart de TBS entre F et G est encore à réduire, Kidal, Mopti et Sikasso sont les plus défavorisées en 2009. La qualité des enseignements doit être améliorée : plus de la moitié des élèves de 2ème et 4ème années avaient en 2007 un niveau inférieur aux minimums requis.	
OMD 3: Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes	
Femmes et instances de décision.	Le taux pour les postes électifs passe de 6% en 2009 à 8% en 2010. Le taux pour les postes nominatifs reste stable à 12% Les femmes représentent : 1% des Maires, 9% des Conseillers Communaux, 10% des Députés, 13% des Ministres, 3 Présidentes de partis politiques sur 124. En outre, des femmes sont nommées à d'autres fonctions : Secrétaire Général du Gouvernement, Médiateur de la République, etc.
L'accès des femmes à la terre	19,6% de femmes sont responsables de parcelle en 2009-2010
Alphabétisation des femmes	L'écart d'alphabétisation reste marqué : hommes 35%, femmes 18% ensemble : 26% en 2010
OMD 4 et 5: Réduire la mortalité maternelle et infantile	
Réduire de 2/3 le taux de mortalité des enfants (OMD 4)	Le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans baisse de 229‰ en 2001 191‰ en 2006 Les progrès sont dus entre autres aux campagnes de vaccination L'atteinte de cet OMD (83‰) constitue un grand défi.
Réduire de 3/4 le taux de mortalité maternelle (OMD 5)	*La mortalité maternelle* régresse, passant de 582 à 464 décès pour 100 000 naissances vivantes entre 2001 et 2006. Objectif OMD 143 décès pour 100 000 naissances *Les accouchements* sont assistés par du personnel qualifié dans 49% des cas en 2006. *Le taux de prévalence en planification familiale* stagne autour de 6% en 2006 alors que l'objectif était de 10% en 2011
OMD 6 : Combattre le VIH et le Sida, le paludisme et les autres formes de maladies	
VIH ET SIDA	Baisse du taux de prévalence du VIH dans l'ensemble de la population : 1,7% en 2001 à 1,3% en 2006 mais des efforts à faire auprès des groupes à risque
Paludisme	Paludisme reste première cause de consultation juvénile et également grave chez les femmes enceintes : incidence de paludisme simple parmi les enfants de moins de 5 ans est estimée à 132,3‰ en 2009

Tuberculose	Performance dans la lutte contre la tuberculose : diminution du taux d'abandon du traitement de 15% en 2005 à 5% en 2009 et baisse du taux de décès de 12% à 10% en 2009
Assurer un environnement durable	
1 Viser un développement durable	L'accroissement de la production agricole passe par une modernisation et une intensification des modes de production mais aussi par une extension des superficies cultivables, ce qui pose le problème de la préservation des autres ressources environnementales : zones forestières, aires protégées. La consommation de bois devrait être réduite par la diffusion de processus économes et par l'accès à d'autres sources d'énergie. Le changement climatique planétaire produit ses effets au Mali qu'il est difficile de maîtriser.
2. Faciliter l'accès à des logements économiques et sociaux	*Accès aux logements sociaux*: nombre de logements attribués 1087 en 2007, 1027 en 2008 et 1700 en 2009. La proportion de femmes bénéficiaires de ce programme a été de 40%. Les Assises Nationales sur le Foncier, en décembre 2009 ont défini les grandes orientations en matière d'accès au logement.
3. Réduire de moitié le % de la pop. n'ayant pas accès à une source d'eau potable	Le taux national d'accès à l'eau s'améliore de façon soutenue : 71,7% en 2008 ; 73,1% en 2009. L'objectif OMD de 75% sera atteint d'ici 2015, si le secteur reçoit une allocation conséquente des ressources (qui ont diminué en 2009). L'accès à l'eau potable est plus aisé en milieu urbain qu'en milieu rural : l'écart est d'environ 7% en 2008 comme en 2009.
4. Le taux d'accès à l'électricité et autres sources d'énergie	taux national d'accès à l'électricité progresse : 25,3% en 2009 contre 22,5% en 2007. Les biocarburants : l'adoption de la Stratégie des Biocarburants et la Création de l'Agence nationale de Développement des Biocarburants (ANADEB) contribueront à améliorer, pour leur part, les ressources énergétiques surtout en milieu rural.
Partenariat mondial	
Les résultats sont encourageants comme en témoigne les dispositions prises dans la mise en œuvre de la Déclaration de Paris : Existence d'un Plan National d'Action sur l'Efficacité de l'Aide ; Création d'un Secrétariat à l'harmonisation de l'Aide ; Coordination des PTF (Chef de file, Pool Technique, Troïka etc.) ; Stratégie Commune d'Assistance Pays (SCAP) ; Réforme des Nations Unies « Unies dans l'Action »	

Malgré les progrès enregistrés, le niveau de pauvreté reste élevé et les indicateurs sociaux demeurent en deçà des Objectifs du Millénaire pour le Développement. De manière structurelle, la pauvreté affecte surtout le milieu rural : (51% en 2010). Le taux de croissance démographique (3,6% selon le RGHP de 2009) contribue à l'aggravation de la pauvreté et, selon divers bilans et études, le Mali ne sera pas capable d'atteindre la plupart des OMD d'ici 2015.

Pour y faire face la protection sociale demeure un des moyens efficaces à travers la mise en place de programme pertinent conçu à cet effet. En effet la protection sociale permet d'élargir l'accès aux services publics et d'accroître l'investissement dans le capital humain et de donner aux pauvres les moyens de se protéger et de préserver leurs biens en cas de choc. Ce qui leur permet de sauvegarder leur potentiel de création de richesse à long terme et faire de nouveaux investissements. Les dispositifs de la protection sociale permettent de combattre la discrimination par le biais du renforcement de l'autonomie et des moyens de subsistance et de libérer le potentiel économique. L'exemple « Programme Bourse Maman » de la coopération Mali UNICEF a impacté positivement sur la fréquentation de l'école, surtout par les filles.

Aussi une meilleure redistribution des fruits de la croissance ciblant particulièrement les personnes les plus défavorisées à travers les stratégies de croissance pro-pauvres favorise l'adhésion des couches vulnérables aux réformes requises pour une croissance durable, renforçant du coup la cohésion sociale et l'appartenance nationale.

2.3.2 Politique Nationale de Solidarité

Evolution des politiques en travail social

Dès l'accession à l'indépendance en 1960, la situation sociale et économique et les mentalités ont fortement changé, entraînant du coup l'amorce d'une dynamique d'ouverture de la société malienne à l'urbanisation et à l'industrialisation. Il en résulte l'effritement progressif de nos valeurs sociétales avec en toile de fond l'enracinement de l'individualisme surtout en milieu urbain comme fondement du système social.

Le service social, créé au Soudan Français en mars 1953 et rattaché à l'administration de la mairie de la ville de Bamako devrait, à travers les missions assignées, consolider les fondements de nos sociétés. La tenue du premier Séminaire National sur la Santé et les Affaires Sociales à Bamako en août 1964 a marqué une véritable rupture dans les missions du service social aussi bien dans la définition de ses objectifs que dans celle de ses méthodes d'intervention. L'adoption au cours de ce séminaire de l'approche développement communautaire ne pouvait s'accommoder avec une approche basée sur la résolution des seuls cas individuels. C'est pourquoi, il a été conféré à l'action sociale une vision plus promotionnelle et préventive avec l'expérience du développement communautaire de l'Opération Riz Ségou (ORS) après les expériences antérieures de Hamdallaye (Bamako) et de Sanankoroba. L'avènement d'un régime d'exception à partir de 1968 et les années de sécheresse des années 1970 vont conférer à l'action sociale une visibilité plus grande avec la création d'un Secrétariat d'Etat aux Affaires Sociales (1968-1972).

Les événements historiques du 26 Mars 1991 vont constituer un nouveau pas dans l'affirmation de l'action sociale avec la création d'un Secrétariat d'Etat à l'action Sociale et à la promotion de la Femme. L'élaboration en 1993 de la politique nationale de solidarité, met l'accent sur le renforcement des capacités d'auto promotion des groupes cibles. Cette politique élargit le champ d'intervention de l'action sociale, de nouveaux mécanismes et institutions seront mis en place en matière de protection sociale (création des mutuelles de santé, du Centre de recherches en gériatrie – gérontologie, du Conseil National des Personnes Agées, etc.). Le nouveau paysage institutionnel s'est consolidé avec les structures existantes chargées de la prévoyance sociale (INPS ; CMSS) et la création de nouvelles structures (Fonds de Solidarité nationale, Caisse Nationale d'Assurance Maladie, Agence Nationale d'Assistance Médicale.

En somme, le vaste champ d'intervention de la politique de développement social et de solidarité est de nos jours, sujet à de nombreux défis parmi lesquels on peut relever : (i) les exigences du développement humain durable qui s'exprime en termes de droits (économiques, sociaux et culturels) par les différentes composantes de la société ; (ii) la multiplicité des acteurs non étatiques ; (iii) la déconcentration des structures et la décentralisation des actions restent un défi permanent ; (iv) la persistance d'une pauvreté structurelle, doublée d'une forte pression démographique qui impacte sur l'ampleur et l'intensité de la demande sociale ; (v) la détérioration des filets traditionnels de solidarité et de protection sociale (vi) la persistance des résistances au changement; (vii) le financement des actions promotionnelles et de protection sociale par des sources alternatives à l'Etat.

2.3.3 La déclaration de politique nationale de protection sociale

La politique nationale de protection sociale est l'expression du droit de tout citoyen à une protection sociale consacrée par la Constitution de la République du Mali. Elle sert de cadre à la réalisation des plans et programmes relatifs à la protection sociale. L'Etat, les Collectivités Territoriales, les personnes bénéficiaires des actions de protection sociale organisées ou non en associations, coopératives et mutuelles, les Fondations, les Congrégations religieuses et les

familles associent leurs interventions pour la concevoir et la mettre en œuvre.

Cette politique est en adéquation avec les orientations consensuelles proposées par la vision de l'Etude Nationale Prospective (ENP) Mali 2025 et se fonde sur les engagements internationaux auxquels le Mali a souscrit en matière de protection sociale, notamment la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, la Convention sur les Droits de l'enfant et les Résolutions du Sommet de Copenhague sur le Développement Social tenu en 1995. Elle s'est traduite par la mise en place d'un système de protection sociale à travers les mécanismes que sont principalement : l'Assurance Maladie Obligatoire, le Régime d'Assistance Médicale, la mutualité et autres régimes de sécurité sociale, ainsi que l'aide et l'action sociale.

Le renforcement institutionnel et juridique ainsi que les innovations liées aux filets sociaux, proposées dans le cadre des recommandations du forum national sur la pauvreté des enfants et la protection sociale au Mali, tenu en Mai 2009 devraient être également couverts.

L'objectif général de la politique nationale de protection sociale est de construire progressivement un système de protection contre les risques sociaux de tous les citoyens en général et des couches défavorisées en particulier. La politique de protection sociale s'inscrit dans le cadre de la recherche d'une plus grande équité et d'une meilleure efficacité des systèmes de protection sociale pour plus de justice sociale. Ses principales orientations portent sur : l'extension du champ d'application personnel (élargissement à toutes les catégories de la population) ; l'extension du champ d'application matériel (élargissement des domaines de prestations) ; le développement de l'aide et de l'action sociale; le développement de la mutualité et autres organisations basées sur la solidarité.

Ces différents domaines concernent aussi bien les travailleurs (en activité ou à la retraite), les fonctionnaires (civils et militaires en activité ou à la retraite), les acteurs des secteurs agricole, industriel et commercial, les catégories non salariées de certaines professions, les maliens de l'extérieur ainsi que toutes les autres catégories de la population. Elle accorde une importance de premier ordre à certaines catégories en situation difficile, notamment les personnes âgées, les personnes handicapées, les enfants et les femmes, les Pupilles du Mali, les personnes sans emploi et les victimes du VIH et du SIDA.

La mise en œuvre est assurée par les acteurs publics (l'administration centrale et les services techniques régionaux et locaux en charge de la protection sociale) et privés (les organisations à but non lucratif : mutuelles, associations, fondations, sociétés coopératives, congrégations et autres groupements et les sociétés d'assurance).

Le financement du système de protection sociale est assuré par l'Etat, les collectivités territoriales, les bénéficiaires, les autres personnes physiques et morales et les partenaires au développement conformément à la législation en vigueur.

2.3.3.1 Le plan d'actions de la protection sociale 2005-2009

Sur la base des orientations de la déclaration de politique de protection sociale et du cadre stratégique de lutte contre la pauvreté, un projet de plan d'actions national d'extension de la protection sociale a été élaboré et mis en œuvre. L'objectif général du plan était de contribuer au renforcement de l'existant et de mener une extension progressive des champs d'application matériels et personnels des mécanismes de protection sociale. Les objectifs spécifiques étaient de couvrir environ : 15 % de la population par les régimes de sécurité sociale, 6% des personnes âgées dans le domaine de la santé ; 3 % de la population par les régimes de la mutualité, 5 % de

la population par le Fonds d'assistance médicale au profit des personnes indigentes. Des dispositifs relatifs à mettre en place sont : la couverture des risques agricoles, l'accès au logement social, à l'emploi, à l'éducation à la justice, à la protection sociale de certaines catégories ainsi qu'à la mise en place de mécanismes de couverture des risques sociaux des maliens de l'extérieur.
Du point de vue de l'atteinte des objectifs à travers l'appréciation des indicateurs, la situation est la suivante : la mise en œuvre de ce plan s'est traduite par une couverture de 10% de la population par les régimes de sécurité sociale (toutes branches confondues) pour un objectif de 15% en fin 2008. Le taux de couverture en mutuelle a été de 2,6% pour un objectif de 3%. Le Régime d'Assistance Médicale n'a pas été opérationnel (en termes de prestation de service), toutefois les bases législatives et réglementaires du régime ont été définies. Aussi certains actes majeurs ont caractérisé la mise en œuvre de ce plan renforçant du coup le champ d'application de la protection sociale. Il s'agit de l'adoption des textes sur l'Assurance Maladie Obligatoire, le Régime d'Assistance Médicale, la mise en place à l'INPS d'un régime d'assurance volontaire et la réalisation d'une étude de faisabilité sur la mise en place d'un Fonds National des Risques et Calamités Agricoles (FONARCA).

2.3.3.2 Le Plan d'Actions National d'Extension de la Protection Sociale 2011-2015

La crise économique actuelle et les défis permanents que posent la croissance démographique (3,6%) la volatilité des prix des produits de première nécessité, l'insécurité alimentaire et le changement climatique, exigent des pouvoirs publics des mesures de protection sociales adaptées pour faire face aux conséquences néfastes sur les couches vulnérables et les personnes pauvres. C'est dans ce contexte et pour un souci de consolidation des acquis du premier plan (2004-2009) que s'inscrit le plan d'Actions National d'Extension de la Protection Sociale (PAN/EPS) 2011 - 2015.

L'élaboration du document s'est déroulée dans une démarche participative et itérative à travers le groupe de travail inter sectoriel constitué en Juin 2009. Il convient de mentionner que l'approche de planification et de gestion axée sur les résultats a été appliquée pour l'élaboration de ce plan d'actions. Il tire sa substance des documents de politique publique, des plans sectoriels et stratégies nationales ayant servi de base d'orientation stratégique, de même que les résultats des 4 études complétées en 2009 sur la pauvreté des enfants et l'impact des crises alimentaires, les recommandations du forum national sur la pauvreté des enfants et la protection sociale organisé en Mai 2009, les axes stratégiques du CDMT-PRODESS II, les recommandations de la revue annuelle 2008 du CSCRP ainsi que les conclusions préliminaires de l'étude sur les filets sociaux de sécurité présentées le 16 décembre 2009 à Bamako.

Le plan d'actions qui intègre les programmes de transferts sociaux est structuré en cinq (5) parties que sont : le contexte et les principes directeurs, l'analyse diagnostique, les objectifs du plan d'action, le contenu des axes d'interventions, le plan de financement et de suivi et évaluation. En plus de l'effort d'harmonisation avec les politiques sectorielles, le plan situe les responsabilités des Ministères techniques en charge des missions spécifiques sectorielles.

Enfin, le nouveau plan d'actions se situe dans une logique de complémentarité et de synergie avec les OMD et les programmes sectoriels nationaux qui visent l'augmentation de l'offre des services sociaux de base de qualité.

L'objectif général est de : contribuer au renforcement des systèmes existants et de réaliser une extension progressive des champs d'application des mécanismes contributifs et non contributifs de la protection sociale au Mali à l'horizon 2015. Les résultats escomptés sont :

- dans le domaine de l'extension des champs d'application de la sécurité sociale : « Les fonctionnaires, les travailleurs salariés, les parlementaires, les retraités, les travailleurs des secteurs agricole, industriel et commercial ainsi que les catégories non salariées de certaines professions et des Maliens de l'extérieur bénéficient de la couverture des risques sociaux » ;
- dans le domaine du développement de l'aide et de l'action sociale « La pauvreté est réduite parmi les populations les plus démunies et leur accès aux services sociaux de base est amélioré de façon durable » ;
- dans le domaine du développement de la mutualité et autres organisations basées sur la solidarité : « Les populations non couvertes par les régimes obligatoires de protection sociale bénéficient d'une couverture sociale de base par les mutuelles et organisations assimilées » ;
- dans le domaine du renforcement institutionnel : « Les capacités de planification, de coordination, de gestion, de suivi et évaluation et de financement pour la mise en œuvre de la politique nationale de protection sociale sont renforcées » ;
- financement coordination et suivi-évaluation : Contrairement au plan précédent, la mise en œuvre du PAN/EPS 2011-2015 veillera sur une plus grande maîtrise, une visibilité améliorée et une augmentation du financement, ainsi que sur une coordination et un suivi-évaluation plus efficaces et participatifs. Le Financement global nécessaire à la mise en œuvre est estimé à 124 485 900 000 FCFA, soit une moyenne de 24 897 180 000 FCFA par an. Ce financement se répartit entre les axes stratégiques dans le tableau ci-après.

Tableau N°14 : financement du plan par axe d'intervention

Axes d'intervention	Montant	%
Extension des champs d'application de la sécurité sociale	6 536 600.000	5,25%
Développement de l'aide et de l'action sociale	66 751 000 000	53,62%
Développement de la mutualité et autres organisations de solidarité	13 271 000 000	10,66%
Renforcement institutionnel	37 927 300 000	30,46%
Total	124 485 900 000	100%

Source PAN/EPS : 2011-2015, DNPSES

L'axe stratégique « Développement de l'aide et de l'action sociale » concentre la plus grande part du financement avec 53,62%, suivi du renforcement institutionnel avec 30,46%.

Il faut signaler que l'Etat à travers le budget national est le premier garant du financement de ce plan d'actions. D'autres sources de financement sont sollicitées notamment les apports des coopérations bilatérale et multilatérale, des collectivités décentralisées. Les ressources propres générées par les institutions de sécurité sociale, les organisations de type mutualiste et les cotisations des adhérents aux différents régimes constituent aussi des sources de financement.

Des études sont également envisagées pour identifier de nouvelles stratégies de financement de la protection sociale, singulièrement les filets sociaux de sécurité, tant à l'échelle de la nation qu'à celle des collectivités décentralisées.

S'agissant de la coordination et le suivi – évaluation du plan d'actions, **les innovations sont les suivantes :**

- la budgétisation des coûts relatifs à la mise en place et au fonctionnement des organes de coordination et de suivi-évaluation ;
- la budgétisation des activités de suivi-évaluation ;
- la réorganisation et l'ancrage au niveau de la Primature du Conseil d'Orientation Stratégique

de la Protection Sociale (COS-PS) ;

- la création d'un Comité Technique de suivi-évaluation (CT-SE) du PAN-EPS, devant rendre compte au COS-PS.

Il sera procédé à une évaluation interne à mi-parcours et à une évaluation externe du PAN-EPS 2011-2015 aux termes de sa mise en œuvre ; et le Conseil d'Orientation Stratégique de la Protection Sociale fera la restitution à l'Assemblée Nationale.

Par ailleurs, des activités de coordination et de suivi-évaluation seront organisées au sein des différentes structures, organisations et programmes impliquées dans la mise en œuvre de la protection sociale. Les coûts afférents à ces activités seront imputables aux budgets respectifs des acteurs concernés.

La protection sociale des enfants

« Aucune nation n'est assez riche d'enfants pour qu'elle ait le droit de négliger tout ce qui peut en faire des êtres sains ».

Les gouvernements successifs se sont engagés à garantir aux enfants, la protection et la jouissance de leurs droits. En témoigne, les actions multiformes entreprises, à savoir : Le développement de l'arsenal juridique national,

La ratification et/ou l'adhésion aux instruments internationaux ou régionaux, le développement des institutions, projets et programmes visant à promouvoir et à protéger les droits de l'enfant, la réalisation de recherches et d'études sur l'enfance ainsi qu'une forte mobilisation des acteurs (Organisations de la Société Civile, Partenaires Techniques et Financiers).

En dépit des efforts fournis et des progrès réalisés, les enfants continuent d'être victimes de graves violations de leurs droits. Au titre des violations les plus courantes au Mali, on peut citer l'exploitation à des fins économiques et sexuelles, la traite interne et transfrontalière, le non enregistrement des enfants à la naissance, les châtiments corporels et mauvais traitements, les négligences et sévices, les MGF/Excision, le mariage précoce et/ou forcé.

Il est difficile de quantifier les progrès réalisés en matière de protection de l'enfant en raison des lacunes considérables dans la collecte des données. Par ailleurs, des retards sont enregistrés dans la mise en œuvre des droits civils.

A ces difficultés, il convient d'ajouter les problèmes d'accès aux services sociaux de base, en particulier dans les zones rurales, la persistance de traditions, coutumes et pratiques qui font obstacle à la pleine réalisation de tous les droits et les libertés fondamentales des enfants.

Aujourd'hui les facteurs qui prédisposent à la vulnérabilité des enfants sont multiples et complexes. Ils subsistent aux plans :

a)Socio-économique : pauvreté ; zones rurales /enclavées ; exode ; accès insuffisant aux services sociaux de base ; familles en difficulté (divorce, décès, maladie invalidante, alcoolisme) ;

b) Socio - culturel : pratiques préjudiciables (banalisation de certaines formes de violences telles que les MGF, les mariages forcés) ; faible niveau de connaissance des droits de l'enfant et des textes y afférents par les populations.

L'ampleur des différentes formes de vulnérabilité est faiblement renseignée. Cependant on peut retenir les types de vulnérabilités suivants :

Les enfants de la rue : Le phénomène de l'enfant de /dans la rue, essentiellement urbain prend de plus en plus de l'ampleur dans les principales agglomérations du pays. En effet, la partie la plus visible de ce fléau est et demeure les attroupements d'enfants mineurs sur les places publiques pour faire la mendicité.

La mendicité des enfants : Le phénomène de la mendicité des enfants au Mali est d'une très grande ampleur en dépit de la rareté des statistiques fiables. Une étude menée auprès des adultes et enfants mendiants en 2008 par la Direction Nationale du Développement Social dans 3

localités dont le District de Bamako a identifié 6 664 mendiants répartis ainsi qu'il suit : (i) -79% des enfants recensés étaient maliens ; (ii) -76% d'entre eux n'avaient aucun handicap ; (iii) -61% étaient des garçons ; (iv) -52% étaient dans la pratique depuis plus de 5 ans.

En 2010, la base expérimentale de collecte des données de Ségou sur la protection de l'enfant a identifié dans la région 415 enfants mendiants dont 42,2% de nationaux et 57,8% d'étrangers. Pour ce qui est des talibés, 654 enfants ont été recensés dont 68% sont des maliens et 32% des enfants d'autres pays. Cette situation serait peu exceptionnelle en raison de la position de la région de Ségou.

Les catégories d'enfants prédisposées à cette pratique s'identifient parmi les enfants jumeaux, les enfants guides des handicapés mendiants, les enfants handicapés, les enfants affectés par les conflits armés, les enfants de/dans la rue.

Le travail des enfants :

Au Mali, les enfants travaillent parce que la coutume le veut. Dès son jeune âge, l'enfant participe à l'effort de la communauté : c'est un acte de socialisation. Toutefois, cette pratique sociale, qui était rigoureusement encadrée par les règles en vigueur dans les sociétés traditionnelles, est en train de perdre sa logique éducative au profit d'une logique marchande, contribuant à amplifier le phénomène.

L'Enquête Nationale sur le Travail des Enfants au Mali, réalisée en 2005 par la DNSI en collaboration avec la Direction Nationale du Travail et le Programme IPEC-SIMPOC du BIT révèle : que : (i) environ deux enfants sur trois âgés de 5 à 17 ans sont économiquement actifs, soit un peu plus de 3 millions d'enfants (filles et garçons), (ii) près de 2,4 millions parmi ces enfants sont âgés de 5 à 14 ans et sont travailleurs, le phénomène touchant aussi bien les filles que les garçons, tant dans les campagnes que dans les villes maliennes; (iii) parmi les enfants de 5 à 14 ans, 93% des enfants sont économiquement actifs dont :(60% exercent un travail dommageable ; 40% effectuent un travail dangereux ;) (iv) l'agriculture constitue le secteur qui emploie le plus d'enfants ; (v) quelque soit le groupe d'âge, plus de la moitié des enfants exerce des tâches ménagères ;(vi) de façon générale, quel que soit le groupe d'âge et le sexe, le temps moyen de travail des enfants est supérieur à celui légalement autorisé. L'exploitation des enfants par le travail tend à s'internationaliser avec le fléau de la traite transfrontalière des enfants maliens, principalement en direction des pays voisins.

Bien que le phénomène soit de plus en plus reconnu et combattu par les autorités maliennes avec l'appui des partenaires au développement, il demeure préoccupant en raison de sa complexité et de la persistance de certaines pesanteurs socioculturelles.

L'Exploitation sexuelle des enfants : Le Gouvernement du Mali a mis en place un cadre juridique et stratégique pour protéger les enfants contre l'exploitation sexuelle. Dans ce domaine, référence peut être faite au «Code de protection de l'enfant», au «Code pénal», au «Plan stratégique pour la promotion de la femme, de l'enfant et de la famille 2002-2006», aux projets et programmes développés avec les partenaires (Projet pour la protection des enfants particulièrement vulnérables à l'exploitation sexuelle) exécutés par AVES, Sinjiya Ton, Mali Enjeu, le projet de lutte contre l'exploitation sexuelle des enfants à des fins commerciales exécuté par LAKANASO avec l'appui du projet TBP-Mali). La prolifération des maisons closes et les cas de viols enregistrés par les services de sécurité attestent de l'ampleur de ce phénomène encore faiblement renseigné.

Le mariage précoce : Le mariage précoce est le fait d'unir un garçon/homme et une fille avant l'âge de 18 ans révolus.

Selon EDSM IV (2006), 23% des femmes âgées de 15 à 49 ans étaient déjà en union en atteignant l'âge de 15 ans. Le mariage précoce est plus fréquent en milieu rural qu'en milieu urbain avec un taux de prévalence de 66%. Les conséquences de cette pratique sont multiples et variées. Il s'agit entre autres de la déperdition scolaire, des grossesses précoces, des difficultés dans l'accouchement, de l'exposition aux Maladies Sexuellement Transmissibles (MST), VIH et SIDA. Dans le cadre de la lutte contre la pratique du mariage précoce, un plan d'actions de lutte

élaboré en 2010 par le Ministère de la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille est en cours d'adoption.

La traite des enfants : Au début des années 90, il a été constaté que des enfants maliens Impliqués dans la migration des populations se sont retrouvés en situation de traite et de travail préjudiciables à leur éducation, leur santé et leur développement.

Différentes études menées au Mali ont montré qu'entre 10.000 et 20.000 enfants ont été victimes de traite en Côte d'Ivoire. Une étude menée conjointement par le MPFEF et l'UNICEF sur la migration des enfants a montré que la majorité des enfants victimes avait moins de 15 ans.[10]

Au niveau national en 2010, 43 enfants dont 21 filles ont été identifiés et ont bénéficié d'actions de réinsertion.

La base de collecte de données de Ségou a enregistré courant 2010 un total de 33 enfants victimes (20 garçons et 13 filles). L'assistance des structures de prise en charge n'a touché que 36,6% de cet effectif identifié dans la région.

En la matière, le Mali a pris des dispositions urgentes pour éradiquer cette pratique. Au nombre de celles-ci, on peut citer :

-la signature d'accords de coopération bi et multilatéraux en matière de lutte contre la traite transfrontalière des enfants

-l'élaboration et la mise en œuvre du Programme Conjoint de Réinsertion des Enfants victimes de Traite (PCRET 2002-2005).Par ailleurs, pour mieux impliquer les communautés dans la lutte contre la pratique, plus de 450 Structures de Surveillances Communautaires (SSC) ont été créées.

Les Mutilations Génitales Féminines/Excision

Les MGF demeurent une violation grave des droits de l'enfant en raison des conséquences néfastes qu'elles peuvent entraîner aux plans médical, psychologique et social.

L'excision est une forme de mutilation génitale féminine observée dans toutes les régions du territoire national. Les faibles proportions sont enregistrées dans les 3 régions du nord (Tombouctou, Gao et Kidal). Grâce aux actions menées depuis plusieurs décennies contre la pratique, des résultats plus ou moins satisfaisants sont atteints. Le taux de prévalence a été réduit, passant de 94% en 1996 (EDSM II) à 92% en 2001 (EDSM III) et à 85% en 2006 (EDSM IV) chez les femmes de 15 à 49 ans. Il a été enregistré en 2010 par la base de collecte de données de Ségou, 15.708 filles excisées âgées de 0 à 17 ans sur un total de 46.128 vues en consultation médicale, soit un taux d'excision de 34,04%.

L'abandon d'enfants

Le phénomène d'abandon d'enfants était naguère rare au Mali. Cependant, de nos jours, il a pris une proportion alarmante dans les grands centres urbains comme Bamako et certaines capitales régionales.

Les 65 structures éducatives de protection et de rééducation pour enfants, accueillent en moyenne 400 enfants par an ; d'où la nécessité de renforcer le cadre national législatif et institutionnel de protection de l'enfant et de la famille.

En vue d'assurer la promotion et à la protection de cette catégorie d'enfants particulièrement vulnérables l'Etat a adopté de nombreux textes législatifs et réglementaires parmi lesquels :

- le décret N° 99-450/P-RM du 31 décembre 1999 fixant les conditions de création et déterminant les modalités de fonctionnement des Institutions Privées d'Accueil et de Placement pour Enfants ;
- le décret N°02 -067 / PRM du 12 février 2002 fixant les conditions de création et les modalités de fonctionnement des Institutions Privées, d'Accueil, d'Ecoute, d'Orientation ou d'Hébergement pour Enfants ;
- l'Ordonnance N°02-062 / PRM du 05 juin 2002 portant Code de Protection de l'Enfant ;
- le décret 006 P- RM du 11 janvier 2006 fixant l'organisation et les modalités de fonctionnement du Centre d'Accueil et de Placement Familial (CAPF). Cependant, toutes ces mesures restent timides, isolées et peu efficaces pour endiguer le phénomène.

[10] Enquête prospective dans les régions de Sikasso, Ségou et Mopti, juin 2000

Le non enregistrement à la naissance : L'enregistrement à la naissance confère à l'enfant une identification légale et lui donne droit à la nationalité et par conséquent le droit d'être protégé par l'Etat. Il permet également aux enfants d'accéder aux prestations sociales, y compris les allocations familiales. Malgré, les campagnes d'information et de sensibilisation entreprises par l'Etat et ses partenaires le taux d'enregistrement des enfants à la naissance reste faible et en deçà des attentes. Selon EDSM IV (2006), seulement un peu plus de la moitié (53%) des enfants de moins de 5 ans sont enregistrés à la naissance contre 48% pour EDSM III (2001). Les données récentes de la Mission d'Appui à la Consolidation de l'Etat Civil (MACEC) indiquent une nette augmentation de cette proportion durant les dernières années. Le taux d'enregistrement à la naissance est plus élevé pour les garçons que pour les filles (55% et 51%). EDSM IV relève de fortes disparités en ce qui concerne les taux d'enregistrement à la naissance : (i) Milieu rural (45%), Milieu urbain (75%.) ; (ii) Ménages pauvres (42%), Ménages riches (82%) ; (iii) Enfants de mères non instruites (46%) Enfants de mères instruites (90%). La multiplication des centres d'enregistrement, recrutement et renforcement des compétences des agents et équipement des centres) a permis l'enregistrement de plus de 300 000 enfants à l'état civil. Le RAVEC constitue aujourd'hui une opportunité pour améliorer davantage la situation.

Les Enfants handicapés ;

Au Mali, il n'existe pas de données statistiques fiables sur la situation des enfants handicapés. Les enfants handicapés ont moins de chances que les autres enfants d'être scolarisés, et leurs taux de réussite scolaire sont souvent plus faibles. Ils ont parfois de la peine à avoir accès aux services sociaux de base dont ils ont besoin, soit parce que ces services ne sont pas disponibles, soit parce que ces enfants sont exposés à la discrimination ou à l'exclusion.

Les handicaps majeurs sont la cécité, la déficience mentale, la malvoyance, la surdi-mutité, les infirmités motrices.

Les prestations les plus courantes en faveur des enfants handicapés sont des activités de prévention, de dépistage, de prise en charge des soins médicaux liés au handicap, de réadaptation fonctionnelle et d'appareillage. Des défis majeurs persistent en matière de prise en charge des enfants à besoins éducatifs spéciaux.

Les enfants infectés/affectés par le VIH et le SIDA ;

L'insuffisance des données désagrégées sur la transmission mère enfant et sur les orphelins du SIDA ne permet pas de chiffrer l'ampleur du phénomène, qui est cependant préoccupant. Le dispositif légal en matière de prise en charge des enfants infectés par le VIH et le SIDA reste encore faible malgré la gratuité des ARV. Selon le rapport 2010 de la Cellule Sectorielle de Lutte contre le SIDA du Ministère de la Santé : (i) 1 005 enfants nés de mères séropositives ont bénéficié d'ARV pour réduire la Transmission mère enfant ; (ii) 74 sites assurent la prise en charge des personnes infectées par le VIH dont 68 font en plus la prise en charge pédiatrique ; (iii) 35 563 patients sont initiés aux ARV parmi lesquels, 6% sont des enfants ; (v)

Les enfants en conflit avec la loi : La privation de liberté reste une forme courante de sanction appliquée aux délinquants mineurs, en violation du principe relevant des droits de l'enfant, selon lequel elle ne devrait être qu'une mesure de dernier ressort. Au Mali, selon une enquête réalisée en 2010 par le Centre National de Documentation et d'Information sur la Femme et l'Enfant en partenariat avec la Direction Nationale de la Promotion de l'Enfant et de la Famille, entre 2008 et 2009, au total 1840 enfants ont été interpellés par les services de police et de gendarmerie, dont 1416 garçons et 424 filles. La tranche d'âge 15-18 ans est la plus touchée avec un total de 1294 (733 garçons et 561 filles). Au cours de la même période, il a été enregistré 710 interpellations d'enfants avec adultes ; 611 enfants ont été déférés dont 143 filles et 568 garçons ; 1029 ont fait l'objet de remise aux parents ou tuteurs (236 filles et 803 garçons).

Une enquête menée en juillet 2008 par la DNPEF a identifié 68 structures éducatives de protection et de rééducation pour enfants à travers le territoire national parmi lesquelles 20 sont des IPAPE, s'occupant des enfants de 0 à 5 ans et 48 sont des IPAOEHE, destinées aux enfants

de 5 à 18 ans.
Les centres d'accueil et de placement sont insuffisants pour répondre aux besoins des enfants nécessiteux et sont le plus souvent confrontés aux problèmes de fonctionnement et de suivi.

2.3.3.4 Les difficultés liées à la protection sociale selon les structures enquêtées

Le caractère intersectoriel et transversal de la protection sociale exige une forte synergie d'actions entre les différents acteurs et la mise en place d'un socle de protection sociale. La faiblesse de la mobilisation des ressources financières est une des difficultés majeure de la protection sociale (42% des structures enquêtées l'attestent). Il importe d'envisager des mesures publiques et privées pour accroître significativement le financement du secteur. Le renforcement des capacités des acteurs reste une préoccupation (21, 7% des structures enquêtées le confirment) La communication est essentielle dans la mise en œuvre, même si elle n'est que timidement évoquée à travers la mention autres difficultés (2,6%) et son financement est souvent relégué au dernier rang. En ce qui concerne la coordination et le suivi évaluation, un nombre important de structures étatiques, d'ONG et Organisations Internationales exécutent des programmes de protection sociale notamment les transferts sociaux en l'absence d'un mécanisme de coordination effective. Il en résulte des actions fragmentées et les chevauchements d'agenda. En conséquence, les structures chargées de la question peinent à superviser les différentes actions menées par les nombreux acteurs. Malheureusement, l'organe qui aurait dû en être la cheville ouvrière – le Conseil d'Orientation Stratégique de la Protection Sociale (COS-PS) – n'a pas pleinement fonctionné pour diverses raisons : (i) responsabilités insuffisamment clarifiées ; (ii) fonctionnement non planifié en termes d'activités et de ressources financières ; (iii) timidité des prises d'initiatives ; (iv) aspect transversal de la protection sociale insuffisamment pris en compte.

Tableau N°15 : Principales difficultés rencontrées dans la mise en œuvre des politiques, stratégies, programmes/projets en cours selon le type de structure.

Difficultés rencontrées	Type de Structure												Total	
	Services publics		Projets/ Programmes		Elus		Société civile		Mutuelles		Banques et Assurances			
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Mobilisation des ressources financières, insuffisance, des ressources financières	114	40,4	9	37,5	20	58,8	81	43,8	5	26,3	1	100,0	230	42,2
Faible engagement des PTF	12	4,3			1	2,9	6	3,2	1	5,3			20	3,7
Faible engagement de l'Etat, durée de vie limitée des projets, manque de données statistiques fiables	46	16,3	5	20,8	2	5,9	17	9,2	7	36,8			77	14,1
Inadaptation des textes	6	2,1			1	2,9	6	3,2	1	5,3			14	2,6
Faiblesse de capacités, besoins de	60	21,3	8	33,3	8	23,5	38	20,5	4	21,1			118	21,7

formation (appui conseil, faible maîtrise d'ouvrage,…)														
Insuffisance d'équipements, de matériels	36	12,8	2	8,3	1	2,9	23	12,4	1	5,3			63	11,6
Lenteur, lourdeur administrative	4	1,4			1	2,9	4	2,2					9	1,7
Autres	*4*	*1,4*					*10*	*5,4*					*14*	*2,6*
Total	***282***	***100***	***24***	***100***	***34***	***100***	***193***	***100***	***19***	***100***	***1***	***100***	***553***	***100***

Source : enquête ad hoc sur la protection sociale, 2011

2.4. Financement de la protection sociale au Mali

Le financement du système de protection sociale pose deux défis majeurs : (i) la perception des gouvernants sur la pertinence de sa contribution à la croissance ; (ii) la rareté des ressources face aux priorités multiples auxquelles les gouvernements sont confrontés. Faut-il alors la confier à l'Etat et la faire financer sur fonds publics ou à un organisme d'assurance indépendant de l'Etat et la faire financer par des contributions ? Pour un financement adéquat, il importe de concilier ces deux démarches qui sont liées historiquement aux noms de Beveridge[11] et de Bismarck[12].
Au plan mondial, selon l'UNICEF, le *financement des coûts des soins de santé* est partagé entre les gouvernements, qui contribuent pour 33% aux dépenses mondiales de santé, l'assurance sociale (25%), l'assurance privée (20%) et les paiements directs et autres dépenses privées (22%).

Les systèmes nationaux de sécurité sociale contribuent à la protection sociale de la population par la redistribution d'une partie importante du produit intérieur brut. Ce montant de ressources est constitué par :

a) les cotisations sociales versées par les travailleurs, les employeurs et l'État ;
b) les transferts de l'État (impôts et bénéfices réservés, recettes générales, et prêts internationaux) ;
c) d'autres dispositions comme la micro-assurance, le microcrédit et les régimes de protection communautaires.

La sécurité sociale est financée par les cotisations prélevées sur les revenus de l'activité salariée et par la voie fiscale (retenue à la source).

L'aide et l'action sociales sont financées par l'Etat, les collectivités territoriales, d'autres personnes morales, les personnes physiques et les partenaires au développement.

Les ressources sont constituées par :

- une dotation budgétaire annuelle qui est déterminée d'un commun accord entre le ministre de tutelle de la Protection Sociale et le ministre chargé des finances. Son montant figure dans la loi de finances pour l'exercice considéré et est inscrit en dépense au budget de l'Etat. Elle comprend :
    - ➢ les frais administratifs et de fonctionnement des services techniques des ministères en charge de la Protection Sociale ;
    - ➢ les dépenses d'équipements et d'investissements (financements internes et extérieurs,

[11] William Henry **Beveridge** (5 mars 1879 – 16 mars 1963), économiste et homme politique britannique
[12] **Otto Von Bismarck (**avril 1815 - juillet 1898) homme politique Allemand

y compris l'Appui Budgétaire) ;
  - ➢ les transferts sociaux ;
  - ➢ et les autres dépenses ;
- les cotisations assises sur le salaire des fonctionnaires (civils et militaires) de l'Etat dont le versement est assuré par le ministère des finances ;
- les subventions aux organismes et Etablissements Publics à caractère Administratifs chargés des missions de protection sociale ;
- le produit des cotisations assises sur le financement des agents contractuels de l'Etat dont le versement est assuré par le ministère des finances ;
- le produit des cotisations des travailleurs indépendants ;
- le produit des placements des dons et legs et toutes autres ressources attribuées à l'organisme.

Le système de financement en vigueur est de type contributif. Les modes de financement adoptés pour la couverture des différents risques sont déterminés en fonction des prestations à payer. Les prestations à court terme sont financées selon le système de la répartition tandis que le financement de celles à long terme repose sur le principe de la capitalisation partielle ou « prime échelonnée ». Chaque branche est financée par des cotisations à la charge des salariés et des employeurs.

Dans tous les organismes affiliés, les cotisations sociales à l'INPS constituent la quasi-totalité des ressources. Elles sont constituées d'un principal et des pénalités liées aux infractions à la législation sociale. Ces cotisations sont assises sur l'ensemble des rémunérations perçues par les personnes assujetties, y compris les indemnités, primes, gratifications et tout autre avantage ayant un caractère de remboursement de frais. Toutefois, le montant des rémunérations servant de base de calcul des cotisations ne peut être, en aucun cas, inférieur au SMIG.

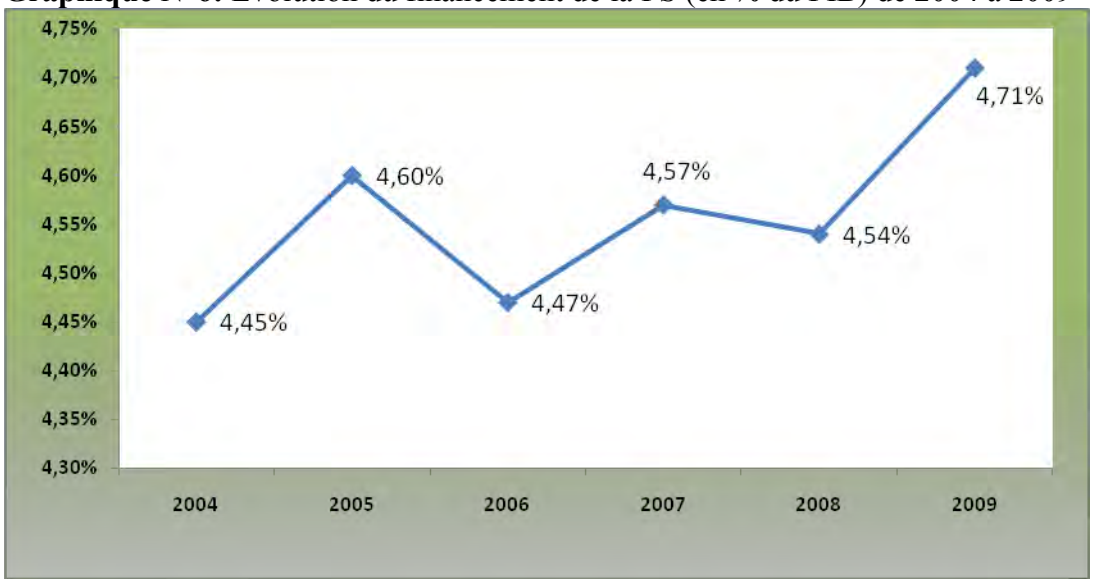
Tableau N°16 : Evolution du financement de la PS par source et en pourcentage du PIB (chiffres en milliers de francs CFA)

Type de fin.	2004	2005	2006	2007	2008	2009	TOTAL	%	TCAM[13] 2004-2009 (en %)
Fin. public	78 829 296	87 971 737	96 329 974	104 725 905	110 217 506	137 474 598	615 549 016	62,2%	**11,8**
Fin. parapublic	31 511 000	38 076 000	41 550 000	48 380 000	54 890 000	56 674 000	271 081 000	27,4%	**12,5**
Fin. privé	13 188 000	14 847 000	16 199 000	17 479 000	20 434 000	20 518 000	102 665 000	10,4%	**9,2**
Total	123 528 296	140 894 737	154 078 974	170 584 905	185 541 506	214 666 598	989 295 016	100,00%	**11,7**
PIB	2 776 300 000	3 064 200 000	3 447 600 000	3 733 900 000	4 090 300 000	4 560 800 000	21 673 100 000		
% du PIB	4,45%	4,60%	4,47%	4,57%	4,54%	4,71%	4,56%		

Source : synthèse effectuée par l'ODHD, 2012

[13] TCAM = Taux de croissance annuel moyen

Graphique N°6: Evolution du financement de la PS (en % du PIB) de 2004 à 2009



Source : Construit à partir de la dernière ligne du tableau 16

Il apparaît que sur la période (2004 à 2009), le financement de la Protection Sociale a évolué de façon positive d'une année sur l'autre, passant de 123,5 milliards de FCFA en 2004 à 214,6 milliards de FCFA en 2009. Ceci dénote l'importance croissante accordée à ce secteur par l'ensemble des acteurs (pouvoirs publics, organismes parapublics et privés). Au total, 615,5 milliards de FCFA, soit 62,22% du financement provient du secteur public, contre 271 milliards de FCFA soit 27,40% pour le secteur parapublic et 102,6 milliards de FCFA soit 10,38% pour le secteur privé. L'Etat avec l'appui des PTF est la principale source de financement de la PS au Mali.

Le détail par type de financement est développé ci-dessous :

2.4.1. Financement public

2.4.1.1 Protection Sociale et Nomenclature budgétaire

Aux termes du décret N° 03-163/P-RM du 16 Avril 2003 fixant la nomenclature du Budget de l'Etat et conforme à la classification internationale COFOG (Classification Of the Functions Of Government), la Protection Sociale est répertoriée dans le document budgétaire de la façon suivante :

Tableau N°17 : Nomenclature budgétaire

Code			Intitulé
10			**PROTECTION SOCIALE**
	101		**Prestations Sociales**
		1011	Prestations de maladie
		1012	Prestations d'invalidité
		1013	Prestations de vieillesse
		1014	Prestations aux ayants droits
		1015	Prestations familiales
		1016	Allocations pour enfants
		1017	Prestations de chômage
		1018	Prestations de logement
		1019	Hébergements pour personnes âgées et assistance sociale
	102		**Services pour la lutte contre l'exclusion sociale**
		1021	Services pour la lutte contre l'exclusion sociale
	103		**Services pour la promotion de la femme**
		1031	Services pour l'insertion économique, sociale et culturelle de la femme
		1032	Services pour la promotion des droits de la femme
	104		**Services pour la promotion de l'enfant et de la famille**
		1040	Services pour la promotion de l'enfant et de la famille
		1041	Services pour la protection et la promotion de l'enfant
		1042	Services pour la promotion de la famille
		1043	Services pour la promotion de la jeunesse
	108		**Recherche et développement dans le domaine de la protection sociale**
		1081	Recherche et développement dans le domaine de la protection sociale
	109		**Protection sociale n.c.a. (non classé ailleurs)**
		1090	Protection sociale n.c.a.
		1091	Secours et Aides Alimentaires

Source : Arrêté n° 03-163/P-RM du 16 avril 2003

Les dépenses de protection sociale des administrations publiques comprennent les dépenses afférentes aux services et transferts dont bénéficient des particuliers et des ménages à titre individuel et celles afférentes à des services fournis à titre collectif. Les dépenses liées aux services et transferts à caractère individuel sont classées dans les groupes 1011 à 1017; les dépenses liées aux services fournis à titre collectif sont classées dans les groupes 1018 et suivants.

Ces services de type collectif touchent notamment la définition et la mise en œuvre d'une politique publique, la fixation et l'application de normes et de réglementations applicables à la fourniture de services de protection sociale ; la recherche appliquée et le développement expérimental dans le domaine des affaires et des services relatifs à la protection sociale.

Cette classification a l'avantage de répertorier les différentes branches d'activités de la protection sociale et leur répartition entre les différents domaines d'intervention, de faciliter l'arbitrage budgétaire et de permettre la recevabilité de tous les acteurs.

2.4.1.2 Analyse de la dépense budgétaire en faveur du secteur Protection sociale

a) Evaluation du volume de la dépense dans le secteur protection sociale

Pendant la période 2004 à 2009 qui correspond à la mise en œuvre du premier plan d'actions de la politique de protection sociale, le budget de l'Etat qui constitue sa principale source de financement, a connu un accroissement continu selon la loi bien connue de la progression

continue des dépenses publiques[14], en passant de 787 198 778 000 FCFA à 1 154 813 824 000 FCFA soit une augmentation de près de 39,89% sur six (6) ans ; ce qui correspond à une croissance moyenne de 7,98% par an.

Tableau N°18 : Taux de progression de Budget de l'Etat et du Secteur Développement Social et Santé de 2004 à 2009 (en millier de FCFA)

RUBRIQUES	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Total	Moyenne annuelle
Dotations santé & PS	78 829 296	87 971 737	96 329 974	104 725 905	110 217 506	137 474 598		
Accroissement Dotations Santé & PS		11,60%	9,50%	8,72%	5,24%	24,73%	59,79%	**11,96%**
BUDGET DE L'ETAT TOTAL	787 198 778	850 631 194	935 759 371	994 399 544	1 055 680 132	1 154 813 824		
Accroissement Dotations Budget d'Etat		8,06%	10,01%	6,27%	6,16%	9,39%	39,89%	**7,98%**

Sources DGB : Comptes administratifs 2004 à 2009

Pendant ce temps, la part du Secteur Développement Social et Santé a évolué de façon régulière avec une pointe entre 2008 et 2009 au cours de laquelle la part du Secteur Santé & PS passe de 110 217 506 000 FCFA à 137 474 598 000 FCFA, soit un accroissement de : 27 257 092 000 FCFA en valeur absolue, correspondant à une augmentation de 24,73% .

La variation globale de la part du Secteur Développement Social et Santé sur la période est de 59,79%, soit une progression moyenne annuelle d'environ 11,96%. Ce taux d'accroissement est donc supérieur à celui du Budget de l'Etat.

Cette augmentation progressive signifie que les crédits additionnels obtenus sur la période ont profité de façon substantielle au secteur de la protection sociale du fait de sa lisibilité à travers le plan d'actions 2004 – 2009.

[14] Loi de Adolph Wagner (25 mars 1835 - 8 novembre 1917) économiste allemand

b) Analyse des niveaux d'exécution / de mise en œuvre des dépenses publiques annuellement et les obstacles y afférents

Tableau N°19 : Situation d'exécution des dépenses du secteur Santé et Développement Social pour la période 2004 à 2009 en millions FCFA

RUBRIQUE	Santé				Protection Sociale				Santé et Protection Sociale			
	Dotations	Répartition (en %)	Engagé	Crédits Engagés (en %)	Dotations	Répartition (en %)	Engagé	Crédits Engagés (en %)	Dotations	Répartition (en %)	Engagé	Crédits Engagés (en %)
Fonctionnement et frais administratifs	100 481	24,39	98 228	97,76	26 620	13,08	25 911	97,34	127 102	20,6	124 139	97,7
Transferts	80 631	19,57	78 507	97,36	108 054	53,09	107 698	99,67	188 686	30,7	186 205	98,7
Autres dépenses	6 658	1,62	6 599	99,11	1 965	0,97	1 826	92,96	8 623	1,4	8 426	97,7
Equipement & Investissement	224 240	54,43	195 731	87,29	66 899	32,87	57 265	85,60	291 139	47,3	252 996	86,9
- financement intérieur	74 419	18,06	70 869	95,23	21 176	10,40	20 372	96,21	95 595	15,5	91 241	95,4
- financement extérieur dont Appui Budgétaire	149 820	36,36	124 862	83,34	45 723	22,46	36 893	80,69	195 544	31,8	161 755	82,7
TOTAL	412 011	100,00	379 066	92,00	203 538	100,00	192 700	94,68	615 549	100,0	571 766	92,9
TOTAL BUDGET DE L'ETAT	5 778 483		5 111 866	88,46	5 778 483		5 111 866	88,46	5 778 483		5 111 866	88,5
Différence en point de pourcentage				3,54				6,21				4,42

Source : DGB ; extrait des comptes administratifs 2004 à 2009

Le taux d'exécution des crédits du Ministère de la Santé est de 92% pour la période 2004 à 2009 contre un taux de 88,46% pour le Budget de l'Etat. Quant au secteur PS stricto sensu son taux de réalisation est encore meilleur (94,68%) soit 6,21% de mieux que le budget de l'Etat. La situation consolidée des deux sous-secteurs donne un taux de réalisation de 92,90% soit 4,42 point de pourcentage de mieux que le budget de l'Etat. On peut en conclure que l'exécution des dépenses du secteur ne pose pas assez de problèmes. Nous sommes loin du paradoxe d'un secteur comme le Développement Rural où malgré un besoin très important de financement, les taux de décaissement sont relativement faibles. Il faut tout de même signaler que pour les deux sous-secteurs, le taux de réalisation est malgré tout grevé par le faible niveau d'exécution du financement extérieur : 83,34% pour la Santé, 80,69% pour la Protection Sociale et 82,70% pour la situation consolidée. .

c) *Analyse de l'efficacité de la dépense (répartition des dépenses entre ministères et entre transferts, coûts de fonctionnement et coûts d'investissement)*

Le tableau ci-dessous indique que pour le secteur Protection Sociale, les transferts dominent largement avec 53,09% des dépenses sur la période, contre 13,08% pour les crédits de fonctionnement et frais administratifs, 32,87% pour les dépenses d'Equipement & Investissement dont 10,40% pour le financement intérieur et 22,47% pour le financement extérieur, tandis que pour le sous-secteur Santé, les taux sont respectivement de 19,57%, 14,39%, 54,43% dont intérieur 18,06% et extérieur 3,37%. Dans la situation consolidée, les transferts représentent 30,70% contre 20,60% pour les frais administratifs et le fonctionnement et 47,30% pour l'Equipement & Investissement.

Tableau N°20 : Répartition des inscriptions budgétaires par Ministère, région et organisme (en millier de FCFA)

	Montants			Pourcentages		
MINISTERES ET ORGANISMES	**2007**	**2008**	**2009**	**2007**	**2008**	**2009**
Charges Communes	0	12 206 500	7 206 500	0,00	9,97	5,36
MATCL	0	0	176 000	0,00	0,00	0,13
MPFEF	3 733 885	2 388 086	3 516 786	3,59	1,95	2,62
MDSSPA	9 042 564	15 492 875	14 088 719	8,70	12,65	10,48
CITE DES ENFANTS	288 885	226 739	354 292	0,28	0,19	0,26
MAISON DES AINES	383 440	327 707	0	0,37	0,27	0,00
INSTITUT D'ETUDES ET RECHERCHE EN GERONTO GEREATRIE	0	0	341 882	0,00	0,00	0,25
CMSS	21 079 500	11 009 136	13 766 815	20,28	8,99	10,24
OBSERVATOIRE HUMAIN DURABLE	182 260	196 958	434 195	0,18	0,16	0,32
INSTITUT NATIONAL DE FORMATION DES TRAVAILLEURS SOCIAUX	337 202	372 139	521 760	0,32	0,30	0,39
FONDS DE SOLIDARITE NATIONALE	477 931	479 269	505 608	0,46	0,39	0,38
CENTRE D'ORTOPEDIE & D'APPAREILLAGE	21 664	21 664	196 192	0,02	0,02	0,15
CANAM	0	0	0	0,00	0,00	0,00
RAMED	0	0	0	0,00	0,00	0,00
DISTRICT BAMAKO	79 556	90 158	135 390	0,08	0,07	0,10
KAYES	141 116	142 440	204 178	0,14	0,12	0,15
KOULIKORO	110 913	121 236	203 022	0,11	0,10	0,15
SIKASSO	170 971	158 091	259 409	0,16	0,13	0,19
SEGOU	93 590	92 806	149 346	0,09	0,08	0,11
MOPTI	125 442	157 755	194 261	0,12	0,13	0,14
TOMBOUCTOU	127 675	123 645	182 965	0,12	0,10	0,14
GAO	121 938	118 507	196 131	0,12	0,10	0,15
KIDAL	101 063	100 309	157 796	0,10	0,08	0,12
SOUS TOTAL PS	36 619 595	43 826 020	42 791 247	35,23	35,79	31,83
SOUS SECTEUR SANTE	67 330 097	78 620 953	91 636 949	64,8	64,2	68,2
TOTAL GENERAL SANTE & DEV SOCIAL	103 949 692	122 446 973	134 428 196	100	100	100

Source : Budget de l'Etat ; inscriptions 2007 à 2009

Les montants significatifs sont les suivants :

- Sous-secteur Développement social : les montants évoluent en dents de scie de 36,6 milliards de FCFA à 43,8 milliards de FCFA, puis 42,7 milliards de FCFA soit respectivement 35,23%, 35,79% et 31,83% des dépenses totales de Protection sociale. Pour ce qui concerne les départements ministériels, le MDSSPA et le MPFEF

représentent les plus forts pourcentages. Ceci s'expliquerait par le fait que ces deux départements sont spécifiquement chargés des questions de protection sociale. La CMSS dont les dotations sont essentiellement des transferts et subventions surtout destinées à couvrir le gap entre les cotisations et les pensions payées représente 20% des dépenses en 2007, 9% en 2008 et 10,24% en 2009 ;

- Sous-secteur Santé constitue la majeure partie des inscriptions avec 64,77% en 2007, 64,21% en 2008 et 68,17% en 2009 ;
- Les Charges Communes supportent les filets sociaux et certains transferts dans des cas exceptionnels en faveur de bénéficiaires individuels ou collectifs ;
- Au titre des régions sont inscrits des frais administratifs et de fonctionnement, mais aussi des subventions pour individus ou groupes démunis. Les montants sont relativement modestes et devraient être complétés par une participation des Collectivités Territoriales.

d) La part des services opérationnels dans le budget du MDSSPA (impact des dépenses dans l'amélioration des conditions de vie des populations et la réduction de la pauvreté)

Quant au lien entre le cadre organique et les crédits de fonctionnement (matériel), il y a une rupture totale. Les cadres organiques des directions centrales du MDSSPA qui, à ce jour, ne sont pas remplis de façon satisfaisante, datent de neuf à dix ans et sont donc tous obsolètes.
Du point de vue de la déconcentration des allocations budgétaires, il existe un déséquilibre notoire entre le niveau central et les services déconcentrés. Les crédits de fonctionnement sont insuffisants, presque identiques d'une région à l'autre (sans tenir compte des contraintes spécifiques à chaque région) et reconduits d'année en année de façon presque automatique. A cela s'ajoute les retentions possibles au moment de la mise à disposition effective (ouverture des crédits). Quant aux services locaux, ils sont invisibles dans le document budgétaire.

e) Evaluation du niveau d'atteinte des objectifs internationaux et nationaux en matière de dépenses publiques pour le secteur protection sociale

Tableau N°21 : Part relative de la Protection Sociale dans le budget de l'Etat sur la période 2004 à 2009

Années	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Part de la Santé	6,40%	6,46%	7,38%	6,77%	7,45%	7,94%
Part de la PS	3,61%	3,88%	2,91%	3,76%	2,99%	3,97%
Part de la Santé & la PS	10,01%	10,34%	10,29%	10,53%	10,44%	11,91%

Sources DGB : Comptes administratifs 2004 à 2009

Le tableau montre que la part de la santé a évolué de façon régulière de 2004 à 2009 avec cependant un creux en 2007, passant de 7,38% en 2006 à 6,77% en 2007 pour remonter à 7,45% en 2008. Le taux le plus fort est obtenu en 2009 avec 7,94%. Quant au sous secteur protection sociale sa part évolue en dents de scie passant de 3,61% en 2004 à 3,97% en 2009. Le plus faible taux est enregistré en 2006 avec 2,91% et le plus fort taux en 2009 avec 3,97%.

La part globale (santé et développement social) a évolué de 10,01% en 2004 à 11,91 en 2009.
Sur la période 2004 – 2009, moins de 12 % du budget sont consacrés aux dépenses de Protection Sociale, contrairement à la déclaration d'Abuja 2001 qui a fixé l'objectif à hauteur de 15% des dépenses publiques que doivent allouer tous les pays africains à la Santé.

f) La Caisse Malienne de Sécurité Sociale (CMSS)

La Caisse des Retraites du Mali est devenue en 2010 Caisse Malienne de Sécurité Sociale suite aux reformes instituant l'Assurance Maladie Obligatoire en 2008.

Au Mali, le fonctionnement de la sécurité sociale est basé sur le principe de répartition, selon lequel, le travailleur et son employeur versent une proportion déterminée du salaire fixé par la loi. Ce montant n'est pas investi et capitalisé pour son propre intérêt, mais sert à payer les retraités. Ce système peut fonctionner aussi longtemps que l'institution de retraite est capable de faire face à ses engagements. Avec l'augmentation de l'espérance de vie grâce à la mise en place d'un système de santé plus performant, le système de sécurité social a été fortement ébranlé. Le système a dû faire face à des engagements plus importants que prévus. Ce constat est surtout préoccupant à la CMSS.

En effet, il ressort du tableau ci-dessous que l'écart entre les ressources et les emplois est négatif entre 2000 et 2004. Ce solde est devenu positif à partir de 2005 jusqu'en 2009, avant d'enregistrer à nouveau un solde déficitaire en 2008.

Tableau N°22 : Evolution des ressources et des emplois de la CMSS (en million de FCFA)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Ressources (1)	8 687	9 720	10 241	17 526	27 129	26 803	29 896	33 040	33 966	40 822
Emplois (2)	15 001	15 728	20 816	27 901	28 781	25 944	27 617	31 336	35 239	38 633
Solde (l)-(2)	-6 314	-6 008	-10 575	-10 375	-1 652	859	2 279	1 704	-1 273	2 189
Cotisation -pension	-8 307	-7 931	-12 446	-17 805	-18 429	-14 886	-15 319	-18 279	-21 133	-22 539

Source : Caisse Malienne de Sécurité Sociale (CMSS)

La réduction remarquable des déficits à partir de 2005 s'explique par la mise en œuvre des réformes dans le cadre du Projet de Développement du Secteur Financier (PDSF) notamment la modification du statut de la CMSS en 1993 en l'érigeant en Etablissement public à caractère Administratif (EPA), transférant ainsi les compétences du Trésor à la CMSS. Ce transfert de compétence a permis à celle-ci de recouvrer toutes ses missions et de gérer entièrement tout le processus de paiement de la pension.

Si le solde des emplois et ressources enregistre des évolutions positives, l'écart entre les cotisations et les pensions est toujours déficitaire entre 2004 et 2009. Ce déficit est toujours financé par l'Etat. Les subventions accordées par l'Etat à la CMSS sont passées de 17,0 milliards de FCFA en 2005 à 13,4 milliards de FCFA en 2009.

Le déficit structurel des différents régimes de pensions s'explique par plusieurs facteurs notamment :

- la faiblesse du taux de cotisation : il représente 4% de la part salariale et 8% de la part patronale soit un taux global de 12%, contre 22% à 24 % à l'INPS. Ce taux est l'un des plus bas de la sous-région ;
- l'augmentation des bénéficiaires de prestations avec le départ régulier des fonctionnaires à la retraite ;
- le ralentissement du recrutement à la fonction publique depuis 1982, suite à la mise en œuvre des programmes d'ajustement structurels initiés par le FMI et la Banque Mondiale ;
- la diminution du nombre de cotisants, suite aux différents départs anticipés à la retraite ;
- la prise en charge des régimes non contributifs notamment les pensions d'invalidité, les allocations familiales et les majorations pour famille nombreuse ;
- la prolongation de la durée de jouissance de la pension ;
- la régularisation de situations administratives entrainant des rappels de pensions sur de longues périodes au profit des bénéficiaires ;
- les différentes révisions de grille indiciaires des militaires et les bonifications de campagne pour lesquelles aucune cotisation n'est prélevée ;
- l'institution récente d'un régime de retraite parlementaire en 1995. Le temps de cotisation s'étend sur 10 ans maximum alors que la jouissance de la pension est viagère et réversible aux

ayants droits. Cependant, tous les autres régimes de pension nécessitent un minimum de 15 ans de cotisation pour prétendre aux droits à la pension ;
- la violation de certains principes directeurs de la sécurité sociale notamment la bonification de campagnes militaires non soumises à cotisation et le taux de remplacement élevé (100%) de pensions de réversion des militaires décédés en activité.

En 2009, de nouvelles branches ont été instituées à savoir le régime d'Assurance Maladie Obligatoire et le Régime d'Assistance Médicale. Les dotations budgétaires consécutives à ces récentes réformes sont les suivantes :

Tableau N°23 : Inscriptions budgétaires au titre des années 2010 à 2012

IMPUTATION BUDGETAIRE	LIBELLE	INSCRIPTIONS			
		2 010	**2 011**	**2 012**	**TOTAL**
6-7-0-1081-000-0050-02-1	CANAM	50 000 000	645 725 000	1 253 011 000	1 948 736 000
6-7-0-1081-000-0070-02-1	ANAM	0	1 047 301 000	1 094 438 000	2 141 739 000
6-7-0-1081-000-0060-02-1	RAMED	50 000 000	0	0	50 000 000
TOTAL		100 000 000	1 693 026 000	2 347 449 000	4 140 475 000

Source : DGB ; lois de finances 2010 à 2012

Sur la période 2010 à 2012, l'Etat a injecté 4,1 milliards de FCFA dont 100 millions la première année ; 1,6 milliards de FCFA en 2011 et une prévision de 2,3 milliards de FCFA en 2012. Le montant est important en valeur absolue et s'accroît d'une année à l'autre.

Néanmoins, ces inscriptions sont encore insuffisantes à faire face aux dépenses attendues notamment pour le RAMED qui est un régime non contributif et concerne un public cible estimé à au moins 5% de la population soit environ 700 000 personnes. Selon la Direction de l'ANAM, la mise en route du RAMED dans des conditions sécurisées (recensement, fiches d'immatriculation et conventions avec les partenaires) prendra du temps et coûtera entre 700 et 800 millions de FCFA.

Les fonds de l'agence proviennent des subventions de l'Etat (65%) et des collectivités territoriales (35%). Le recouvrement des fonds provenant des collectivités demeure une préoccupation majeure.

g) Budget, Genre et protection sociale

La problématique d'une analyse genre du budget peut être schématisée par la question suivante : les intérêts et les besoins différenciés des femmes et des hommes sont-ils pris en compte ?

Aussi, un « budget genre» aura le mérite de reconnaître les différents besoins, privilèges, droits et obligations des hommes et des femmes dans la société. Il devra reconnaître ainsi la contribution différenciée des hommes et des femmes à la production de biens et services, la distribution des ressources et la mobilisation du facteur travail.

C'est un instrument d'analyse qui ventile le budget du gouvernement et ses effets, en prenant en compte les femmes et notamment celles qui sont pauvres.

Ainsi la prise en compte de la perspective "genre" dans le cadre du budget de l'Etat découle d'une perspective double, à savoir : assurer l'efficacité des politiques publiques et garantir l'équité de genre.

Cette approche tient compte des préoccupations et des intérêts différenciés des femmes et des hommes de l'étape de la préparation du plan de développement économique et social à celle de l'exécution de la loi de Finances puis de l'évaluation des politiques publiques. L'analyse genre sera alors intégrée tout au long du processus de planification, de programmation, d'exécution et de suivi des budgets sectoriels.

Plus que tout autre instrument, le budget national ou local reflète les priorités sociales et économiques d'un gouvernement. C'est à travers les budgets que les politiques et programmes sont traduits en termes d'allocation de ressources.

L'intégration de la dimension genre dans la planification et l'élaboration du budget est donc essentielle pour une allocation équitable, pertinente et efficace des ressources.

Les budgets sensibles au Genre *ne sont pas* des budgets séparés pour les hommes et pour les femmes. Il s'agit de :

- examiner la dimension genre à tous les niveaux budgétaires nationaux et locaux tant du point de vue des recettes que des dépenses ;
- faire la promotion d'un engagement et d'une participation active des femmes en tant qu'acteurs ;
- suivre et évaluer les revenus et les dépenses du gouvernement à partir d'une perspective genre ;
- encourager une utilisation plus efficace des ressources pour réaliser l'égalité entre les hommes et les femmes et le développement humain ;
- privilégier la redéfinition des priorités à l'augmentation générale des dépenses du gouvernement ;
- mettre l'accent sur une réorientation des programmes au sein des secteurs, plutôt que sur des modifications des sommes totales allouées à des secteurs en particulier ;
- concevoir (comme actuellement en France) un document informatif à l'attention du Parlement, sous forme d'annexe au projet de loi de Finances permettant de mesurer les efforts engagés par les différents départements ministériels ainsi que les régions dans la promotion de l'égalité entre les femmes et les hommes.

Néanmoins sous des pressions de diverses natures (recommandation de l'Union Africaine), l'Etat peut être amené à faire des inscriptions spécifiques, comme c'est le cas au Mali, d'un « Fonds d'Appui à l'Autonomisation de la Femme et à l'Epanouissement de l'Enfant » (FAFE).

Il faut assurer que ces fonds (créés ou augmentés) ne servent uniquement les personnes déjà favorisées mais appartenant aux couches dites pauvres ou vulnérables (dirigeants d'Association de jeunesse et d'organisations féminines).

2.4.2. Source de financement para public

Il existe au Mali une Caisse qui peut être qualifiée de « caisse de retraites para publique » à laquelle sont affiliés les travailleurs contractuels de la Fonction publique et du secteur privé appelée Institut National de Prévoyance Sociale.

La population assujettie aux différents régimes de prévoyance sociale à l'Institut National de Prévoyance Sociale est faible. Les agriculteurs qui constituent la composante la plus importante avec près de 70 à 85% (selon les sources) et les travailleurs exerçant dans le secteur informel ne sont pas couverts.

A titre illustratif, il faut rappeler que le nombre d'unités industrielles est de l'ordre d'une centaine

au Mali, contre 3000 au Sénégal et 6000 en Côte d'Ivoire (source : Chambre de Commerce et d'Industrie du Mali ; 2010).

Les pensions servies sont faibles compte tenu des niveaux de rémunération et de plafond pratiqués au Mali.

Au Mali, les cotisations sont assises sur des rémunérations avec des plafonds sur l'année qui varient de 70 000 FCFA à 1 600 000 FCFA. Le taux de cotisation, toutes branches confondues, se situe entre 8% et 26%.

Malheureusement tous les travailleurs normalement assujettis à l'INPS ne sont pas encore déclarés par leurs employeurs. L'institut n'ayant pas pouvoir de sanctionner, cette tâche revient à l'Inspection du Travail du lieu d'implantation de l'entreprise. Pour ce faire l'INPS appuie le fonctionnement des Inspections, notamment en carburant. Aux termes de la réglementation, les pénalités perçues sont reparties entre l'Inspection qui verbalise (40%) et le Trésor Public (60%). Un quittancier est remis à chaque structure régionale dans ce sens ; cependant presque tous les quittanciers sont retournés vierges en fin d'année, la quasi-totalité des conflits se règle par la conciliation.

Tableau N°24: Evolution des emplois et ressources de l'INPS en millions de FCFA

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Ressources (1)	23 452	26 491	29 731	31 379	31 511	38 076	41 550	48 380	54 890	56 674
Emplois (2)	10 881	13 052	14 387	14 426	18 882	21 063	22 237	26 561	31 893	38 522
Solde =(1) (2)	12 571	13 439	15 344	16 953	12 629	17 013	19 313	21 819	22 997	18 152

Source : Institut National de Prévoyance Sociale 2009.

Malgré toutes les vicissitudes l'INPS se maintient dans un dynamisme remarquable. Les taux de cotisation du régime de la branche assurance vieillesse sont fixés comme suit : Assuré (3,60%) et l'employeur (5,40%). Les ressources sont passées de 23,4milliards de FCFA en 2000 à 56,6 milliards FCFA en 2009. L'INPS enregistre également des soldes positifs sur toute la période. Cette performance s'explique par la mise en œuvre de plusieurs reformes depuis une dizaine d'années, notamment les études actuarielles réalisées pour déterminer la viabilité financière, la mise en place des systèmes informatisés dans le cadre du Projet de Développement du Secteur Financier.

En termes d'affectation des ressources, l'INPS contribue au financement de l'économie à travers l'achat des obligations et des bons du Trésor public. En 2009, la valeur des obligations des banques détenues par l'INPS s'est élevée à 4 milliards de FCFA alors que celle des bons du Trésor était de 2 milliards de FCFA.

Les efforts déployés doivent être poursuivis en vue d'enrayer les dysfonctionnements persistants en termes de maîtrise des effectifs des assujettis, de respect des dispositions réglementaires et des procédures, de recouvrement amiable et forcé, de fiabilisation des comptes adhérents et, enfin, de renforcement du contrôle des employeurs.

Selon le BIT, Le *financement des coûts des soins de santé* est partagé entre les gouvernements, qui contribuent pour 33% aux dépenses mondiales de santé, l'assurance sociale (25%), l'assurance privée (20%) et les paiements directs et autres dépenses privées (22% des dépenses mondiales).

La part élevée des paiements directs par les intéressés est très préoccupante. Une part élevée de paiements directs traduit un manque de couverture par la protection sociale de la santé. Les paiements directs sont plus élevés dans les pays à faible revenu, où ils sont compris entre 50 et 80% du total des dépenses de santé, comme en Afrique et en Asie.

Les paiements directs sont la façon la moins efficace et la moins équitable de financer les dépenses de soins de santé. C'est une charge très lourde pour les pauvres et ces paiements sont associés à un risque élevé d'appauvrissement des ménages du fait de coûts disproportionnés par rapport aux moyens des intéressés. Dans les pays à faible revenu, en particulier, ces paiements peuvent conduire à une pauvreté accrue et à des dépenses de santé catastrophiques ; ils peuvent avoir des répercussions négatives sur la génération du revenu, du fait de l'obligation de vendre des actifs et d'emprunter.

2.4.3. Financement privé

Il est essentiellement l'œuvre des organisations à but non lucratif (mutuelles, associations, fondations, sociétés coopératives, congrégations et autres groupements) et les sociétés d'assurance.

2.4.3.1. Le secteur des assurances

Les assurances privées représentent une partie importante du financement privé de la protection sociale. A partir du système d'assurance[15], est issu le système privé des fonds de pension. Il semble avoir tiré profit de la crise du système de retraite publique. La mise en place du Code de la Conférence Interafricaine du Marché d'Assurance (CIMA) a favorisé la création d'un meilleur environnement pour les opérations d'assurances et leur sécurité, entraînant une hausse notable des primes collectées par les compagnies d'assurances. Le marché des assurances est composé de neuf sociétés, dont sept d'assurances non vie et deux sociétés d'assurance vie. Le secteur est régulé par la Direction Nationale du Trésor et de la Comptabilité Publique à travers la division des assurances.

Tableau N°25: Evolution des primes collectées par les assurances (en millions de FCFA)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Primes collectées en millions	12 165	11 846	13 188	14 847	16 199	17 479	20 434	20 518
Prime vie	1 384	1 355	1 374	1 454	1 726	2 255	2 512	2 540
Prime non vie	10 781	10 491	11 814	13 393	14 473	15 224	17 922	17 978
Primes vie/primes collectées	11,38%	11,44%	10,42%	9,79%	10,65%	12,90%	12,29%	12,38%
Prime non vie/ Primes collectées	88,62%	88,56%	89,58%	90,21%	89,35%	87,10%	87,71%	87,62%
Prime vie et non vie/PIB	0,52%	0,46%	0,51%	0,53%	0,52%	0,51%	0,52%	0,49%

Source : Fédération des Sociétés d'Assurances de Droit National Africaines, 2010

Entre 2002 et 2009, les primes collectées par le secteur des assurances ont augmenté remarquablement (Tableau ci-dessus). Les primes collectées[16] sont passées de 12,1 milliards de FCFA en 2002 à 20,5 milliards en 2009. Cependant, la forte augmentation des primes collectées est moins reflétée sur les primes-vie. Entre 2002 et 2009, la part des primes-vie dans le total des primes collectées a varié entre 9,80% et 12,90%, alors que celles des primes non vie a fluctué entre 87,1% et 90,20%. Sur la même période, la part des primes-vie et non vie

[15] Le secteur des assurances est divisé en deux marchés, celui de l'assurance dommages qui regroupe les branches Incendies, Accident, Risques Divers et Transport (IARDT) et le marché de l'assurance vie.

[16] Il s'agit ici de cotisations directes sans les acceptations versées au titre des contrats d'assurance vie et non vie.

représente moins de 1% du PIB. La contre performance du secteur des assurances s'explique par plusieurs facteurs notamment :

- la faiblesse du niveau revenu par habitant. Ce revenu se caractérise également par l'instabilité et l'irrégularité ;
- des préjugés socioculturels qui assimilent l'assurance-vie à des jeux de hasards ;
- la mauvaise image du secteur des assurances auprès des populations caractérisée par le retard de paiement des prestations pour des montants très faibles.

2.4.3.2. Les autres acteurs du financement privé

a) Les mutuelles

Le financement des mutuelles provient essentiellement des droits d'adhésion des membres et des cotisations. Le mode de cotisation est mensuel avec, dans la majorité des cas, des retenues à la source ou à travers le précompte. Les cotisations se situent entre mille (1000) francs CFA et cinq mille (5 000) FCFA par mois. Les prestations assurées par ces mutuelles concernent un capital (variable ou fixe) qui est versé en une seule tranche en cas de départ à la retraite ou de décès. Les bénéficiaires sont : la personne qui cotise pour la retraite, le décès ainsi que leurs ayants droits (ascendants, conjoint, descendants).

b) Les ONG

Au Mali, sont considérés comme ONG toutes les associations ayant reçu l'agrément de 1'Etat et ayant signé avec lui un accord-cadre définissant les conditions et le cadre de leurs interventions. Les ONG sont suivies au niveau de l'Etat par le Ministère de l'Administration Territoriale et des Collectivités Locales à travers la Cellule d'Appui au Développement à la Base (CADB).

Les ONG les plus actives dans le domaine de la protection sociale sont les ONG confessionnelles ou caritatives. Toutes les grandes religions du monde exhortent leurs fidèles à faire des dons aux œuvres caritatives, à lutter contre la souffrance et la pauvreté, à ouvrir leur porte à l'étranger. Le judaïsme prévoit la pratique de la dîme, qui consiste à consacrer un dixième de ses revenus aux dons caritatifs. L'un des cinq piliers de l'Islam impose aux Musulmans de donner 2,5% de leur revenu annuel et de leur fortune à partir d'un seuil défini aux œuvres de bienfaisance.

L'action caritative, très importante lors des périodes de grande sécheresse, se traduit par des distributions gratuites d'aide alimentaire, de médicaments ou de fournitures scolaires. A ce type d'actions ponctuelles se substitue, de plus en plus, des projets de long terme. D'autres poursuivent l'aide caritative par des opérations de parrainage des individus du pays d'origine de I'ONG pour le financement de projets à l'échelle d'un village (cas du Forster Parents Plan International).

c) Les fondations

*Elles interviennent dans la protection sociale. L*a Fondation pour l'Enfance par exemple intervient dans plusieurs domaines. Le coût de ses opérations pour le mois de solidarité 2011 se chiffre à plus de 330 millions de Francs CFA. En ajoutant les activités du mois de la solidarité à celles du mois de ramadan 2011, la Fondation Pour l'Enfance et ses partenaires ont fait des dons dont la valeur accumulée dépasse les 630 millions de Francs CFA.

Cependant l'égalité et la protection sociale ne relèvent pas de la charité. C'est un droit qui se conjugue de la façon suivante : « A chacun selon ses besoins, de chacun selon ses moyens ».
L'intervention des ONG en matière de financement de la Protection Sociale ne ressort pas de façon systématique dans les statistiques des structures de l'Etat. Mais au-delà du montant, leur apport est très utile car souvent destiné aux populations les plus vulnérables et dans les périodes de détresse.

CHAPITRE III COMMENT LA PROTECTION SOCIALE PEUT AMELIORER LE DEVELOPPEMENT HUMAIN

Comme son titre l'indique, cette partie de l'étude tente d'une part d'expliquer, à travers la littérature existante en la matière comment la protection sociale peut améliorer le développement humain[17], littérature provenant d'institutions mondialement connues qui en ont le leadership ou qui interviennent de plus en plus dans le domaine. D'autre part, elle tente de prouver à partir de cas concrets au Mali, comment s'opère cette transformation. Ces cas, qui ne sont que d'exemples parmi tant d'autres, sont cités et analysés en fonction du jugement assez subjectif fait sur leur pertinence mais aussi et surtout en fonction de la documentation qui a pu être réunie au niveau national et régional sur l'impact des politiques, stratégies, programmes et projets de protection sociale au Mali. Sur ce point, le facteur limitant a été l'insuffisance de documents d'évaluation d'impact, illustrée par les résultats de l'enquête menée dans le cadre de l'étude et qui révèlent que seuls 20% des 238 structures rencontrées déclarent avoir des rapports d'évaluation des politiques, stratégies et projets/programmes mis en œuvre, encore que certains d'entre eux ne sont que de simples rapports d'activités.

3.1 Contexte

3.1.1 Approches en matière de protection sociale.

Depuis une dizaine d'années, le débat sur la protection sociale s'est ravivé dans plusieurs pays suite au sommet mondial de Copenhague (1995) sur le développement social qui recommandait notamment d'élaborer des « stratégies permettant d'élargir progressivement les programmes de protection sociale de façon à ce qu'ils s'appliquent à toute la population ». Aussi, des auteurs (Norton et Al.et Ejuba E cités par OCDE.) ont démontré respectivement que les effets de la crise financière qu'ont connue certains pays asiatiques en 1997 et les conséquences des programmes d'ajustements structurels auxquels les pays africains ont été soumis à partir des années 80 auraient été moindres si des mécanismes de protection sociale efficaces existaient.

Ce regain d'intérêt pour la protection sociale dans les pays de l'Afrique de l'ouest en particulier s'explique aussi par le développement et les résultats assez probants de nouvelles approches de protection sociale comme les mutuelles de santé qui ont su prendre le relai quand certains Etats à la fin des années 80, ont remis en question leur mode de financement de la santé (abandon formel de la gratuité des soins).

Mais l'accélération du processus est dû sans doute au fait que deux organisations internationales à savoir le Bureau International du Travail (BIT) et la Banque Mondiale (BM) ont « replacé la protection sociale au cœur de l'agenda politique national et international ». En effet, le premier a au sein du système des Nations Unies (SNU), le leadership de la sécurité sociale. Quant au second, la BM, elle connaît une influence croissante dans l'élaboration des stratégies nationales de protection sociale. Cette influence est en partie due au souci de mettre l'accent sur la dimension sociale dans les stratégies de réduction de la pauvreté.

[17] Rappelons que selon J.G. Speth, administrateur du PNUD, 1994, « Le développement humain durable est un développement qui n'engendre pas seulement la croissance, mais qui distribue de façon équitable ses bénéfices; qui renouvelle l'environnement plutôt qu'il ne le détruit; qui responsabilise les gens plutôt qu'il ne les exclut ».

L'approche de la sécurité sociale anciennement développée par le BIT[18] a évolué depuis les années 90 en prônant une politique d'extension sociale (Fonteneau, juin 2008) combinant plusieurs stratégies : (i) étendre les régimes d'assurances sociales, (ii) encourager la micro-assurance santé, (iii) introduire des prestations ou des services universels financés par l'Etat, (iv) et établir ou étendre des prestations ou services assujettis à conditions de ressources et financés par l'Etat. Quant à la BM, son approche est basée sur la « gestion des risques sociaux » définie comme les actions visant à aider les individus et les communautés à mieux gérer les risques et à apporter un soutien à ceux qui sont particulièrement pauvres (Fonteneau, juin 2008). Elle repose sur deux grandes composantes : une composante protectrice : fournir l'appui et une composante de promotion: gérer les risques.

Si les deux approches ont en commun d'envisager de faire intervenir plusieurs acteurs au lieu du seul Etat, elles présentent des différences. En effet, selon la BM, l'élaboration de politiques de gestion des risques sociaux permet de mieux appréhender et comparer les politiques sociales en fonction des pratiques et non uniquement en fonction des modèles occidentaux. Elle permet aussi de mieux les cadrer dans les stratégies de réduction de la pauvreté[19]. Aussi, l'approche de la BM inclut beaucoup plus de mécanismes et de stratégies donnant une dimension économique de la protection sociale. Le BIT, par contre, oppose une dimension sociale considérant que de telles politiques économiques ne doivent pas être confondues avec la protection sociale dont le but est précisément la protection et que celles-ci ne sont pas évaluées sur des critères sociaux comme devrait être une politique de protection sociale. Par ailleurs si le BIT a remis en question son approche d'antan de la protection sociale, il continue de faire de l'Etat un intervenant principal. En revanche, pour la BM, « l'intervention de l'Etat doit se limiter aux populations les plus pauvres, le reste de la population étant simplement appuyé pour gérer ses risques sociaux ».

Dans la pratique, les pays africains élaborent actuellement leur politique de protection sociale selon un canevas préétabli autour de la gestion des risques sociaux. La logique de ciblage est basée sur l'identification des groupes vulnérables (généralement les indigents, les femmes, les handicapés, les enfants, etc.). Dans le domaine de la santé par exemple, les projets de réforme des politiques sociales actuellement en cours prévoient les mesures selon les secteurs formel et informel. Ainsi pour le secteur formel (public et privé), la tendance est l'instauration d'une assurance maladie obligatoire alors que pour le secteur informel (milieu rural compris), c'est autour des mutuelles de santé que les populations avec l'aide de l'Etat, organisent leur protection sociale.

3.1.2 Protection sociale et développement humain

Selon l'Organisation de Coopération et de Développement Economiques (OCDE), « la protection sociale est un investissement fondamental qui contribue à la croissance économique et rend celle-ci plus favorable aux pauvres, tout en réduisant directement la pauvreté. Elle peut être d'un coût abordable, même pour les pays à faible revenu, et elle constitue un moyen efficace de s'attaquer à la pauvreté ».

[18] Principes :

- La sécurité sociale doit être organisée à grande échelle par l'Etat et/ou les institutions publiques ;
- Les membres de la société ont déjà atteint un certain niveau de vie (et partant, la sécurité sociale doit prioritairement les protéger contre la diminution de ce niveau de vie) ;
- Les risques énumérés par la définition du BIT reflètent des contextes occidentaux et ne prennent pas en compte des risques spécifiques d'autres contingences médicales et environnementales (épidémies, sécheresse, etc.)

[19] Dans la stratégie de lutte contre la pauvreté, la BM intègre la protection sociale. La lutte contre la pauvreté selon cette stratégie étant ciblée sur les personnes les plus vulnérables et en faisant apparaître les personnes au-dessus de la ligne de pauvreté comme des nantis, on les exclut du champ des personnes susceptibles d'exiger une protection. La tendance est donc à l'individualisation de la gestion du risque ou du moins à une gestion à une plus petite échelle (communauté, ménages) et par les individus eux-mêmes notamment sous forme d'épargne individuelle.

Le Comité d'Aide au Développement (CAD) pour la réduction de la pauvreté de cette organisation indique qu'une forte croissance économique est une condition nécessaire mais non suffisante pour lutter efficacement contre la pauvreté et la vulnérabilité car le caractère durable de la croissance, sa composition et sa répartition équitable sont tout aussi importants.

En effet, la protection sociale touche multiples dimensions, souvent complémentaires les unes des autres, comme la défense des droits, le développement humain, la croissance économique, la démocratie et la sécurité. Elle participe au développement du capital humain en offrant aux pauvres et aux personnes vulnérables la possibilité d'améliorer leurs capacités, brisant ainsi le cercle de la transmission de la pauvreté d'une génération à l'autre. Elle permet ainsi de s'attaquer à la pauvreté monétaire et de contribuer à la réalisation d'autres objectifs de développement en matière de nutrition, de santé, d'éducation, etc., donc à l'atteinte des OMD. Spécifiquement quand elle concerne les femmes et les enfants, la protection sociale peut aider à équilibrer les relations entre les sexes.

Le risque et la vulnérabilité sont des facteurs de pauvreté et de recul de la croissance économique. En effet, des chocs comme les catastrophes naturelles, la crise financière et économique actuelle, la contamination par le VIH et le Sida, les conflits armés peuvent entraîner la perte des moyens de subsistance et empêcher d'assurer aux enfants l'alimentation, l'éducation, les soins médicaux dont ils ont besoin pour ne pas demeurer toute leur vie dans la pauvreté chronique. En l'absence d'une protection sociale efficace, les plus déshérités des personnes vulnérables adoptent des attitudes négatives qui les maintiennent dans le cycle infernal de la pauvreté. Par exemple, les ménages les plus pauvres dont le soutien principal est touché par une maladie comme le SIDA peuvent recourir à des solutions aux effets inversibles comme la vente de terre ou de bétail ou à retirer des enfants de l'école. L'analyse récente des crises alimentaires au Mali (ODHD, 2009) montre que certains agriculteurs vendent leurs bœufs de labour pour faire face au déficit alimentaire consécutif aux mauvaises campagnes agricoles. Aussi des agriculteurs pauvres peuvent se mettre à cultiver des variétés de plantes plus résistantes certes à la sécheresse mais à rendements plus faibles.

La pauvreté et la vulnérabilité constituent donc en l'absence de protection sociale efficace, des freins importants au développement humain et économique. Ils empêchent une franche importante de la population des pays pauvres comme le Mali à s'adapter aux situations nouvelles, à participer au processus de croissance. C'est pourquoi, la protection sociale ne doit pas être perçue comme seulement un coût mais aussi un investissement indispensable qui rend la croissance plus favorable aux pauvres. La croissance pro-pauvres aide ainsi les femmes et les hommes pauvres à participer à l'activité économique, à en tirer avantage et donne en retour à l'Etat des moyens plus importants pour fournir plus de protection sociale.

Selon l'OCDE, il existe au moins cinq mécanismes pour que la protection sociale assure une croissance pro-pauvres :

- **l'investissement dans le capital humain** : l'accès aux services publics améliore par exemple l'état de santé et le niveau d'éducation des pauvres, réduisant ainsi leur vulnérabilité et créant un terrain plus propice à la croissance économique ;
- **la gestion des risques** : la protection sociale offre aux pauvres des moyens de préserver leurs biens en cas de choc, sauvegardant ainsi leur capital de création de revenus à long terme et de faire de nouveaux investissements ;
- **le renforcement de l'autonomie et des moyens de subsistance** : mettre plus de moyens à la disposition des pauvres (les femmes par exemple) accroît leur autonomie à entreprendre des activités favorisant à la fois leur épanouissement et la croissance économique, protéger

les agriculteurs maliens (les plus pauvres selon les enquêtes menées au Mali) pendant la période des récoltes où les prix ont tendance à baisser drastiquement, leur permet de négocier des prix plus rémunérateurs et d'encourager ainsi la production locale, source de croissance ;

- **une stratégie macroéconomique pro-pauvres** : la protection sociale peut être source d'avantages pour les catégories qui pourraient autrement être défavorisées par certaines politiques macroéconomiques. En Zambie, 80% des transferts sociaux sont consacrés à l'achat des produits locaux, ce qui permet de soutenir les entreprises des zones rurales ; au Mexique et en Indonésie, des transferts en espèces ont été effectués au profit des pauvres pour compenser la réduction des subventions sur les prix ; en Afrique du Sud, la redistribution du pouvoir d'achat des plus riches au profit des plus pauvres a transformé la structure des dépenses nationales au profit des produits locaux et au détriment des importations, ce qui a favorisé l'épargne locale, facteur de croissance économique ;
- **le renforcement de la cohésion sociale et du sentiment d'appartenance nationale** : la protection sociale diminue le risque de conflit social. En Ile Maurice par exemple, la pension sociale a contribué à transformer une économie de monoculture caractérisée par des taux de pauvreté élevés en une économie à forte croissance et à faibles taux de pauvreté. Au Botswana, la même pension a permis une stabilité sociale propice à d'importants investissements mettant ce dernier au rang des pays d'Afrique connaissant les taux de croissance les plus élevés.

Il apparaît donc clairement que la protection sociale peut améliorer le développement humain. Mais comme indiqué ci-haut, il s'agit maintenant à travers les points ci-dessous, d'illustrer la relation protection sociale et développement humain dans le contexte malien.

3.2 Protection Sociale et pauvreté monétaire au Mali

Le Mali est un pays à économie essentiellement rurale où le secteur agricole (au sens large) a représenté 41% du Produit Intérieur Brut en 2010 et maintenu sa croissance autour de 5% au cours des cinq dernières années (INSTAT, 2011). La population rurale représente près de 77% de la population totale (INSTAT, RGPH 2009) et enregistre une incidence de pauvreté monétaire plus élevée (51% contre 20% en milieu urbain) selon les résultats de l'Enquête Légère Intégrée auprès des Ménages (ELIM) de 2010 (INSTAT, 2011). Quand on sait par ailleurs que ce milieu est très tributaire des aléas climatiques, on mesure à quel point les transferts monétaires et non monétaires en faveur des ménages pauvres peuvent contribuer à la réduction de la pauvreté.

En effet, lors de l'enquête ELIM 2006, lorsqu'on a demandé aux ménages leur stratégie pour faire face aux difficultés ponctuelles, ils ont répondu avoir recours aux types d'aide contenus dans le tableau ci-après. Ce tableau montre la place prépondérante de la famille et des proches dans les situations difficiles surtout en milieu rural (la frange la plus pauvre de la population) et chez les plus pauvres.

Tableau N°26: Types d'aide sollicités par les ménages en cas de situations difficiles (%)

Types d'aide	Rural	Autres urbains	Bamako	Quartiles de pauvreté				Mali
				1er	2e	3e	4e	
Voisinage	**45,4**	35,4	16,4	**46,3**	45,4	36,9	28,8	**39,3**
Association religieuse	18,2	13,8	10,9	17,9	18,2	15,2	13,6	16,2
Association professionnelle	13,2	14,5	12,2	13,2	12,1	11,4	16,9	13,4
Amis	**52,7**	51,7	44,0	**54,0**	52,5	46,3	52,6	**51,4**
Famille	**55,6**	54,1	58,2	**54,3**	55,3	54,2	58,4	**55,6**
ONG	2,2	2,7	2,3	2,3	2,4	2,1	2,5	2,3
Autres	2,1	2,6	4,2	2,2	2,5	2,2	3,0	2,5

Source : ODHD, UNICEF, juillet 2008, Transferts de revenus et réduction de la pauvreté au Mali.

Les résultats de l'enquête ELIM de 2006 qui s'est intéressée à la fois aux revenus primaires et aux transferts[20] en faveur des ménages, ont fait l'objet en 2008 d'une publication de l'ODHD et de l'UNICEF intitulée « Transferts de revenus et réduction de la pauvreté au Mali ». Cette étude qui a utilisé la méthode de **l'énergie nutritive**[21] est une bonne illustration des relations étroites entre protection sociale (à travers les transferts) et la réduction de la pauvreté monétaire. L'hypothèse de travail de l'étude a estimé, comme dans les analyses usuelles sur la pauvreté des ménages en Afrique, que la consommation est le meilleur estimateur du revenu à cause des aléas qui y sont attachés. Ainsi la consommation totale déterminée par l'ELIM a été considérée comme le revenu incluant déjà les différents transferts. L'analyse de l'impact des transferts a donc porté sur cette consommation en y déduisant les transferts.

Mais avant d'entamer cette analyse, il est tout aussi intéressant de voir l'importance des transferts dans la formation du revenu telle qu'elle ressort des résultats de l'ELIM. Ainsi, il apparaît que dans l'ensemble, les transferts publics et privés représentent près d'un cinquième (19,7%) de l'ensemble des revenus dont 16,5% pour les transferts privés reçus. Leur proportion est plus importante pour les femmes chefs de ménages : 35,1% contre 18,8% pour les hommes chefs de ménages, pour les chefs de ménages plus âgés : 27% contre 16,7% pour les chefs de ménages adultes, a peu près au même niveau en milieu urbain qu'en milieu rural (au tour de 19%), pour les indépendants agricoles[22] : 18,4% contre 10,5% pour les salariés du public par exemple, à peu près le même niveau pour les pauvres que pour les non pauvres (environ 20%). Mais il convient de signaler que la nature des transferts peut différer sensiblement d'une catégorie à l'autre. En effet bien que les pauvres et les non pauvres bénéficient du même niveau de transfert, on constate que les premiers profitent plus des transferts privés (17,7% contre 15,4%) et les seconds des transferts publics (2,6% contre 0,7%). Il en est de même pour le milieu rural qui reçoit plus de transferts privés que de transferts publics comparativement au milieu urbain. Du coup, on peut se poser des questions sur la pertinence des transferts publics qui sont censés profiter aux plus pauvres.

Tableau N°27: Structure des revenus selon les différentes caractéristiques du chef de ménage

[20] Les revenus des ménages se définissent comme la somme des revenus primaires (salaires, bénéfices issus de l'activité des entreprises, revenus des placements financiers, loyers) et des revenus secondaires ou transferts (revenus de redistribution de l'Etat ou des organismes sociaux, transferts entre les ménages eux-mêmes). Il faut noter que ces derniers peuvent être monétaires ou non monétaires (cadeaux en nature reçus).

[21] De plus en plus abandonnée au profit de celle du panier ou coûts des besoins de base

[22] La couche la plus pauvre de la population avec une incidence de 68% contre une moyenne de 64% pour l'ensemble de la population

(en %)

Sources de revenus	Sexe du CM		Age du CM		Résidence du CM		Groupe socioéconomique du CM		Etat pauvreté du CM		Ensemble
	Homme	femme	Adulte	Personne âgée	Urbain	rural	salarié public	Indépendant agricole	Non pauvre	Pauvre	
Ventes de produits agricoles	44,9	17,9	43,6	43,5	11,1	57,7	3,6	60,1	30,4	58,4	43,4
Salaires et revenus des activités non agricoles	34,4	45,0	37,7	27,8	66,9	20,9	82,3	20,0	47,4	20,7	35,0
Autres revenus	1,9	2,0	2,0	1,8	2,9	1,6	3,6	1,5	2,5	1,3	2,0
Transferts dont :	**18,8**	**35,1**	**16,7**	**27,0**	**19,2**	**19,9**	**10,5**	**18,4**	**19,8**	**19,6**	**19,7**
Transferts publics reçus	1,3	8,8	0,9	3,9	4,1	0,7	1,4	0,3	2,6	0,7	1,7
Transferts privés reçus	15,9	25,9	14,1	22,2	13,4	17,8	5,9	16,8	15,4	17,7	16,5
Transferts effectués	1,6	0,5	1,7	0,9	1,6	1,4	3,2	1,3	1,8	1,2	1,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Source : Données du rapport sur les transferts de revenus et réduction de la pauvreté, 2008 compilées par l'auteur

Quant à l'impact des transferts, il montre que si on analyse la pauvreté en déduisant les transferts de l'ensemble de la consommation considérée comme un bon estimateur du revenu, on constate que l'incidence de la pauvreté reste stable au niveau national autour de 63%, dans les milieux rural et urbain au tour respectivement de 79 et 30%. Cependant, certaines catégories sociales en souffrent de façon sensible. Il s'agit des ménages dont les responsables sont des personnes âgées où elle passe de 31 à 71%, des ménages dont le nombre d'enfants de moins de 18 ans dépasse 18 (de 69 à près de 80%), des ménages dont le chef est un salarié du secteur public (de 1,3 à 15%) et des ménages dont le chef est indépendant agricole (de 68 à 77%).

En conclusion, les transferts représentent une part non négligeable dans le revenu des ménages. Si on les supprimait, certaines catégories sociales comme les ménages dirigés par des personnes âgées, les ménages avec beaucoup plus d'enfants, les ménages dirigés par les salariés du secteur public et les ménages dont les responsables sont des indépendants agricoles, verraient leur niveau de vie se détériorer sensiblement.

Tableau N°28: Situation comparée de l'état de pauvreté des ménages selon que le revenu soit avec ou sans transferts (en %)

Indicateurs	Revenu avec transfert	Revenu sans transfert	Ecart
Incidence de la pauvreté monétaire nationale	64,3	63,3	-1
Incidence pauvreté en milieu urbain	31,8	29,6	-2,2
Incidence de la pauvreté en milieu rural	79,5	78,1	-1,4
Incidence de la pauvreté dans les ménages avec plus de 18 enfants de moins de 18 ans	**69,1**	**79,6**	10,5
Incidence de la pauvreté des CM âgés	**31,4**	**70,5**	39,1
Incidence de la pauvreté des CM adultes	68,6	60,5	-8,1
Incidence de la pauvreté des salariés publics	**1,3**	**15,0**	13,7
Incidence de la pauvreté des indépendants agricoles	**67,7**	**77,1**	9,4

Source : Données du rapport sur les transferts de revenus et réduction de la pauvreté, 2008 compilées par l'auteur

3.3 Protection Sociale et accès aux services sociaux de base au Mali

Parmi les mesures de protection sociale concourant au développement humain, l'éducation constitue un élément clé car elle est à la fois un investissement dans le capital humain qui procure la capacité d'entreprise et un facteur d'autonomie grâce à l'action entreprise avec la possibilité de s'affranchir de la pauvreté et de la vulnérabilité. Cette importance en fait un droit universel qui permet au citoyen de contribuer au développement économique, à la cohésion sociale et d'avoir le sentiment d'appartenance nationale. L'histoire des nations n'a-t-il pas montré que le développement économique, social et culturel est fortement corrélé au niveau d'instruction et au savoir-faire.

Dans le domaine de l'éducation, malgré les efforts faits par le Mali au cours des dernières décennies, les taux nets de scolarisation demeurent encore faibles pour impulser une croissance économique forte, durable et bien répartie. Les causes essentielles de cette situation étant l'accès physique et économique aux infrastructures scolaires. C'est pour contribuer à améliorer cette situation qu'un projet pilote Bourse-maman a été initié par l'UNICEF entre 2002 et 2007 dans les régions de Kayes et Mopti. L'objectif était d'augmenter la demande d'éducation dans des localités où une offre scolaire suffisante cohabitait avec une faible fréquentation scolaire due à la fois à la mauvaise perception de l'école et à la pauvreté des populations.

Le projet a consisté à offrir sous conditions une bourse mensuelle de 5 000 FCFA aux mamans les plus pauvres pour leur permettre de scolariser leurs enfants en âge scolaire. Les conditions étaient les suivantes pour les mamans bénéficiaires : 1) la mère scolarise tous ses enfants en âge d'aller à l'école, 2) aucun enfant n'est absent de l'école plus de 2 jours par mois sans raison valable, 3) la mère facilite les conditions d'apprentissage à domicile de ses enfants, notamment pour les filles, en évitant de les surcharger de travaux ménagers, 4) la mère suit et encourage l'apprentissage de ses enfants et 5) la mère participe aux réunions organisées par les organes locaux du projet.

L'évaluation rapportée ici est celle faite à mi-parcours du projet. Les effets sont jugés positifs dans l'ensemble mais il faut les placer dans le cadre d'un projet pilote dont le but ultime est le test d'une initiative et non sa durabilité qui est une dimension essentielle du concept de développement humain durable. Le projet a connu des difficultés mais selon le rapport d'évaluation, il a eu des impacts positifs comme :

- meilleure inscription et fréquentation scolaire ;
- réduction considérable des taux d'abandon et d'absentéisme ;
- meilleur rendement des élèves concernés par la bourse ;
- réduction remarquable du travail des enfants notamment des filles ;
- implication des mamans dans la gestion de l'école ;
- meilleur taux de réussite à l'examen du **CFEPCEF** ;
- dynamique nouvelle chez les femmes boursières (création d'associations, d'activités génératrices de revenus) ;
- meilleure collaboration entre l'école et la communauté.

En ce qui concerne la durabilité de la fréquentation scolaire, quelques enfants ont affirmé un intérêt immédiat pour la somme octroyée à leur maman qui leur permet d'améliorer les conditions de vie et d'étude (habillement, fournitures scolaires, alimentation, etc.). Cependant, ils ont indiqué en majorité « venir à l'école avant tout pour apprendre à lire et écrire, s'instruire et se cultiver car si cela se réalisait bien, ils peuvent devenir « quelqu'un » et alors, avoir mieux que la bourse ». Ainsi même si la bourse s'arrêtait, ils continueront à venir à l'école. L'attitude des mamans, dans leur majorité, va dans le même sens.

Il a été aussi constaté une diminution sensible du travail domestique des enfants scolarisés se traduisant par une forte augmentation de la fréquentation des filles, des taux de réussite à l'examen du CEP de 100% aussi bien pour les garçons que les filles boursières dans certaines écoles, ce qui est de nature à éliminer l'inégalité entre les sexes en matière de scolarisation. Aussi, le fait que les filles n'abandonnent plus (ou très peu), a réduit le mariage précoce qui intervenait en général vers la 4e ou la 5e année scolaire.

Grâce aux montants injectés directement, évalués à plus de 15 millions de FCFA à mi-parcours, certaines femmes bénéficiaires ont monté un petit commerce pour fructifier la bourse reçue (élevage de mouton, chèvre, fritures…) ou se sont regroupées en associations pour entreprendre des activités génératrices de revenus. Ce qui manifestement a permis d'augmenter leur revenu et une certaine autonomie.

En définitive, l'évaluation à mi-parcours a montré qu'un transfert direct de ressources sous conditions permet l'accès et le maintien des enfants à l'école tout en ayant d'autres effets positifs (réduction des inégalités entre garçons et filles, développement de l'économie locale à travers l'injection d'une somme d'argent non négligeable).

En matière de santé, le taux de mortalité maternelle au Mali est parmi les plus élevés au monde : un (1) risque de décès sur 215 naissances vivantes (selon EDS IV) contre un (1) risque sur 8 000 dans les pays industrialisés, soit 37 fois plus de risque de décès. En même temps, l'accès aux services qui sauvent la vie à savoir la césarienne (3,8% selon MICS 2010 alors que la norme internationale suggère au moins 5%) et à d'autres soins obstétricaux comme les soins prénatals (35% par un personnel médical qualifié selon MICS 4) est très faible.

C'est dans ce contexte que le Mali a mis en application à partir de juin 2005, une politique de gratuité de la césarienne visant la suppression des frais liés à sa pratique dans les établissements publics de santé. Une telle politique constitue une initiative de protection sociale à double titre car elle garantit un droit fondamental de la femme : donner la vie sans risque et permettre l'accès des populations pauvres et vulnérables (surtout celles des zones rurales) aux soins de santé élémentaires. En effet, les grandes lignes de la stratégie de mise en œuvre sont les suivantes : 1) prise en charge des frais de transport de la localité au Centre de Santé Communautaire (CSCom par la communauté de base et le ménage de la parturiente, 2) évacuation du CSCom au Centre de Santé de Référence (CSRéf) par la caisse de solidarité alimentée par l'Association de Santé Communautaire (ASACO) et les Collectivités locales (Mairie et Conseil de Cercle), 3) prise en charge des autres frais par le CSRéf, frais remboursés par l'Etat à raison de 30 000 FCFA pour les cas simples et 42 000 FCFA pour les cas compliqués de césarienne.

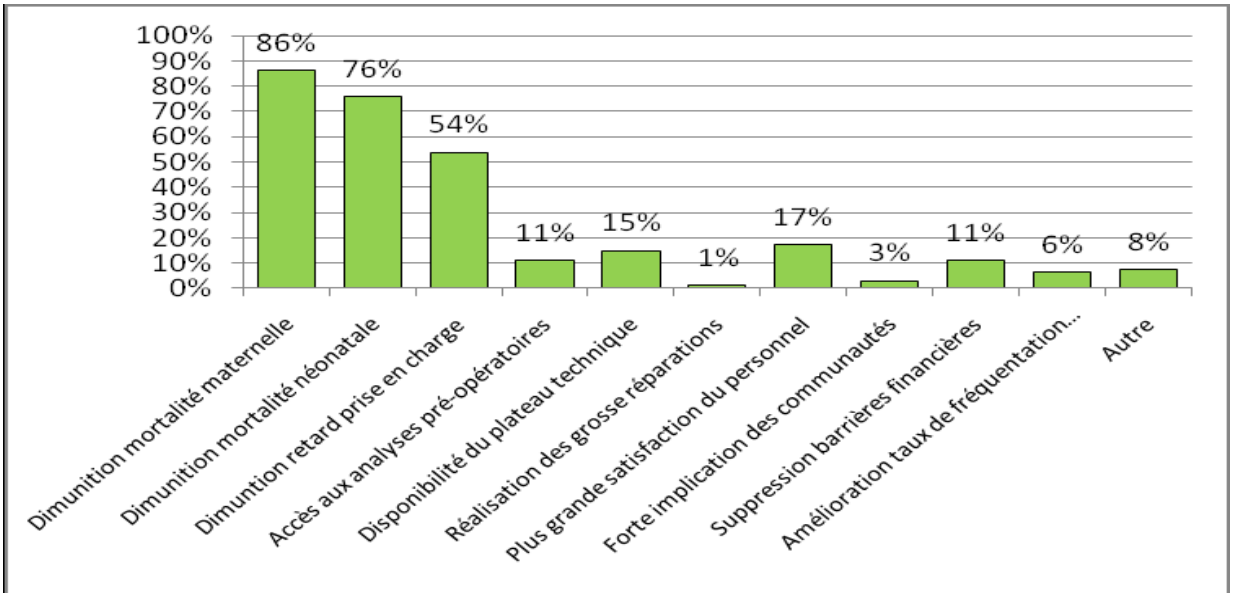
L'étude s'est référée à deux rapports d'évaluation de la politique conduite par le Centre d'Appui à la Recherche et à la Formation (CAREF). Le manque de relevés de données de routine dans certaines structures sanitaires enquêtées, n'a pas permis de mesurer l'évolution de certains indicateurs avant et après institution de la gratuité. Cependant dans les structures sanitaires où les données sont complètes, la série des accouchements de 2002 à 2008 montre que la tendance du nombre annuel d'accouchements est à la hausse. Aussi, à partir des données de l'Enquête Démographique et de Santé de 2006 (EDS IV) et de l'Enquête par grappe à Indicateurs Multiples de 2010 (MICS 4), on peut affirmer que la politique a eu un impact positif car la pratique de la césarienne est passée de 1,6% en 2006 à 3,8% en 2010 soit 2,4 fois plus en 4 ans.

Par ailleurs, d'après les prestataires de l'enquête du CAREF, plusieurs succès sont à l'actif de la politique. Les diminutions des mortalités maternelle et néonatale ont été citées par une écrasante

majorité des prestataires. La première a été citée par 86% des répondants et la seconde par 76%. Plus de la moitié (54%) a cité la diminution du retard dans la prise en charge de la patiente pour laquelle l'indication de la césarienne a été posée. Un certain nombre de prestataires a eu à mentionner une meilleure satisfaction professionnelle grâce à la possibilité d'aider plus facilement les parturientes (17%).

Quant aux bénéficiaires, ils ont exprimé leur satisfaction au cours des groupes de discussion, singulièrement les femmes césarisées qui ont affirmé n'avoir « rien à reprocher aux prestations des agents de santé ». Les participants à ces focus ont affirmé aussi en majorité que ce sont les femmes les plus démunies qui bénéficient de l'initiative, ce qui est conforme aux attentes de la politique.

Graphique N°7: Pourcentage des répondants ayant cité différents résultats positifs de la politique de la gratuité de la césarienne



Source : Centre d'Appui à la Recherche et à la Formation, Evaluation de la gratuité de la césarienne au Mali, rapport oct 2010

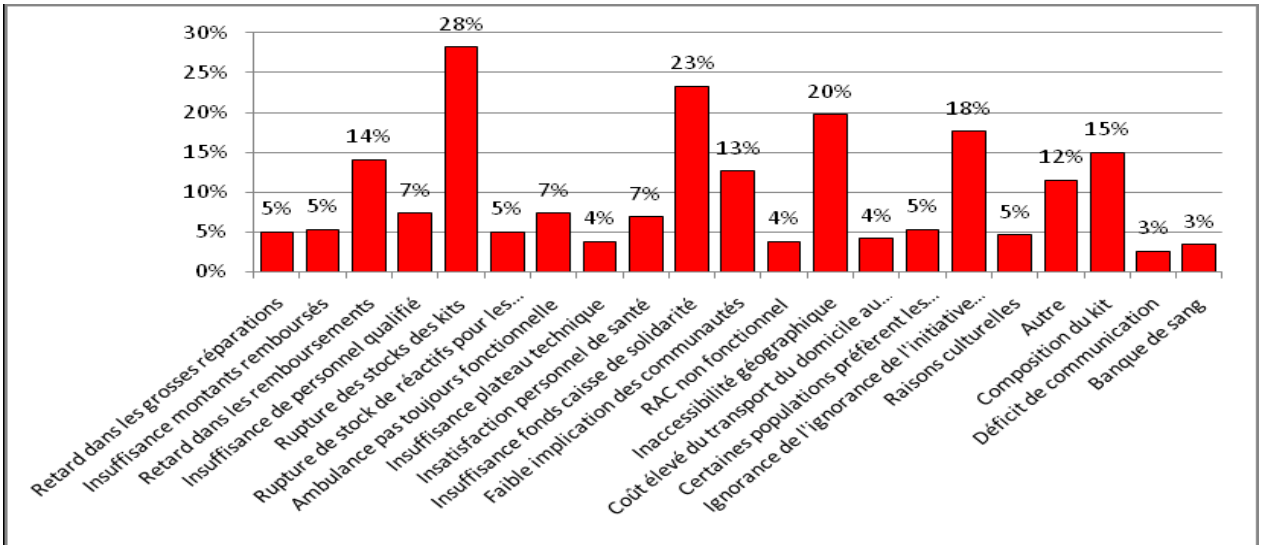
Les répondants des mêmes structures ont eu à se prononcer sur les difficultés, les insuffisances et contraintes de la politique. Aucune des contraintes identifiées n'a été citée par plus de 30% des répondants. Celle qui a été citée le plus souvent est la rupture de stocks de kits dans les DRC. Elle a été citée par plus de 28% de l'ensemble des prestataires. L'insuffisance des fonds de la caisse de solidarité est la deuxième difficulté (23%) suivie de l'inaccessibilité géographique (20%). Le manque d'information des populations a été cité par environ un prestataire sur six.

Malgré ces difficultés, la perception du personnel des établissements de santé sur la durabilité de l'initiative de la gratuité de la césarienne est bonne. En effet, la majorité (53%) pense que l'initiative est durable, quelque 28% ont répondu par la négative, 15 % disent ne pas savoir et 4% sont sans opinion. Le scepticisme de certains peut être dû au fait que la gratuité de la césarienne ne va dans le sens du recouvrement des coûts prôné par l'Initiative de Bamako et à certaines contraintes difficiles à surmonter pour l'instant dans la mise en œuvre comme l'accessibilité géographique et financière des structures sanitaires par les couches les plus pauvres de la population.

Du côté des bénéficiaires et des communautés, des mutations s'opèrent dans le choix du lieu d'accouchement en faveur des structures de santé moderne. Le mari ou le couple y jouent un rôle

de plus en plus prépondérant, ce qui constitue une avancée remarquable dans les sociétés traditionnelles.

Graphique N°8: Pourcentage des répondants du questionnaire individuel ayant déclaré différentes difficultés/insuffisances de la politique de la gratuité de la césarienne.



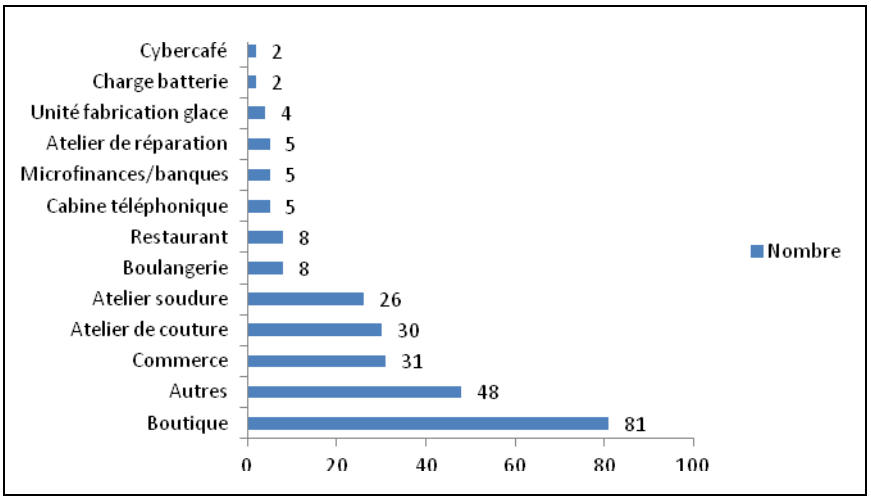
Source : Centre d'Appui à la Recherche et à la Formation – CAREF, Evaluation de la gratuité de la césarienne au Mali, rapport d'analyse, octobre 2010

Pour l'accès des populations rurales défavorisées à l'électricité, le Gouvernement du Mali, a initié le Projet Energie Domestique et Accès aux services de Base (PEDASB) géré par l'Agence Malienne pour le Développement de l'Energie Domestique et de l'Electrification Rurale (AMADER). La contribution de l'AMADER à la protection sociale se justifie à travers la subvention de 205 FCFA accordée au KWh.

L'AMADER a conduit une étude en 2010 à travers le GIE MIDISIS en vue de mesurer les impacts du PEDASB sur les conditions de vie des populations bénéficiaires. Il s'est agi entre autres de connaître le nombre d'activités génératrices de revenus (AGR) et d'emplois crées, les revenus financiers générés, les productions des micros et petites entreprises avant et après projet et les moyens de production utilisés.

Les résultats de l'évaluation montrent la création de 255 AGR dans les régions de Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou, Mopti et Gao et de 2 424 emplois (dont 735 permanents). La répartition des AGR par activité est présentée dans le graphique ci-dessous. Il montre la prédominance du commerce et des ateliers de soudure et de couture.

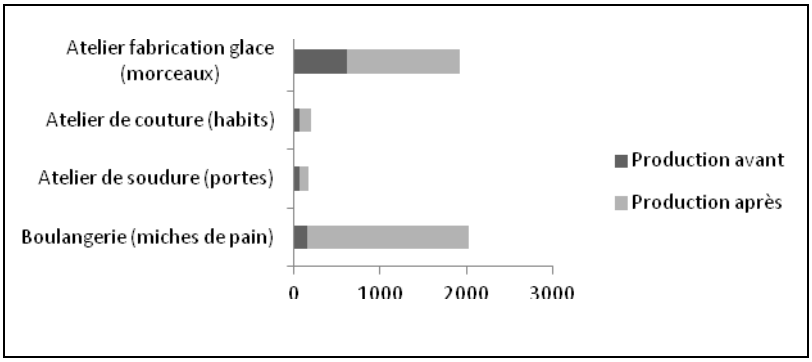
Graphique N°9: Nombre d'AGR créés selon l'activité



Source : Données GIE MIDISIS compilées par l'auteur

De façon générale, les revenus moyens mensuels ont augmenté après électrification. Il en est de même de la moyenne des heures supplémentaires de travail dues à l'électrification et des productions des unités de production comme illustré dans le graphique ci-dessous. Par rapport aux appréciations des abonnés eux-mêmes, 81% ont affirmé que l'électrification a réduit les vols, 100% des directeurs d'école ont estimé que la fréquentation des élèves et les résultats scolaires se sont améliorés. En matière de santé, les consultations prénatales et les accouchements se sont accrus respectivement de 12% et 5%. Comme impact négatif, il faut souligner que près de 16% des opérateurs interrogés ont affirmé déverser les huiles de vidange dans la nature et 56% les remettre à la population pour le crépissage des habitations ou la fabrication de savon. Dans les deux cas, il y a une menace sur l'environnement et la santé des populations. Enfin, malgré la subvention supportée par l'AMADER, il faut noter que les bénéficiaires ont estimé que le coût de l'électricité était cher. Mais il faut placer le projet dans le cadre de l'ensemble des avantages économiques et sociaux apportés aux communautés bénéficiaires.

Graphique N°10: Evolution de la production de certaines activités avant et après le projet



Source : Données GIE MIDISIS compilées par l'auteur

En matière de logements sociaux, le Ministère du Logement des Affaires Foncières et de l'Urbanisme évalue le besoin à 440 000 unités à l'horizon 2015 pour un montant de près de 3 000 milliards de FCFA soit 1,7 fois le PIB du Mali de 2010. La politique d'urbanisme et de logement élaborée a donné naissance à la Stratégie de Développement Urbain (SDU), au Programme National de Logement et à la création de trois structures : i) la Banque de l'Habitat du Mali (BHM) spécialisée dans le financement du logement, ii) l'Office Malien de l'Habitat (OMH) pour assister financièrement la BHM dans sa politique de réduction des coûts du logement et iii) le Fonds de Garantie Hypothécaire du Mali (FGHM) pour l'octroi de la garantie hypothécaire et le refinancement des banques et institutions financières du secteur du logement.

L'objectif du programme était en 2003 de fournir des logements décents aux ménages dont le revenu mensuel était compris entre 56 920 FCFA et 150 000 FCFA[23] pour un logement à trois chambres et entre 150 001 et 250 000 FCFA pour un logement à quatre chambres. Le premier intervalle contient le seuil de pauvreté monétaire calculé pour le ménage en 2001. Le programme était donc en faveur des ménages pauvres pour les logements de la première catégorie sans l'être pour les plus pauvres car il fallait disposer d'un revenu mensuel régulier égal au moins à 56 920 FCFA, soit deux fois le SMIG. Dans tous les cas, les bénéficiaires profitent d'une subvention sur les logements, le reste devant être remboursé sur une période de 25 ans. Ce qui constitue une action de protection sociale.

Entre 2003 et 2007, 4066 maisons furent construites dont 3500 par l'Etat et 566 par le secteur privé pour un montant total de 41,7 milliards de FCFA. Le programme fut élargi en 2007 et plus de 10 000 nouveaux logements devraient être construits entre 2008 et 2012 dans plusieurs localités du pays pour près de 84,4 milliards de FCFA[24]. Le programme a généré près de 13 290 mois de travail et payé plus de 9 milliards de francs CFA de salaires entre 2003 et 2007.

Tableau N°29: Situation des réalisations du programme logements sociaux en 2009

Catégories de bénéficiaires	Nombre de demandes reçues	Nombre de bénéficiaires	% de bénéficiaires
Phase 2003-2007			
Employés	15 186	2 165	53,3
Non-employés	12 675	1 635	40,2
Maliens de l'extérieur	2 185	266	6,5
Total 2008-2012	**30 046**	**4 066**	**100**
Phase 2008-2012			
Employés	ND	428	49,5
Non-employés	ND	354	40,9
Maliens de l'extérieur	ND	83	9,6
Total 2008-2012	**<14 000**	**866**	**100**

ND : non disponible
Source : Ministère du Logement, des Affaires Foncières et de l'Urbanisme, 2009

3.4 Protection Sociale et inégalités au Mali

La relation protection sociale et inégalités est analysée à travers les actions du Fonds de Solidarité Nationale, du programme ONU Femmes.

Le Fonds de Solidarité Nationale (FSN) fait suite à l'Agence pour le Développement Social (ADS) qui a été créée dans un contexte marqué par la dévaluation du Franc CFA intervenue en janvier 1994 et dont la conséquence immédiate a été la hausse des prix et l'érosion du pouvoir d'achat des populations. Pour atténuer la situation, le Gouvernement avec l'appui de ses partenaires a d'abord inscrit dans les budgets 1994, 1995 et 1996, une ligne dénommée « filet social » en vue de réduire les effets négatifs de la dévaluation pour les couches de population à revenus fixes et certains groupes vulnérables dans les secteurs de la santé et de l'éducation.

Dans la mise en œuvre, les difficultés rencontrées ont amené à transformer en 2001, l'ADS en FSN, avec les objectifs suivants :

23 Selon l'enquête EMEP de 2001, le seuil de pauvreté monétaire était de 144 022 FCFA par tête et par an, ce qui donne un revenu mensuel moyen (en fait une dépense moyenne) par ménage de 111 000 FCFA environ

24 Les intervenants sont l'Etat (5 400 unités) et le partenariat public-privé (1 584 pour la SEMA SA, 1211 pour IFA BACO, 2000 pour METRO IKRAM, 100 pour le Venezuela et 150 pour SIFMA)

a) drainer les contributions volontaires des citoyens et des entreprises en vue de mettre en œuvre des programmes et projets au bénéfice des populations en situation difficile des zones en retard[25] de développement ;
b) contribuer à l'éradication de la pauvreté et à la promotion de l'homme.

C'était donc une initiative visant à réduire les inégalités faisant appel à la solidarité nationale. Les domaines d'intervention étaient les suivants :

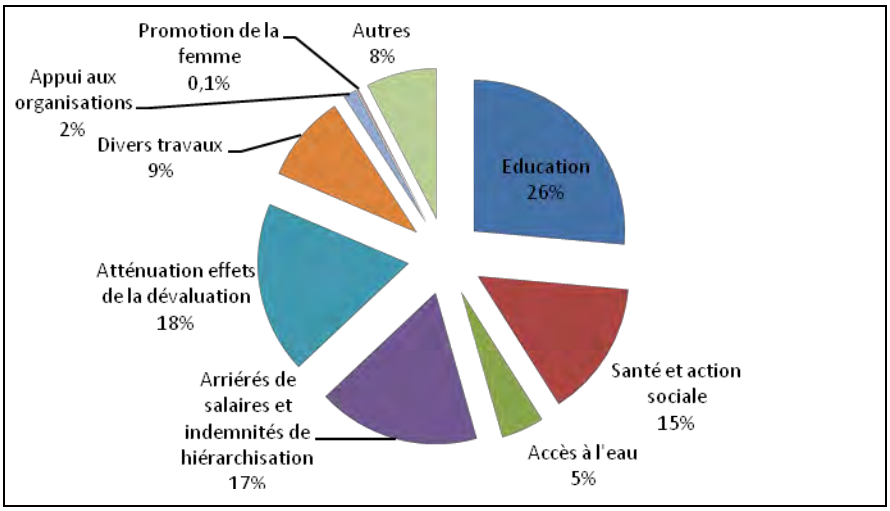
- la réalisation d'infrastructures sociales dans les villages, groupes de villages, fractions et agglomérations urbaines manquant d'infrastructures de base ;
- l'aide à la création de microprojets et à la formation dans les secteurs comme l'agriculture, l'artisanat et les petits métiers ;
- la contribution au financement des programmes des institutions de lutte contre la pauvreté et l'exclusion ;
- la contribution au financement de projets élaborés et présentés par les ONG et les associations dans le cadre de la lutte contre la pauvreté et l'exclusion.

En 2004, l'ADS et le FSN ont fait l'objet d'une évaluation de résultats et d'impact par Kara-Consult. Cependant le volet impact n'a porté que sur une enquête auprès des bénéficiaires dans le District de Bamako. De l'évaluation, il ressort qu'environ 37 milliards de FCFA ont été injectés dans l'économie nationale entre 1994 et 1997 et environ 13 milliards de FCFA entre 1998 et 2002 soit un montant total de 50 milliards entre 1994 et 2002. Le graphique ci-dessous montre que les financements ont profité en premier à l'éducation avec 26%[26] suivie de l'atténuation des effets de la dévaluation (18%), du paiement des arriérés de salaires et des indemnités de la hiérarchisation (17%), de la santé et de l'action sociale (15%). Les divers travaux (aménagements, ponts, etc.), l'accès à l'eau et les autres actions se répartissent le reste, soit 24%.

Concernant la répartition géographique, elle n'a été possible que sur la période 1998-2002. Le financement cumulé par tête d'habitant est présenté dans le graphique ci-dessous. Il montre que c'est la région de Kidal qui a le plus bénéficié suivie de Gao et Tombouctou. La région qui l'a moins bénéficié est Ségou suivie de Mopti. Le financement moyen par tête au cours de la période 1998-2002 a été de 1219 FCFA. Pour l'ensemble de la période 1994-2002, il est évalué à 4624 FCFA.

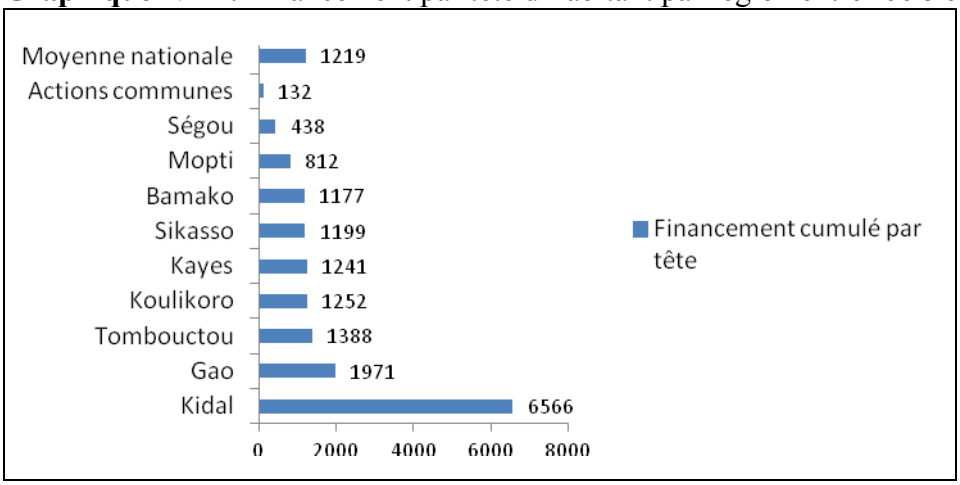
Graphique N°11: Répartition des financements entre les domaines d'intervention

[25] Les zones cibles ont été déterminées à partir d'une carte de pauvreté tenant compte des indicateurs de pauvreté pertinents.
[26] Sans compter les montants y afférents mais portés au titre d'autres domaines comme les arriérés de salaires et les indemnités de la hiérarchisation.



Source : Données de Kara-Consult compilées par l'auteur

Graphique N°12: Financement par tête d'habitant par région entre 1998 et 2002



Source : Données de Kara-Consult compilées par l'auteur

En ce qui concerne l'impact du fonds du point de vue des bénéficiaires, il faut noter que c'est à partir de 1998 que les projets ayant des impacts directs sur les bénéficiaires ont été privilégiés. Ainsi on note que dans le domaine de la santé, les réalisations ont surtout porté sur les CSComet les maternités. Les bénéficiaires ont affirmé que les contraintes qui ont été à la base de ces réalisations comme l'accès physique aux services de santé et le faible revenu, ont été aplanies. De même, ils ont estimé à 39% que la prévalence des maladies diarrhéiques a été réduite et à 27% que les décès dus au paludisme ont suffisamment reculés.

Dans le domaine de l'hydraulique, les actions ont surtout porté sur la réalisation de bornes fontaines dans les quartiers périphériques. Les bénéficiaires ont affirmé à près de 93% que l'eau potable était disponible, à 88% qu'elle était très proche, à 74 % qu'elle a contribué à réduire les maladies diarrhéiques et à 35% que des emplois directs à travers la vente et la distribution de l'eau ont été créés. Le secteur de l'éducation a été le plus grand bénéficiaire du fonds surtout dans le district de Bamako. Selon les résultats de l'évaluation, les effectifs scolarisés pour les garçons et les filles se sont accrus respectivement de 38 % et 43%. Ce qui a donc contribué à réduire les inégalités entre filles et garçons. Selon les bénéficiaires, la construction de classes à proximité a permis de renforcer le contrôle des parents et à réduire l'absentéisme et la déperdition scolaire.

Dans le domaine de l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes, ONU Femmes, une agence des Nations Unies, intervient dans les domaines suivants : i) Gouvernance, paix et sécurité ; ii) Egalité de genre et développement local ; iii) Lutte contre les violences basées sur le genre et la féminisation du VIH/SIDA dans les couches vulnérables ; iv) Coordination genre au niveau du SNU/PTF et appui au gouvernement. Les programmes exécutés dans ce cadre ont permis d'atteindre les résultats suivants :

- l'amélioration du pourcentage des femmes élues aux communales qui a passé de 6,95 % en 2004 à 8,66% en 2009 ;
- la prise en compte des besoins des femmes et des hommes dans les plans de développement économique, social et culturel (PDSEC) des communes tests à travers les thèmes suivants : lutte contre le mariage précoce, maintien des filles à l'école, enregistrement des mariages, sensibilisation des autorités traditionnelles sur les droits de propriété des filles et des femmes, etc.;
- la prise en compte du genre dans le Projet Villages du Millénaire (PVM) à travers une méthodologie d'analyse du niveau de chaque OMD ;
- l'intégration de la prise en compte du genre dans l'outil Système d'Analyse Financière et Institutionnelle des collectivités (SAFIC) dans 128 communes d'intervention du FENU ;
- la planification et la budgétisation sensibles au genre (PBSG) aux niveaux national et local : élaboration d'une stratégie et de manuels et engagement des autorités pour son institutionnalisation ;
- une stratégie de concentration de la promotion des capacités économiques dans 4 communes pilotes dont trois dirigées par des femmes et dans un PVM pour l'accroissement de la productivité agricole des femmes, l'entreprenariat féminin, la promotion des droits des femmes, l'accès et le maintien des filles à l'école, la participation des femmes à la gestion des infrastructures communautaires ;
- un Projet sur « la promotion des femmes engagées dans le commerce informel transfrontalier pour devenir des opératrices économiques » ;
- une initiative du renforcement des capacités des femmes engagées dans le textile traditionnel ;
- un appui au Ministère de la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille pour la révision des Plans d'actions régionaux sur les violences faites aux femmes 2010-2012;
- l'appui à l'élaboration d'un plan d'actions en faveur des femmes et des filles dans le contexte du VIH au Mali ;

3.5 Protection Sociale et croissance économique au Mali

La relation protection sociale et croissance économique est établie à travers les actions du Projet Energie Domestique et Accès aux Services de Base (PEDASB), le Projet d'Appui aux Communautés Rurales (PACR), le Projet d'Appui à la Croissance (PAC) et le Programme

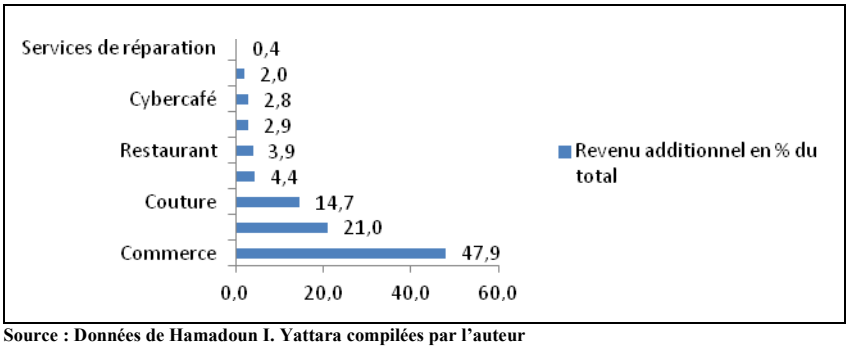
Compétitivité et Diversification Agricoles (PCDA).

Le PEDASB dans sa composante 2 vise à améliorer la productivité des PME, promouvoir la qualité et l'efficacité des centres de santé et d'éducation et améliorer les conditions de vie des populations. Son agence d'exécution, l'AMADER a commandité une enquête d'impact en 2009 qui a montré entre autres que le PEDASB a permis la création de 255 activités génératrices de revenus, de 735 emplois permanents et 1689 emplois temporaires, une nette augmentation des heures travaillées des unités de production (4 heures en moyenne par jour) et l'amélioration de la sécurité dans les localités grâce à l'éclairage public. Pour approfondir cette enquête, elle a commis une autre étude la même année pour estimer la part de richesse créée par la composante 2. Il s'est agi plus spécifiquement de mesurer la part de PIB de cette composante dans le PIB du Mali en 2009.

L'évaluation a utilisé les statistiques de production d'électricité de l'AMADER, la structure de consommation d'énergie des 42 586 abonnés (dont 86% pour les abonnés domestiques et 14% pour les abonnés productifs) et le prix moyen du KWh pour dégager la valeur ajoutée de l'électrification rurale estimée à 6,9 milliards de FCFA soit 8,4% de la branche « électricité et eau » et 0,2% du PIB national. Elle a aussi estimé une valeur ajoutée indirectement créée composée des revenus des activités de production de biens et services qui utilisent l'électricité comme intrant (491 millions de FCFA) et des salaires versés pour les emplois crées (871,8 millions de FCFA), soit 1,362 milliards de FCFA. Le revenu additionnel généré par les activités de production est présenté dans le graphique ci-dessous. Les activités qui y contribuent le plus sont le commerce suivi de loin par la soudure, la couture et la restauration.

En récapitulant l'ensemble des valeurs ajoutées directes et indirectes liées à l'électrification rurale, nous obtenons un montant total de près de 8,3 milliards de FCFA en 2009, soit 8,4%, 10,1% et 1,6% de part dans le PIB total, la branche « électricité et eau » et le secteur secondaire (sans l'extraction), respectivement. Ce qui fait dire que le PEDASB a contribué dans une certaine mesure à la croissance économique du pays.

Graphique N°13: Part relative de chaque activité dans le revenu supplémentaire généré (en %)



Source : Données de Hamadoun I. Yattara compilées par l'auteur

Le Projet d'Appui aux Communautés Rurales (PACR) 2006-2013 est une capitalisation des expériences passées en matière de développement communautaire notamment le Projet de Gestion des Ressources Naturelles (PGRN) et le Projet d'Appui aux Initiatives de Base (PAIB) financés par la Banque Mondiale. Son objectif principal est de contribuer à l'amélioration des conditions de vie des populations rurales à travers un renforcement des capacités des communautés, de leurs organisations de base, de leurs services de base et le financement d'investissements socio-collectifs et productifs. Spécifiquement, il vise l'amélioration de l'accès aux services sociaux de base et à celle des revenus des populations par le financement des sous-projets directement productifs.

Sa philosophie d'intervention est « multisectorielle, participative et décentralisée axée sur la durabilité des actions et investissements devant mener à une diminution de la pauvreté en milieu rural » surtout à travers sa composante C dénommée « Investissements d'initiatives productrices des communautés locales ». Cette composante met à la disposition des organisations communautaires et socioprofessionnelles de base (OCB/OSP), **des dons** pour des sous-projets productifs de 2 à 20 millions de FCFA pour un coût total d' environ 12,4 milliards de FCFA.

La composante B vise elle aussi à mettre à la disposition des communes rurales, à travers l'Agence Nationale d'Investissement des Collectivités Territoriales (ANICT), des financements complémentaires pour leurs besoins socio-collectifs prioritaires conformément à leur Plan de Développement Social, Economique et Culturel (PDSEC). Son coût est estimé à près de 8 milliards de FCFA.

La composante E porte sur **l'assistance sociale** par l'atténuation des effets de la crise financière sur les bénéficiaires de sous projets pour un coût de 6 milliards de FCFA. Enfin les composantes A et D concernent respectivement le renforcement des capacités (pour 7,1 milliards) et la coordination, la gestion et le suivi-évaluation du projet (pour 5,4 milliards de FCFA).

La durabilité des actions est traduite à travers :

- le cofinancement des projets par les bénéficiaires (communes, villages, OCB, OSP) ;
- l'association des services techniques à l'organisation, la gestion, et la formation des organes de planification et de gestion ;
- la cohérence avec les PDSEC.

Pour l'ensemble des composantes, le projet se chiffre à 40 milliards de FCFA et concerne les régions de Sikasso, Ségou, Mopti, Tombouctou et Gao pour une population estimée à 1 100 000 habitants. Il prévoit de réaliser 450 projets socio-collectifs (écoles, centres de santé, points d'eau potable, équipements marchands) et 900 sous projets productifs au profit des organisations.

Tableau N°30: Etat des réalisations du PACR en 2010

Composantes	Prévisions	Réalisations
Composante A: renforcement des capacités au 31/04/2011		
a) Séances d'information, de sensibilisation et d'accompagnement	…	54 944
b) Formation	…	12928
COMPOSANTE B: Financements des projets socio-collectifs au 30/03/2011		
Financement investissements socio-collectifs	450	515
COMPOSANTE C: Financements d'investissements productifs au 31/12/2010		
Financement investissements productifs	900	765
COMPOSANTE D: Coordination et gestion		
Tenue sessions, réunions et missions	…	18
COMPOSANTE E: Assistance sociale		
Nombre de structures présélectionnées pour le fonds additionnel (CSCOM, écoles, mutuelles)	398	329

Source : Données PACR compilées par l'auteur, 2011

Les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre sont entre autres le faible niveau d'alphabétisation de la quasi-totalité des bénéficiaires, la méconnaissance par les groupements des référentiels technico-économiques, les faiblesses des agents d'accompagnement en conseil de gestion, les faiblesses de capacités des OSC. Des actions sont en cours dans ce sens et il est à espérer que le projet contribuera durablement à la lutte contre la pauvreté par l'accroissement des capacités et de la production rurale.

Le Projet d'Appui à la Croissance (PAC) 2009-2012 a pour objectif d'améliorer le climat des affaires et de stimuler les secteurs porteurs de croissance économique tels que les mines, le tourisme, l'artisanat et les télécommunications. Il comprend neuf composantes qui sont : climat des investissements, aéroport, zone industrielle, télécommunications, tourisme, artisanat, accès aux services financiers, services d'appui aux entreprises et mines.

Certaines composantes concernent des couches de population pauvres ou vulnérables comme l'artisanat, les PME et la production artisanale de l'or, c'est pourquoi ce projet mérite l'attention pour ce qui concerne sa contribution à la protection sociale qui comme indiqué ci-haut n'est pas antimonique de croissance économique. Les informations disponibles ne portent pas sur les impacts du projet mais sur les réalisations au titre de 2010 telles qu'elles ressortent du rapport annuel 2010 du PAC. La composante « Climat des investissements », qui vise à améliorer les incitations à l'investissement et à la création d'entreprises à travers la sous composante promotion des investissements est très importante dans l'état actuel de l'économie malienne marquée par un chômage élevé surtout dans la population jeune. Ainsi le code des investissements a été rendu conforme aux « bonnes pratiques internationales » en vue de la **protection des droits des investisseurs**. Le Guichet Unique ouvert à partir de mai 2009 a permis de réduire de 72 heures à 24 heures l'enregistrement des entreprises et de 30 jours à 20 jours l'obtention de leur arrêté de création.

L'objectif de la composante « Artisanat » est de promouvoir la production du textile traditionnel et autres biens et services artisanaux ainsi que les capacités du secteur à répondre à la demande domestique et internationale des produits artisanaux. Dans ce cadre, le Mali a remporté cinq prix au Salon International de l'Artisanat de Ouagadougou (SIAO) de 2010 et a pris des mesures incitatives en faveur du commerce international des produits artisanaux.

Quant à la composante « Accès aux services Financiers », l'objectif est d'appuyer les activités innovatrices du secteur privé par l'expansion des services financiers, le crédit aux PME, le crédit à l'habitat et le développement des moyens de payement. Au titre de cette composante on peut retenir la mise en place d'une Garantie Partielle de Portefeuille (GPP) au niveau de deux banques de la place : BOA-Mali et ECOBANK. Ainsi l'objectif de porter les crédits bancaires accordés aux PME à 30% de l'ensemble des prêts et avances à la fin du projet est passé de 24,6% en 2006 à 52,6% en fin septembre 2009.

La composante « mines » a pour objectif d'appuyer la diversification et encourager l'augmentation de la base productrice au niveau du secteur minier (or et autres minerais), de soutenir les efforts du Gouvernement malien pour promouvoir le développement durable et la bonne gouvernance dans le secteur et développer l'impact des petites mines et de la mine artisanale. A ce titre on peut retenir comme réalisation l'augmentation des investissements qui sont passés de 155 millions de dollars US en 2005 à 349 millions de dollars US en 2010.

Le dernier exemple analysé est le **Programme Compétitivité et Diversification Agricoles (PCDA) : 2006-2012**. Ce programme financé par l'IDA et l'Etat est exécuté en deux sous phases : 2006-2009 et 2010-2012 pour un montant de 47,4 millions de dollars US. La finalité du programme est «d'améliorer les conditions de vie des populations rurales et d'augmenter la contribution du secteur rural à la croissance économique du pays par l'intensification et la diversification de la production agricole et le renforcement du secteur privé pour tirer profit des opportunités commerciales ». Il vise les objectifs spécifiques suivants : i) améliorer les performances techniques et économiques des systèmes de production et de valorisation des produits agricoles, ii) améliorer les performances économiques des filières agricoles, iii) faciliter l'accès au financement, iv) réaliser des infrastructures commerciales et réhabiliter des pistes

rurales d'accès.

Localisé dans les régions de Koulikoro, Sikasso, Ségou, Mopti et dans le district de Bamako, le programme comprend cinq composantes :

a) innovation et diffusion des techniques et technologies d'irrigation et de transformation ;
b) amélioration des performances commerciales des filières agricoles ;
c) accès au financement ;
d) infrastructures commerciales et communication ;
e) mise en œuvre et gestion du programme.

La mise en œuvre des composantes 1,2 et 3 est confiée à des prestataires privés appelés opérateurs. Les principes généraux d'intervention permettent en principe de toucher des populations pauvres et vulnérables et visent la durabilité des acquis. Ce sont entre autres :

- interventions réalisées à la demande des acteurs ou des organisations professionnelles des filières ;
- la pérennisation des activités du programme ;
- la flexibilité dans les interventions afin de s'adapter aux signaux des marchés et à la dynamique des filières ;
- un profit équitable pour chaque groupe d'intervenants au sein des filières et prise en compte de la dimension genre dans toutes les activités du Projet.

Les résultats qui suivent ne portent pas sur une évaluation d'impact mais sur la revue à mi-parcours au 31 mars 2009 de la première phase sur les filières[27] mangue, amande de karité, banane, papaye, tomate, etc. Cette revue a permis d'atteindre des résultats intermédiaires et les performances ci-après.

Tableau N°31: Quelques résultats et performances des composantes du PCDA au cours de la 1ère phase.

Composantes/sous composantes	Résultats/Performances
1-Innovation et diffusion technologiques	
Démonstrations et promotion des innovations	Irrigation d'appoint du manguier par micro jet : augmentation du rendement moyen du manguier de 14,2 t par ha à 21,3 t.
	Irrigation sur agrumes par micro jet : économie d'eau de 35%, de temps de 75%, de main d'œuvre de 60% et de rendement de 15%
	Irrigation de goutte à goutte en production intensive de la pomme de terre: économie d'eau de 53%, de temps de 75%, de main d'œuvre de 56% et de rendement de 47%
Services appui-conseil-approvisionnement	Fabrication des pompes Ciwara : augmentation des ventes de 135 unités pour un revenu de 12 750 000 FCFA
Appui à la diffusion des innovations	67 sous projets financés dont 22 pour les femmes pour un coût de **359 millions de FCFA avec une subvention de 43% du PCDA**
2-Amélioration des performances commerciales des filières	
Meilleure connaissance des marchés et des filières	Commercialisation de la mangue: les ventes sont passées de 8400 tonnes en 2007 à près de 26 000 tonnes en 2008 pour un chiffre d'affaires de 12 milliards de FCFA
3-Accès au financement	
Mise en place du fonds de garantie du PCDA	Signature avec la BMS d'une convention de gestion d'un fonds de garantie de 250 millions de FCA
Assistance technique	Appuis aux demandes de financement des acteurs: 391 millions de crédits octroyés aux opérateurs

27 Les filières suivies sont : mangue, amande de karité, banane, papaye, tomate, oignon/échalote, produits laitiers, pomme de terre, viande/bétail sur pied, sésame, riz, cuir et peaux, pastèque/melon, poisson transformé, patate douce, pois sucré transformé, poisson frais, gomme arabique, henné, haricot vert.

4-Infrastructures	
Infrastructures commerciales	Mise à niveau du terminal fruitier de Bamako, le PLAZA
Pistes rurales	Réhabilitation de 472 km de pistes rurales

Source : Données PCDA compilées par l'auteur

3.6 Protection sociale et croissance démographique au Mali

«Les données récentes relatives au relèvement de l'âge au mariage, au renforcement de la scolarisation des filles et à l'alphabétisation des femmes, ont montré une évolution favorable à la baisse de la mortalité et de la fécondité au Mali. Il en est de même de l'utilisation des méthodes contraceptives et de l'allongement de la durée de l'allaitement (exclusif) qui sont des déterminants directs identifiés par les mêmes sources ». Tel est le constat du Troisième Programme d'actions et d'Investissements Prioritaires en matière de Population (PAIPP 2010-2014). C'est conscient de ce constat et de la situation du pays marquée par un accroissement rapide de la population (3,6% en moyenne en 2009), résultante d'une forte fécondité (6,6 enfants par femme en 2006) et d'une baisse rapide de la mortalité (de 229‰ en 2001 à 191‰ en 2006 pour la mortalité infanto-juvénile), que le Mali poursuit la mise en œuvre de sa Politique Nationale de Population (PNP) adoptée en 1991. Cette politique actualisée en 2003 a donné naissance à trois programmes : le Programme d'Investissements Prioritaires en matière de Population (PIPP) 1998-2002, le PIPP 2004-2008 et le PAIPP 2010-2014. Elle s'inscrit dans le cadre du CSCRP et des programmes sectoriels tels que le PRODESS et le PRODEC et intègre les engagements internationaux pris par le pays en particulier ceux de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD) tenue au Caire en 1994.

La PNP vise la prise en compte des questions de population dans les programmes de développement afin que celles-ci soient compatibles avec les objectifs de croissance économique. Il s'agit entre autres de :

- contribuer à l'augmentation des niveaux de scolarisation et d'alphabétisation fonctionnelle en particulier de la petite fille et de la femme ;
- contribuer à la réduction des mortalités maternelle et infanto-juvénile et à l'amélioration de l'état de santé des populations en matière de santé de la reproduction en particulier ;
- contribuer à la maîtrise progressive de la fécondité ;
- contribuer au renforcement de l'équité du Genre, des droits de l'enfant, de la prise en compte des personnes âgées ;
- contribuer à la promotion d'une distribution spatiale équilibrée de la population ;
- contribuer à la promotion de la prise en compte de la migration internationale dans les stratégies de développement ;
- contribuer à la promotion d'un équilibre entre la population et l'environnement.

Comme on peut le constater, cette politique vise prioritairement les populations les plus pauvres et vulnérables. Par l'atteinte de ses objectifs, elle contribue à la protection et à la promotion des couches sociales les plus défavorisées. L'analyse ci-dessous des résultats de l'évaluation du PIPP 2004-2008 montre ce qui a été fait dans ce sens. Il n'est tenu compte que de quelques objectifs jugés en relation directe avec la protection sociale.

Tableau N°32: Quelques résultats du PIPP 2004-2008

Secteur	Objectifs visés en 2008	Réalisations en 2008	Défis majeurs à relever
Education-Alphabétisation			- Réduction de la disparité entre filles et garçons et entre milieu
Contribuer à augmenter le taux	80%	80%	

brut de scolarisation de 67% en 2003			rural (zones nomades et semi-nomades notamment) et milieu urbain - Application de la gratuité de l'éducation inscrite dans la Constitution
Contribuer à augmenter le taux d'alphabétisation générale de 24% en 2003	40%	26,%	
Santé reproductive			- L'application correcte des mesures législatives et réglementaires concernant la césarienne et le paludisme - L'appropriation et l'utilisation des services disponibles par les populations - L'amélioration de la qualité des services - L'adoption et la mise en œuvre de mesures porteuses
Réduire le taux des IST de 25% en 2001	15%	19%	
Réduire la prévalence du VIH de 1,7% en 2001	1%	1,3%	
Réduire la mortalité maternelle de 482 décès pour 100 000 naissances en 2001	524	464	
Augmenter le taux de fréquentation des services de santé de base (en particulier la santé de la reproduction) de 0,17 cas par habitant en 2001	0,25	0,29	
Augmenter le taux de prévalence contraceptive de 8,2% en 2001	10%	8%	
Genre et population			
Promouvoir les droits de la femme, de l'enfant et des jeunes	Adoption du code des personnes et de la famille[28], de la politique nationale de la promotion de la femme et d'un mécanisme de protection sociale		- La scolarisation des filles et l'alphabétisation des femmes - La réduction des pesanteurs socioculturelles - La promotion de l'accès des femmes au crédit et aux facteurs de production (terre comprise)
Promouvoir la prise en compte des besoins spécifiques des femmes, des jeunes et des personnes âgées dans les politiques et programmes sectoriels	Gratuité de la césarienne, prise en charge des femmes fistuleuses, gratuité des consultations médicales et des actes chirurgicaux des personnes âgées		
Migration et redistribution spatiale de la population			- Mise en œuvre de la politique d'aménagement du territoire - L'application des conventions et des accords - L'élaboration d'une politique explicite de migration
Maîtriser l'évolution de l'urbanisation	Adoption de la Politique nationale d'aménagement du territoire et des schémas d'urbanisation		
Promouvoir la réinsertion socioéconomique des migrants de retour	Loi relative aux conditions d'entrée des étrangers au Mali et ses textes d'application		
	La loi relative à la protection des droits de tous travailleurs migrants et des membres de leur famille		
	Signature d'accords d'établissement et de libre circulation des personnes et des biens et de droit de résidence et de travail		
	Programme de retour insertion et de co-développement		
Environnement			
Améliorer la perception des interrelations population-environnement			- Amélioration des connaissances sur l'environnement - Implication des communautés dans les questions environnementales - Développement des technologies appropriées pour la protection de
Promouvoir l'intégration de l'éducation environnementale dans les programmes scolaires	Programme « éducation-environnement »		

[28] Il a fait l'objet d'une seconde lecture en 2011 par l'Assemblée Nationale.

		l'environnement

Source : Données DNPD compilées par l'auteur

Pour faire face à ces défis, le Gouvernement a élaboré le PAIPP 2010-2014 d'un coût total de près de 20 milliards de FCFA dans les secteurs ci-dessous dont les projets phares sont :

- Appui aux écoles communautaires transformées en écoles publiques ;
- Maintien des élèves des écoles publiques et communautaires pour leur permettre de terminer l'enseignement fondamental ;
- Renforcement de l'alphabétisation fonctionnelle des femmes, des filles non scolarisées et déscolarisées dans les zones diffuses ;
- Réduction de la fécondité juvénile et des femmes ;
- Amélioration de l'accès des femmes aux soins de santé ;
- Elaboration d'une cartographie des priorités en santé de la reproduction ;
- Recensement des maliens de l'extérieur ;
- Intensification des campagnes IEC et de plaidoyer sur les questions de population ;
- Information et sensibilisation des populations sur les effets du changement climatique.

3.7 Protection Sociale et Emploi au Mali

Au cours de la décennie, le monde est secoué par une crise financière, économique et sociale qui n'a de pareille que celle intervenue dans les années 30. La conséquence sur le marché de l'emploi est un chômage atteignant un pourcentage à deux chiffres dans plusieurs pays. Ainsi, selon le Bureau International du Travail, ce sont des millions d'emplois qui sont perdus chaque année dans le monde. Cette crise s'accompagne aussi de baisse de revenus, de salaires, de pouvoir d'achat, d'investissements sociaux et du ralentissement du commerce mondial. Les pays qui en « souffrent le plus sont ceux dont les systèmes de protection sociale sont faibles et ceux qui dépendent beaucoup d'investissements directs étrangers, de transferts de travailleurs émigrés, du commerce international et du tourisme ». Cette situation qui aggrave la pauvreté est de nature à « provoquer des tensions sociales sérieuses et rendre encore plus difficile l'atteinte des OMD ».

Au Mali où l'économie dépend en grande partie des flux ci-dessus cités et où la population est particulièrement jeune (47% ont moins de 15 ans) et d'âge actif élevé avec 48% (RGPH 2009), le problème d'emplois se pose avec acuité. En effet, selon le rapport d'évaluation finale du Programme Emplois Jeunes (PEJ) de mai 2009, le chômage des jeunes était évalué à 12% contre 9% pour la moyenne de la population, constituant du coût un danger pour la stabilité du pays.

C'est dans ce contexte que le Gouvernement du Mali a initié entre 2004 et 2008, un ambitieux programme de près de 18,6 milliards de FCFA dénommé Programme Emploi Jeunes exécuté par l'Agence pour la Promotion de l'Emploi des Jeunes (APEJ). Cette initiative de protection sociale est une stratégie de mise en œuvre de la Politique Nationale de l'Emploi (PNE) qui a pour objectif de contribuer au développement économique et social du Mali en offrant aux jeunes, de 15 à 40 ans, le maximum de possibilités d'emploi, tant dans le domaine de l'emploi salarié que de l'auto-emploi.

Les interventions du PEJ sont structurées autour de quatre composantes : 1) renforcement de l'employabilité des jeunes (apprentissage et stages de qualification), 2) développement de l'entreprenariat des jeunes (formation à la création et à la gestion d'entreprises), 3) emploi rural et travaux à haute intensité de main d'œuvre (aménagement de périmètres irrigués, reboisement, aménagement forêts, réhabilitation de pistes rurales, formation) et 4) accès des jeunes au crédit (mobilisation des ressources, appui-conseil pour l'accès au crédit et à la garantie, appui-conseil

aux entreprises créées) . Il faut toutefois signaler que le volontariat a été inclus en cours d'exécution du programme.

Ainsi, selon le rapport d'évaluation finale du programme, les principales réalisations se présentent dans le tableau qui suit :

Tableau N°33: Réalisations physiques de l'APEJ

Nature des réalisations	Prévisions	Réalisations	%	Observations
Stage de qualification et apprentissage (y compris le volontariat)	12 500	10 592	85	
Formation à l'esprit d'entreprise	25 000	5 625	23	
Plans d'affaires montés	8 000	3 556	44	
Création directe d'emplois ruraux	13 850	1 128	8	
Facilitation de l'accès des jeunes ruraux au marché du travail (PROMIIR et PILE[29])				
Périmètres irrigués (ha)	2750	44	2	
Pistes rurales	1200	33	3	
Projets financés	1 000	1 521	152	Pour un montant de 4,025 milliards de FCFA et 4129 emplois crées

Source : Données rapport évaluation finale compilées par l'auteur

Pendant l'exécution du projet certaines difficultés ont été relevées par l'évaluation comme :

- le manque de suivi qui a fait que l'impact des formations, des apprentissages et le développement de l'esprit d'entreprise à travers les plans d'affaires élaborés n'ont pu être évalués avec précision ;
- le taux de remboursement des prêts accordés a été faible de l'ordre de 3% à cause de la mauvaise perception des fonds reçus considérés par les jeunes comme des subventions de l'Etat d'une part et d'autre part à cause de la mauvaise qualité des projets initiés ;
- le manque de synergie entre l'APEJ et les autres structures intervenant dans le domaine de l'emploi surtout au niveau sectoriel ;
- le glissement de l'APEJ, en termes d'objectif, de la contribution à la promotion de l'emploi à une agence de création d'emplois jeunes dont elle n'a ni capacités ni les moyens financiers ;
- l'insuffisance et les difficultés de mobilisation de ressources surtout en fin de programme.

Malgré ces difficultés, globalement, le PEJ a contribué aux efforts de développement à long terme du pays -lutte contre la pauvreté par la promotion de l'emploi à travers le nombre de jeunes formés, les emplois directs créés, le niveau et le montant des pécules versés, les infrastructures réalisées qui ont permis de désenclaver les localités bénéficiaires et de réduire l'exode rural des jeunes. Par ailleurs le niveau de contribution du secteur privé évalué à 697 millions FCFA en 2007 soit un taux de réalisation de 90% contre 71% pour l'Etat en 2008, est une dynamique à saluer.

Par rapport à la durabilité de l'impact du PEJ, il est à signaler que de plus en plus de jeunes à la recherche d'un premier emploi s'adressent à l'APEJ surtout dans les grandes agglomérations comme Bamako et les capitales régionales. Aussi, des milliers de jeunes ont développé leurs capacités entrepreneuriales et ont même créé leur propre entreprise. Ce qui cadre parfaitement

[29] PROMIIR : Programme multisectoriel d'investissements intensifs en milieu rural, PILE : Programme d'initiatives locales pour l'emploi

avec le concept de développement humain. Toutefois, un PEJ recentré avec plus de moyens aura dans le moyen et long termes un impact plus significatif sur la réduction de la pauvreté à travers la promotion de l'emploi.

3.8 Protection Sociale et Environnement au Mali

La conservation et la gestion des ressources naturelles et de l'environnement sont inscrites dans la Constitution du Mali, notamment dans son article 15 qui dispose que : "Toute personne a droit à un environnement sain. La protection, la défense de l'environnement et la promotion de la qualité de la vie est un devoir pour tous et pour l'Etat". Par ailleurs, le pays a ratifié plusieurs accords dont la Convention Internationale de Lutte Contre la Désertification (CID) issue de la Conférence de Rio sur l'environnement et le développement tenue en 1992. C'est dans ce contexte que le Mali s'est engagé notamment à préparer un Plan National d'Action Environnementale (PNAE). Ce plan est l'émanation de la politique nationale de protection de l'environnement qui «vise à contribuer au développement économique et social durable du pays et à la recherche de la sécurité alimentaire, à lutter contre toute forme de pollution ou nuisance, contre le processus de dégradation des ressources naturelles et la désertification ».

Cette politique qui constitue le « cadre d'orientation pour une gestion et une planification environnementale efficaces et durables », est mise en œuvre à travers les programmes d'action aux niveaux national (programmes d'action nationaux), régional (programmes d'action régionaux) et local (programmes d'action locaux), les mesures législatives, juridiques et réglementaires et les réformes institutionnelles appropriées.

Pour évaluer les résultats de ces programmes, le Ministère de l'Environnement et de l'Assainissement a produit en 2009, le quatrième rapport sur l'état de l'environnement au Mali. Ce rapport s'appuie en grande partie sur les résultats de l'évaluation économique de la gestion environnementale au Mali : coûts et bénéfices, produite par le Projet Initiative Pauvreté et Environnement (IPE) en partenariat avec le programme des Nations Unies pour l'Environnement (PNUE) et Sustainable Business Associates (SBA).

Selon cette évaluation, les dommages environnementaux subis en 2008 par la population et l'économie du Mali par rapport au bien-être et au revenu avoisinent 20% de son PIB, soit plus de 680 milliards FCFA. Ces dommages résultant de ceux liés directement à l'environnement et à l'utilisation inefficace des ressources naturelles et des énergies. En cas d'inaction, les dommages futurs seront encore plus sévères. C'est dire que la dégradation de l'environnement est une menace forte pour l'avenir du Mali. Toutefois la même source estime que les coûts des mesures à prendre afin d'éviter ces dommages et inefficiences sont estimés à seulement 10% du PIB. L'effort de remédiation est donc faible comparé à l'ampleur des coûts environnementaux subis par le Mali. En effet, les ratios obtenus en rapportant les coûts des dommages et inefficiences (CDI) sur les investissements nécessaires ou coûts de remédiation (CR) à leur mitigation indiquent les profitabilités suivantes : 1 FCFA investi permet d'éviter 3 FCFA de dommages dans le domaine « Energies et matières », 2 FCFA dans le domaine « Eau » et plus de 1,5 FCFA dans les domaines « Air » et « Sols et forêts ».

Tableau N°34: Bénéfices/coûts des dommages

Domaines	CDI (% PIB)	CR (% PIB)	Ratios
Eau	4,82	2,18	2,21
Air	2,36	1,42	1,66

Sols et forêts	5,77	3,32	1,74
Déchets	0,52	0,7	0,74
Energies et Matières	7,89	2,33	3,39
Total	**21,35**	**9,96**	**2,14**

Source : IPE-PNUD-PNUE, févier 2009, Evaluation économique de la gestion environnementale au Mali : coûts et bénéfices, rapport final

Il est intéressant de savoir sur quoi agir en priorité pour avoir plus de résultats. L'étude ne disposant pas de données précises sur la structure du revenu des ménages, de leur niveau d'éducation et de comportement environnemental, l'analyse redistributive a donc surtout porté sur l'examen d'une dimension plus observable, à savoir les aspects urbains et ruraux. On constate ainsi des problématiques plus spécifiquement urbaines dans les domaines air, énergie et matières, santé et qualité de vie et des problématiques rurales dans les domaines eau, sols et forêts et capital naturel.

En termes redistributifs, l'analyse permet de constater que les CDI sont davantage supportés par les campagnes (53.9% du total des CDI) et que la contribution rurale à la remédiation (au CR) est relativement plus faible (48.7% du total des CR). En d'autres termes, si la remédiation est effectivement mise en œuvre telle que l'analyse la montre, un impact redistributif légèrement favorable au monde rural en résulte.

Tableau N°35: Comparaisons milieux urbain et rural des CDI, CR et Ratios coûts

Domaines	**CDI urbain (% PIB)**	**CDI rural (% PIB)**	**CR urbain (% PIB)**	**CR rural (% PIB)**	**Ratio urbain**	**Ration rural**
Eau	2,63	2,19	1,41	0,77	0,01	**2,85**
Air	1,54	0,82	0,53	0,89	**2,9**	0,92
Sols et forêts	0,73	5,05	1,54	1,77	0,47	**2,84**
Déchets	0,28	0,23	0,46	0,24	0,62	0,95
Energies et Matières	4,67	3,22	1,16	1,18	**4,04**	2,74
Total/Moyenne	**9,85**	**11,51**	**5,1**	**4,85**	**1,93**	**2,37**

Catégories économiques	**CDI urbain (% PIB)**	**CDI rural (% PIB)**	**CR urbain (% PIB)**	**CR rural (% PIB)**	**Ratio urbain**	**ration rural**
Santé et qualité vie	4,74	2,92	1,87	1,39	**2,53**	2,09
Capital naturel	0,51	4,93	1,66	1,91	0,31	**2,58**
Inefficiences dans l'utilisation des ressources	4,6	3,66	1,58	1,55	2,92	2,37
Total/Moyenne	**9,85**	**11,51**	**5,1**	**4,85**	**1,93**	**2,37**

Contribution relatives des CDI et des CR	**Urbain**	**Rural**
% des CDI-moyenne	46,11	53,89
% des CR-moyenne	51,27	48,73
CDI-moyenne par hab (USD/an)	157,28	85,3
CR-moyenne par hab (USD/an)	81,54	35,97

Source : IPE Mali-PNUD-PNUE, févier 2009, Evaluation économique de la gestion environnementale au Mali : coûts et bénéfices, rapport final.

L'étude s'est intéressée à la situation spécifique de chaque domaine telle que présentée comme suit :

En matière de **déchets,** la problématique est avant tout urbaine. Le mode de vie urbain induit en effet beaucoup plus de déchets que le mode de vie rural, car les transactions économiques y sont plus nombreuses. De plus, l'impact sur la santé et la qualité de vie occasionné par l'accumulation

des déchets (problèmes de contamination de l'eau et du sol, gêne olfactive et visuelle) est renforcé par la proximité entre déchets et population. L'accumulation de sacs plastiques en milieu urbain renforce par exemple la multiplication des anophèles, vecteurs de la malaria, par la création d'un milieu humide favorable à leur reproduction. Les actions de remédiation doivent donc se focaliser en priorité sur le milieu urbain.

Les déchets affectent directement la santé et la qualité de vie de la population la plus défavorisée. En effet, celle-ci n'a pas les moyens financiers de se prémunir de la contamination des eaux et des sols engendrée par l'infiltration des déchets. La problématique des déchets est ainsi fortement liée à celle des domaines environnementaux « Sols et Forêts » et « Eau », c'est pourquoi la remédiation s'y rapportant aura une portée redistributive importante et améliorera le quotidien des classes les plus défavorisées de manière significative.

Pour la pollution de l'air intérieur, elle résulte principalement de l'utilisation par les ménages de foyers traditionnels fonctionnant au bois et au charbon de bois, ressources qui constituent 90% du bilan énergétique national. Comme ces foyers n'évacuent pas les fumées, la combustion occasionne d'importantes émissions de particules fines qui affectent directement les personnes vivant à proximité. L'ampleur des dommages liés à la pollution de l'air extérieur est proportionnelle au nombre de personnes qui en souffrent, et donc à la croissance démographique surtout en milieu urbain. La taille et l'âge moyen du parc automobile et, dans une moindre ampleur, la production d'électricité (centrales au diesel) en constituent les autres déterminants importants.

Dans une certaine mesure la pollution de l'air extérieur atteint, en raison de son caractère diffus, toutes les classes de la population. Néanmoins, les couches aisées disposent d'avantages compétitifs : elles ont la possibilité de s'implanter dans des endroits aérés, d'utiliser des voitures et des habitats disposant de systèmes d'aération en circuit fermé, etc. La pollution de l'air intérieur touche en revanche particulièrement les classes les plus défavorisées, pour lesquelles les foyers à butane sont économiquement difficiles d'accès. La minimisation de la pollution de l'air intérieur constitue donc une stratégie efficace et équitable, elle permettrait d'éviter des dommages importants tout en réduisant notablement les inégalités entre les classes sociales.

La pollution de la ressource **eau**, la couverture partielle du réseau et les lacunes au niveau de la surveillance de la qualité de l'eau affectent les écosystèmes et la santé humaine : choléra, diarrhées, bilharziose. Ces pathologies entraînent chaque année la perte de la force de travail de plus de 300 000 personnes. Au total, le Mali perd plus de 2,5% de son PIB en raison des maladies liées au manque d'accès à l'eau et à sa mauvaise qualité. La dégradation des eaux atteint particulièrement les classes les plus défavorisées. En effet, les classes pauvres sont celles qui sont le plus exposées aux maladies dues à une mauvaise qualité de l'eau potable et au manque d'assainissement. Les classes les plus aisées peuvent par contre utiliser des mécanismes de compensation (traitement individuel, utilisation d'eau en bouteille) pour se mettre à l'abri des dommages liés à l'eau. De plus, le secteur de l'agriculture est très sensible à la variation de la disponibilité des ressources en eau et la population rurale de classe pauvre à moyenne est la première à en souffrir. La diminution notoire des ressources en eau est par conséquent un facteur limitant de développement du pays. Une gestion intégrée des ressources en eau constituerait donc un facteur de bien-être durable pour l'ensemble de la population.

Dans le domaine de **l'énergie et des matières**, les inefficiences d'ordre énergétique peuvent par exemple être illustrées par des pertes d'énergie lors de l'utilisation d'un foyer mal isolé, et les pertes de matières par un processus industriel trop gourmand en matières premières. Ces pertes avoisinent 5,5% du PIB pour les énergies et plus de 2% pour les matières.

L'analyse des impacts redistributifs montre que les classes les plus pauvres sont peu responsables des inefficiences en matière d'énergie : leur consommation reste en effet marginale, comparativement à celle des plus aisées. Bien que l'incitation à un usage rationnel et efficace des matières soit plus efficace chez les plus démunis, ces derniers n'ont pas la possibilité financière d'agir dès lors que les mesures d'économie requièrent un investissement. La réduction des inefficiences bénéficie à l'ensemble des classes de la population en augmentant les flux de matières et d'énergies disponibles et en diminuant leur prix. Toutefois, si une baisse de prix est davantage génératrice de bien-être pour les petits revenus (pour autant que ceux-ci soient consommateurs de la ressource ou de l'énergie concernée), les effets redistributifs de la réduction des inefficiences varient selon le type de ressource : pro-pauvres dans le cas de matières consommables ou pro-riches dans le cas de l'électricité, par exemple. Si l'on examine finalement la répartition des revenus résultant des différentes activités économiques, les inefficiences dans les ménages, l'agriculture et la pêche affectent surtout les catégories pauvres de la population, alors que celles dans les services et l'industrie affectent de manière plus évidente les classes aisées.

Le domaine **« Sols et forêts »** est dévolu à l'examen des dommages environnementaux et des inefficiences résultants de la dégradation des sols et de la déforestation. L'impact de ces dommages se ressent principalement sur la productivité des activités agricoles et de la filière « bois ». La dégradation des sols est un des facteurs majeurs de l'appauvrissement de la population en milieu rural. En effet, l'économie malienne repose essentiellement sur le secteur primaire (agriculture, élevage, pêche) qui occupe 80% de la population. Le bois et le charbon de bois contribuent à plus de 90% dans le bilan énergétique national. En conséquence, la superficie boisée diminue d'environ 100 000 hectares par an, un chiffre qui augmentera en fonction de la croissance démographique, si des alternatives ne sont pas appliquées massivement. Les dommages environnementaux dans le domaine « Sols et forêts » (5,8% du PIB) résultent de la surexploitation des sols et des ressources ligneuses, de l'érosion, de la salinisation et de l'avancée des infrastructures urbaines.

Les activités humaines étant majoritairement à l'origine de ces dommages, des mesures politiques pour limiter cet impact s'avèrent hautement nécessaires, sinon le coût de l'inaction s'accroîtra au rythme de la disparition des sols et forêts dont dépend vitalement la majorité de la population. Le ratio Bénéfices/Coûts dans le domaine « Sols et forêts » s'élève à 1,7. Il semble ainsi opportun d'investir dans des mesures de préservation des sols et des forêts. La dégradation des sols et forêts atteint particulièrement les classes les plus défavorisées. En effet, plus de 80% des dommages dans le domaine des sols et forêts sont subis par la population rurale, dont le revenu par habitant est estimé au tiers du revenu en milieu urbain. Les dommages sur le capital naturel tels la dégradation des sols fertiles, la déforestation et l'empiétement urbain portent préjudice à ses revenus et à la disponibilité du bois énergie.

Dans l'ensemble, il apparaît donc que les pauvres sont les plus touchés par la dégradation de l'environnement et la mauvaise gestion des ressources naturelles au Mali. L'amélioration de la gestion de l'environnement et des ressources naturelles aurait donc un impact favorable quant à la réduction des inégalités au Mali, en termes de bien-être.

C'est pourquoi, le Rapport sur l'état de l'environnement 2009 recommande entre autres de :

- mettre en place une fiscalité environnementale nationale (au prorata des revenus, sur les pièces administratives, les tickets de transport, etc.) afin de procéder à la réparation des dommages éventuels causés à l'environnement ;
- impulser le transfert de compétence et des ressources de l'Etat aux Collectivités Territoriales en matière d'environnement et d'assainissement,
- adopter des mesures juridiques visant l'interdiction de la production, de la commercialisation et de l'utilisation des sachets plastiques ;
- informer et sensibiliser les populations sur la gestion durable des ressources naturelles et l'amélioration du cadre de vie.

3.9 Protection Sociale et points de vue des bénéficiaires sur les prestations reçues à travers l'enquête ad hoc menée en 2011

Dans la partie méthodologique du document, l'échantillon des bénéficiaires est présenté ainsi que les questions auxquelles ils ont été soumis au cours de l'enquête. Il leur a été demandé entre autres s'ils sont satisfaits des prestations reçues à travers des questions sur les conditions d'accès et le niveau des prestations reçues. L'enquête s'est aussi intéressée aux difficultés rencontrées et aux solutions qu'ils proposent ainsi qu'à l'impact des prestations reçues selon leurs points de vue.

Niveau de satisfaction par rapport aux prestations reçues

La majorité des bénéficiaires est très satisfaite (27,6%) ou satisfaite (48,6%) par rapport aux informations sur les procédures d'accès aux prestations. Cependant une proportion non négligeable ne l'est pas (23,8%) et celle-ci est plus importante pour les hommes que pour les femmes (25,8% contre 21,7%). Par type de protection sociale, l'insatisfaction est plus marquée dans l'aide sociale (28,9% soit environ une personne sur trois) que dans les autres types à savoir la sécurité sociale (21,8%) et l'action sociale (22,9%). Cette situation peut être expliquée en partie par la complexité des procédures car un niveau relativement plus bas de satisfaction est observé par rapport à la facilité des procédures : 23,1% sont très satisfaits et 50,7% sont satisfaits contre 26,2% d'insatisfaits. Ici aussi, les hommes sont les moins satisfaits (30,8%) que les femmes (21,5%) et les deux réunis le sont plus pour l'aide sociale (27,5%) par rapport aux autres types de protection.

Tableau N°36: Satisfaction des bénéficiaires par rapport aux prestations reçues

		Quel est votre niveau de satisfaction par rapport aux informations sur les procédures d'accès?						**Total**	
		Très satisfait		**Satisfait**		**Pas satisfait**			
		Effectif	**%**	**Effectif**	**%**	**Effectif**	**%**	**Effectif**	**%**
Sexe du bénéficiaire	Masculin	51	28,0	84	46,2	47	25,8	182	100,0
	Féminin	49	27,2	92	51,1	39	21,7	180	100,0
Total		**100**	**27,6**	**176**	**48,6**	**86**	**23,8**	**362**	**100,0**
Type de Prestation Reçue	Sécurité Sociale	57	28,2	101	50,0	44	21,8	202	100,0
	Aide Sociale	23	25,6	41	45,6	26	28,9	90	100,0
	Action Sociale	20	28,6	34	48,6	16	22,9	70	100,0
Total		**100**	**27,6**	**176**	**48,6**	**86**	**23,8**	**362**	**100,0**
		Quel est votre niveau de satisfaction par rapport à la facilité des procédures?							
Sexe du	Masculin	42	23,1	84	46,2	56	30,8	182	100,0

bénéficiaire	Féminin	42	23,2	100	55,2	39	21,5	181	100,0
Total		**84**	**23,1**	**184**	**50,7**	**95**	**26,2**	**363**	**100,0**
Type de Prestation Reçue	Sécurité Sociale	50	24,8	98	48,5	54	26,7	202	100,0
	Aide Sociale	19	20,9	47	51,6	25	27,5	91	100,0
	Action Sociale	15	21,4	39	55,7	16	22,9	70	100,0
Total		**84**	**23,1**	**184**	**50,7**	**95**	**26,2**	**363**	**100,0**

Source : Enquête ad hoc sur la protection sociale 2011

Par rapport à l'accessibilité géographique, globalement 74,8% des bénéficiaires sont satisfaits mais ce sont les femmes qui le sont moins à 27,2% contre 23,1% pour les hommes. Cette insatisfaction monte de façon sensible pour les bénéficiaires de l'aide sociale (38,5%) et de l'action sociale (37,1%) mais diminue tout autant pour la sécurité sociale (14,9%) grâce probablement aux actions entreprises ces dernières années pour déconcentrer l'INPS et la CMSS.

Par rapport au montant ou à la valeur des prestations reçues, le niveau d'insatisfaction atteint 42,5% chez les bénéficiaires et très peu sont très satisfaits (18,9%). Ce niveau est encore plus bas pour les bénéficiaires de la sécurité sociale (12,7%) dont presque la moitié (46,2%) n'est pas satisfaite des montants reçus. Aussi, bien que la majorité des enquêtés soit satisfaite de la qualité des prestations (72,7% sont satisfaits ou très satisfaits), la proportion des mécontents est significative (27,1%). C'est le niveau le plus élevé d'insatisfaction par rapport aux cas ci-dessus décrits à l'exception de celui relatif au montant ou la valeur de la prestation.

La sociabilité des prestataires (voir annexes) a été appréciée par les bénéficiaires qui en sont très satisfaits à 33,1% et satisfaits à 51,2% contre 15,7% d'insatisfaits. Les femmes le sont moins (18,4%) que les hommes (13,0%) ainsi que les bénéficiaires de la sécurité sociale (16,2%) que les autres formes de protection.

Les bénéficiaires ont fait cas d'autres difficultés rencontrées comme la faible couverture des besoins (fourniture de prothèses), les problèmes quotidiens (non-respect de la canne blanche, la stigmatisation, le manque de rampe d'accès aux lieux publics), les besoins de formation, etc.

Tableau N°37: Satisfaction des bénéficiaires par rapport aux prestations reçues (suite)

		Quel est votre niveau de satisfaction par rapport à l'accessibilité géographique						**Total**	
		Très satisfait		**Satisfait**		**Pas satisfait**			
		Effectif	**%**	**Effectif**	**%**	**Effectif**	**%**	**Effectif**	**%**
Sexe du bénéficiaire	Masculin	42	23,1	98	53,8	42	23,1	182	100,0
	Féminin	37	20,6	94	52,2	49	27,2	180	100,0
Total		79	21,8	192	53,0	91	25,1	362	100,0
Type de Prestation Reçue	Sécurité Sociale	45	22,4	126	62,7	30	14,9	201	100,0
	Aide Sociale	20	22,0	36	39,6	35	38,5	91	100,0
	Action Sociale	14	20,0	30	42,9	26	37,1	70	100,0
Total		79	21,8	192	53,0	91	25,1	362	100,0
		Quel est votre niveau de satisfaction par rapport au montant ou valeur reçu(e)?							
Sexe du	Masculin	35	19,8	67	37,9	75	42,4	177	100,0

bénéficiaire	Féminin	31	17,4	71	39,9	76	42,7	178	100,0
Total		**66**	**18,6**	**138**	**38,9**	**151**	**42,5**	**355**	**100,0**
Type de Prestation Reçue	Sécurité Sociale	25	12,7	81	41,1	91	46,2	197	100,0
	Aide Sociale	25	28,4	30	34,1	33	37,5	88	100,0
	Action Sociale	16	22,9	27	38,6	27	38,6	70	100,0
Total		**66**	**18,6**	**138**	**38,9**	**151**	**42,5**	**355**	**100,0**
		Quel est votre niveau de satisfaction par rapport à la qualité des prestations reçues?							
Sexe du bénéficiaire	Masculin	30	16,9	100	56,5	47	26,6	177	100,0
	Féminin	35	19,3	96	53,0	50	27,6	181	100,0
Total		65	18,2	196	54,7	97	27,1	358	100,0
Type de Prestation Reçue	Sécurité Sociale	24	12,1	120	60,3	55	27,6	199	100,0
	Aide Sociale	24	27,0	44	49,4	21	23,6	89	100,0
	Action Sociale	17	24,3	32	45,7	21	30,0	70	100,0
Total		65	18,2	196	54,7	97	27,1	358	100,0

Source : Enquête ad hoc sur la protection sociale 2011

Par rapport à ces difficultés, les bénéficiaires proposent comme première solution l'amélioration de la qualité et des montants des prestations (32,6%), suivie de la facilitation et de l'allégement des procédures d'accès aux prestations (15,9%), de la mobilisation des ressources financières (15,2%), de la fourniture d'équipements, de matériels de production et de moyens de déplacements (8,3%), de l'information et de la sensibilisation des bénéficiaires sur les mécanismes et procédures d'accès aux prestations (8,3%).

Tableau N°38: Solutions proposées par les bénéficiaires par rapport aux difficultés rencontrées

Solutions proposées aux difficultés rencontrées	Effectif	%
Améliorer la qualité des prestations (interventions, augmenter montants des prêts, soins médicaux, …)	90	32,6
Fournir des équipements, matériels de production/moyens de déplacement	23	8,3
Formation/ renforcement des capacités	12	4,3
Mobilisation des ressources financières/ appui financier	42	15,2
Faciliter, alléger les procédures d'accès aux prestations	44	15,9
Prise en compte des besoins des bénéficiaires, des personnes handicapées (construction rampe d'accès, ….)	5	1,8
Respect des personnes handicapées	5	1,8
Créer des emplois, appui à la création d'AGR	4	1,4
Appui économique (écoulement production, valorisation des produits, …)	10	3,6
Extension de la couverture des besoins (bénéficiaires et ayant droit, …)	12	4,3
Information, sensibilisation des bénéficiaires sur les mécanismes, procédures d'accès aux prestations,	23	8,3
Autres	6	2,2
Total	**276**	**100,0**

Source : Enquête ad hoc sur la protection sociale 2011

Impact des prestations sur les bénéficiaires

Aux personnes interrogées la question est posée si les prestations reçues permettent de satisfaire les besoins essentiels (nourriture, santé, logement, habillement). Elles répondent non à 62 % aussi bien les hommes que les femmes et à une proportion plus élevée pour la sécurité sociale (66,7%). Aussi la majorité (66,9%), notamment les femmes (71,9%), affirme que les prestations reçues ne permettent pas de venir en aide à d'autres personnes. Cependant quelque 15% déclarent que les prestations reçues permettent d'entreprendre d'autres activités comme représenté dans le graphique ci-dessous. Il s'agit des activités commerciales comme la vente de produits (36,6%), les activités artisanales comme la couture, la menuiserie (14,1%), les prestations de services comme la mouture, la restauration (14,1%) ou le renforcement des capacités (14,1%).

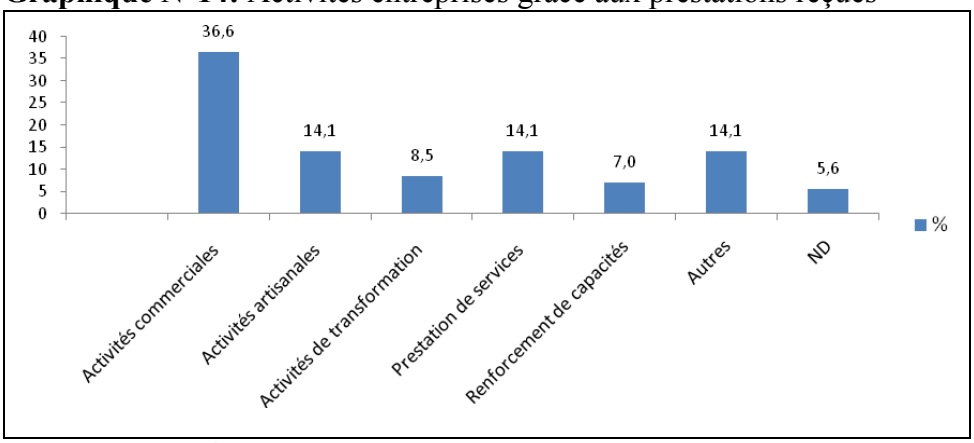
Ainsi, du point de vue des bénéficiaires eux-mêmes, la protection sociale, peut être facteur d'autopromotion pourvu que certaines conditions soient remplies : un montant suffisant des prestations, leur qualité, la formation et l'information des bénéficiaires, entre autres.

Tableau N°39: Impact des prestations reçues sur les bénéficiaires

		Les prestations reçues vous permettent-elles de satisfaire les besoins essentiels?				Total	
		Oui		Non			
		Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Sexe du bénéficiaire	Masculin	68	37,4	114	62,6	182	100,0
	Féminin	70	38,0	114	62,0	184	100,0
Total		138	37,7	228	62,3	366	100,0
Type de Prestation Reçue	Sécurité Sociale	68	33,3	136	66,7	204	100,0
	Aide Sociale	42	46,2	49	53,8	91	100,0
	Action Sociale	28	39,4	43	60,6	71	100,0
Total		138	37,7	228	62,3	366	100,0
		Les prestations reçues vous permettent-elles de venir en aide à d'autres personnes?					
Sexe du bénéficiaire	Masculin	70	38,0	114	62,0	184	100,0
	Féminin	52	28,1	133	71,9	185	100,0
Total		122	33,1	247	66,9	369	100,0
Type de Prestation Reçue	Sécurité Sociale	61	29,6	145	70,4	206	100,0
	Aide Sociale	32	34,8	60	65,2	92	100,0
	Action Sociale	29	40,8	42	59,2	71	100,0
Total		122	33,1	247	66,9	369	100,0
		Les prestations reçues vous permettent-elles d'entreprendre d'autres activités?					
Sexe du bénéficiaire	Masculin	34	18,5	150	81,5	184	100,0
	Féminin	23	12,4	162	87,6	185	100,0
Total		57	15,4	312	84,6	369	100,0
Type de Prestation Reçue	Sécurité Sociale	25	12,1	181	87,9	206	100,0
	Aide Sociale	17	18,5	75	81,5	92	100,0
	Action Sociale	15	21,1	56	78,9	71	100,0
Total		57	15,4	312	84,6	369	100,0

Source : Enquête ad hoc sur la protection sociale 2011

Graphique N°14: Activités entreprises grâce aux prestations reçues



Source : Enquête ad hoc sur la protection sociale 2011

CHAPITRE IV - DEFIS ET PERSPECTIVES DE LA PROTECTION SOCIALE

En termes de protection sociale face à la croissance démographique, les spécialistes ont identifié un panorama des défis : économiques, sociaux et techniques qui se posent au monde actuel (mais qui se poseront avec plus d'acuité au monde de demain).

Le défi majeur que doit relever le Mali est celui d'assumer cette donnée inéluctable d'un doublement d'ici quelques décennies d'une population majoritairement jeune et rurale.

Les systèmes de protection sociale sont confrontés à de nouveaux défis qui diffèrent sensiblement de ceux qu'ils ont connus il y a plusieurs dizaines d'années et qui ont des implications majeures pour leur financement. Il existe un large consensus sur ce que l'on attend des systèmes de sécurité sociale : l'extension de la couverture, et l'offre de prestations suffisantes.

Toutefois, ces objectifs doivent être atteints tout en garantissant la continuité du financement à moyen et à long terme des programmes de prestations et de l'équilibre budgétaire et financier de l'Etat. Il est particulièrement difficile d'y parvenir dans certains domaines de la sécurité sociale, notamment pour les pensions, compte tenu du vieillissement de la population (allongement de l'espérance de vie même dans les pays en développement), et aussi pour les soins médicaux en raison de l'augmentation des coûts qui y sont liés. En outre, ces défis doivent être vus à la lumière de la crise mondiale et d'un marché du travail de plus en plus précaire.

L'objectif ultime des systèmes de protection sociale en général et de sécurité sociale en particulier est d'honorer les obligations en matière de prestations lorsque celles-ci sont dues, ce qui implique en premier lieu la viabilité financière.

4.1. L'extension de la protection sociale aux personnes les plus vulnérables (transferts sociaux)

Pour être efficaces, les filets sociaux de sécurité doivent non seulement viser un objectif bien défini, mais également être bien conçus et mis en œuvre. Un bon système de filets sociaux de sécurité comprenant différents programmes et adapté aux conditions du pays, a une couverture suffisante. Elle est généreuse, équitable, efficace, rentable et financièrement soutenable, compatible avec les mesures d'incitation mises en place. Les bons systèmes de filets sociaux de sécurité sont aussi dynamiques et évoluent au fil du temps en fonction de l'économie. Au Mali, la mise en œuvre des programmes de filets sociaux est confrontée à de nombreux défis.

Un des défis importants est de rechercher des informations utiles permettant de bien cibler les bénéficiaires. Un meilleur ciblage permet de rationaliser les coûts et de réduire les erreurs d'inclusion et d'exclusion aux programmes afin d'atteindre les couches les plus pauvres et vulnérables.

Le défi de couverture revêt deux dimensions à savoir la couverture géographique et celle du secteur informel. En effet, selon le BIT, 50% de la population mondiale ne bénéficie d'aucune forme de sécurité sociale et seulement 20% dispose d'une couverture adéquate. Cette marginalisation affecte massivement et principalement les travailleurs de l'économie informelle des pays en développement où 80% de la population active est exclue de la sécurité sociale. La croissance soutenue de l'économie informelle dans la plupart de ces pays éloigne la perspective d'une incorporation d'un nombre significatif de ces travailleurs dans les régimes formels de

sécurité sociale. Cette situation a conduit l'essor récent d'initiatives visant à étendre la sécurité sociale à l'économie informelle.

Au Mali, plus de 80% de la population vit en milieu rural soit environ 11,3 millions de personnes (RGPH 2009). Ce qui a conduit le pays à mettre en œuvre, entre autres, un plan quinquennal 2011-2015 de protection sociale dénommé « Une Commune – Une Mutuelle de Santé » et destiné à étendre la politique de protection sociale. Ce programme d'un coût d'environ 41,6 milliards de F CFA vise entre autres à corriger les manquements constatés dans la protection sociale qui ne « couvre que 10% de la population tandis que les 80%, essentiellement des secteurs agricole et informel ne sont pas couverts ».

La plupart des programmes posent un défi de pérennité parce qu'ils fournissent une assistance temporaire et sont généralement mis en place au cours des périodes de choc. Ils partagent aussi les mêmes difficultés de mise en œuvre, telles que des mécanismes de ciblage inefficaces, une absence de suivi et évaluation de leur impact, une médiocre capacité de gestion et un financement insuffisant. Actuellement, les programmes de filets sociaux maliens peuvent être classés en quatre catégories :

i) les programmes qui procèdent à des transferts en espèces ou en nature, tels que les programmes de distributions alimentaires, nutritionnels ou de cantines scolaires ;
ii) les programmes qui distribuent des subventions globales des prix sous la forme d'exonération fiscale sur les produits alimentaires ;
iii) les programmes qui fournissent des revenus (par exemple, les travaux publics en échange de nourriture ou de paiement en espèces) ; et
iv) les programmes qui améliorent le capital humain et donnent accès aux services de base (par exemple, les dispenses des frais de santé).

L'utilisation efficiente des envois de fonds des émigrés constitue un autre défi pour le Mali. Selon la Banque Mondiale les transferts des migrants constituent la deuxième source de capitaux étrangers vers l'Afrique Sud Saharienne derrière l'Investissement Etranger Direct (IDE) et devant l'Aide Publique au Développement (APD).

En 2005, le nombre de migrants au Mali était estimé à près de 1 213 000 personnes soit 9% de la population pour un transfert monétaire d'environ 192 millions US$ (Banque Mondiale, 2007). Ces transferts constituent un levier important quant à la prise en charge des plus démunis, à la responsabilisation et à l'implication des émigrés dans le processus de développement du pays. Une étude récente de l'UNICEF – ODHD citée plus haut met en évidence l'apport des transferts privés dans le revenu des ménages pauvres.

Il importe alors pour l'Etat de mieux réorganiser ce secteur. C'est en ce sens que des dispositions doivent être prises pour mettre en place des plans d'épargne-retraite pour les émigrés et faciliter des prêts à des taux préférentiels ou des aides aux entreprises créées grâce à des transferts de fonds. Ceci permettrait aux immigrés récemment rentrés dans leur pays d'avoir accès à des capitaux.

Au Mali, plus de 75% des montants reçus sont alloués aux dépenses familiales quotidiennes (nourriture, logement, habillement, factures, soins et médicaments).

La part résiduelle sur les dépenses courantes, consacrée à l'épargne ou à l'investissement du fait du migrant lui-même est consacrée à l'éducation, au financement d'une AGR, à l'épargne ou au remboursement d'un crédit et l'investissement dans l'habitat.

En réduisant la pression de la dépense quotidienne sur les ménages récipiendaires, l'argent reçu permet la mise en place de stratégies de réduction des risques et d'investissement pour les familles récipiendaires. La régularité des transferts en fréquence et montants et leur propension à augmenter pour compenser les périodes de crises ou de soudures sont alors déterminantes.

Les transferts reçus contribuent ainsi à la réduction de la pauvreté et de la vulnérabilité pour les ménages récipiendaires.

Tableau N°40: Statistiques sur envois de fonds des travailleurs (en millions de F CFA)

RUBRIQUES	2005	2006	2007	2008
Envois de fonds des travailleurs	80 802	100 707	154 872	184 712
via transferts rapides (Western Union, Money Gram, etc.)	59 891	81 995	123 254	131 959
via transferts bancaires	15 452	10 822	19 565	41 908
via change manuel et billets externes	5 459	7 890	12 053	10 845

Source : Etude de capitalisation des initiatives et mécanismes en matière de transferts de fonds au Mali 25 mars 2010

Par ailleurs, la Zakat constitue un transfert de ressources monétaires et non monétaires important. Une meilleure utilisation de ce transfert pour la réduction de la pauvreté et la vulnérabilité reste un défi.

4.2. La consolidation des mécanismes formels de protection sociale

Les mécanismes existants pour garantir aux maliens l'accès financier à des soins de santé de qualité sont maigres. Et le faible taux de couverture du risque maladie tient dans son modèle de financement de la protection sociale qui s'inspire du système bismarckien. Dans ce modèle, prévaut le principe d'assurance liée au travail. En effet, la protection sociale est accordée en contrepartie d'une activité professionnelle, elle est obligatoire pour les seuls salariés. Ce qui justifie qu'au Mali, où le financement est assuré par des cotisations sociales, plus de 80 % de la population sont laissées en rade par le système d'assurance maladie parce qu'évoluant soit dans le secteur primaire soit dans le secteur informel.

Pour produire un système qui répond à ces vulnérabilités et capable de créer un environnement protectif pour les pauvres en général et les enfants en particulier, il faut :

- renforcer les capacités des familles et des communautés à s'occuper des personnes vulnérables et à les protéger ;
- apporter un appui budgétaire et soutenir des politiques d'assistance sociale ciblant les plus exclus ;
- garantir aux enfants la connaissance de leurs droits par rapport à la maltraitance et à l'exploitation ;
- garantir la disponibilité des services sociaux de base pour tous sans discrimination ; et
- suivre le rapportage transparent des maltraitances et de l'exploitation.

Ces éléments, placés dans un système de protection sociale plus large, contribuent à la prévention de la vulnérabilité des pauvres et à la réalisation des droits humains, partant du bien-être social. La bonne gouvernance et la gestion financière publique efficace sont aussi 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, les stratégies de secteur et la décentralisation.

4.3. Défis du financement de la protection sociale

La protection sociale comprend différentes options financières et organisationnelles ayant pour but de fournir des ensembles de prestations suffisants pour protéger les intéressés contre le risque de maladie et les charges financières et autres graves problèmes qui en résultent.
Chaque mécanisme de financement implique normalement la mise en commun des risques entre les personnes couvertes, et un grand nombre d'entre eux incluent explicitement des systèmes de subvention des pauvres par les riches.

Le financement durable de la Protection Sociale nécessite :

4.3.1. l'existence dans le Budget de l'Etat d'une marge appelée « espace budgétaire »

L'espace budgétaire peut être défini comme « l'espace dans le budget d'un Etat qui lui permet de fournir des ressources pour un but voulu, sans mettre en danger la durabilité de sa position financière, ni la stabilité de l'économie ». Le raisonnement de fond est qu'un tel espace doit exister ou doit être créé pour que le gouvernement puisse augmenter les dépenses dans des domaines de priorité nationale, y compris la protection sociale, d'une manière durable.

Il est évident que pour le Mali, l'espace budgétaire soit particulièrement difficile à créer ou à conserver, à cause de tous les aléas internes et externes, y compris l'actuelle crise financière mondiale. Cependant, le besoin de protéger les personnes les plus pauvres et les plus vulnérables des chocs dus à la crise souligne l'importance des dépenses de protection sociale et du renforcement des programmes de protection sociale (là où ils sont faisables sur le plan budgétaire et politique) dans les pays où ils sont encore faibles, comme c'est le cas au Mali et dans la plupart des pays de l'Afrique.

La question clef pour le Mali comme la plupart des pays de l'Afrique de l'Ouest et du Centre, exceptés certains pays riches en pétrole du Golfe de Guinée, n'est pas de savoir s'il possède un excédent de fonds à dépenser aujourd'hui, mais plutôt s'il a la capacité de construire graduellement cet espace, en essayant de mobiliser des fonds équivalents à 2 ou 4% du PIB sur les 5 à 10 prochaines années.

4.3.2. l'existence dans le Budget de l'Etat d'une marge appelée « espace fiscal »

L'espace fiscal peut être défini comme « la possibilité pour un Etat d'accroître ses ressources intérieures pour faire face à un objectif déterminé, sans mettre en danger la durabilité de sa position financière, ni la stabilité de l'économie ». Trois questions viennent à l'esprit :

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'exercice 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.

Les mécanismes importants pour « produire » **l'espace fiscal** sont : des revenus accrus (mobilisation de ressources), une redistribution des dépenses et l'accroissement de l'aide. Les seuls moyens véritablement durables de créer l'espace fiscal additionnel, à la portée du

gouvernement, sont la mobilisation et la 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-discrétionnaires, 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 augmentation des **recettes fiscales** en tant que proportion du PIB. La croissance du PIB s'était affaiblie dans ces dernières années et est tombée considérablement en deçà des attentes du CSLP (au-dessous de 3% en 2007).

Un certain redressement s'est opéré dans le courant des dernières années (5% en moyenne) sans atteindre le niveau de croissance de 7%, qui est la prévision du CSCRP 2007-2011.

Le Plan d'Action Gouvernemental d'Amélioration et de Modernisation de la Gestion des Finances Publiques PAGAM/GFP, deuxième génération prévoit une augmentation des recettes fiscales en augmentant la base fiscale des revenus et aussi en améliorant l'efficacité d'imposition et de recouvrement. Selon le FMI, le Mali a effectivement déjà réalisé des augmentations importantes de revenus au cours d'années récentes comme résultat de l'amélioration de l'administration fiscale et des bases d'imposition aussi bien directe qu'indirecte. Cela est susceptible de générer des ressources fiscales additionnelles pour le Gouvernement.

Sur les trois derniers exercices budgétaires, les recouvrements et prévisions de recettes des deux services principaux pourvoyeurs de fonds du Trésor Public à savoir la Direction Générale des Douanes (DGD) et la Direction Générale des Impôts (DGI) ont évolué comme suit :

Tableau N°41: Evolution des recouvrements de recettes 2010 et 2011, et prévisions 2012

Recettes en millions de francs CFA				
Services		**Recettes 2010**	**Recettes 2011**	**Prévisions 2012**
DGD		280 000	300 945	324 500
DGI		370 000	415 534	495 200
Total des recettes budgétaires ordinaires		778 077	823 995	979 200
%	DGD	35,99%	36,52%	33,14%
	DGI	47,55%	50,43%	50,57%

Source : Lois de finances initiales et rectifiées 2010 à 2012

Il en résulte, selon les cadres de la DGI, que l'espace fiscal existe et peut encore être développé, si l'on sait que le taux de pression fiscale au Mali est inférieur à celui préconisé par l'UEMOA (14,8% contre 17%). La volonté politique reste alors le facteur déterminant pour l'accroissement des inscriptions en faveur du secteur de la protection sociale.

4.3.3. Réallocation des dépenses des moindres priorités vers les plus grandes pour améliorer l'efficience

L'espace fiscal est un concept progressiste et dynamique qui reflète les augmentations progressives des ressources disponibles pour l'allocation parmi les priorités en compétition pour des budgets futurs, donc la question clé n'est pas tant le montant de l'espace fiscal existant actuellement, que 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.

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 pourrait 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 à plus long terme. Dans certains cas, de tels financements sont « assignés » c'est-à-dire inscrits dans une loi de programmation 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.

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. Les dépenses courantes pour la protection sociale sont très faibles. 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 indiquent 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 commencent à figurer plus en ligne de front dans l'ordre du jour des politiques.

Tableau N°42: Cadre Budgétaire à Moyen Terme (CBMT) 2012 - 2014 ratios globaux par axe et par secteur activité[30] en pourcentage.

	Désignation	Année					
		2009	2010	2011	2012	2013	2014
1	**Gouvernance & Pouvoirs Publics**	**21,91**	**19,9**	**20,67**	**19,13**	**18,38**	**17,87**
2	**Renforcement du Secteur Social**	**36,15**	**33,85**	**37,01**	**35,3**	**35,69**	**35,07**
	EDUCATION DE BASE	13,39	11,47	14,26	13,47	13,41	13,07
	ENSEIG. SEC. SPERIEUR& RECH. SCIENTIFIQUE	5,87	6,61	5,82	5,57	5,51	5,33
	CULTURE JEUNESSE ET SPORT	1,47	1,42	1,31	1,31	1,31	1,27
	SANTE	7,85	7,61	8,39	7,89	7,99	7,87
	SECTEURS SOCIAUX	***3,71***	***3,63***	***3,42***	***3,27***	***3,27***	***3,19***
	EMPLOI	0,85	0,71	0,65	0,62	0,61	0,6
	APPROVISIONNEMENT EN EAU POTABLE	3,01	2,4	3,16	3,17	3,59	3,74
3	**Développement Infrastructures & Secteur Productif**	**30,05**	**35,71**	**30,29**	**31,22**	**33,39**	**34**
4	**Dette**	**4,52**	**4,44**	**7,04**	**6,13**	**5,91**	**5,87**

[30] Seul le Secteur Social est développé dans ce tableau

5	**Non Reparti**	**7,38**	**6,1**	**4,99**	**8,22**	**6,63**	**7,19**
6	**Total Général**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**

Source : DGB : CBMT 2012 - 2014

Le CBMT établi par la Direction Générale du Budget en 2011 pour période 2012 – 2014 fait ressortir une volonté de renforcement du secteur social. Sa part dans les prévisions est supérieure à 35% pour toutes les années, sauf en 2010 où elle a été de 33,85%.

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 en faveur de mécanismes potentiellement efficaces de protection sociale.

Le rapport de l'UNICEF intitulé : « Espace budgétaire pour une protection sociale renforcée en Afrique de l'Ouest et du Centre » indique *que «* Une allocation ciblée sur les ménages pauvres, utilisant un mécanisme indirect d'évaluation des ressources des ménages (proxy means test), pourrait être fournie pour un coût d'environ 3,2% du PIB, ce qui n´est guère à la portée de l'État étant donné que cela équivaut à l'ensemble des dépenses annuelles de la santé publique du Mali. Seule une initiative de moindre envergure (ciblant peut-être les ménages extrêmement pauvres et à un niveau de transfert plus limité) serait envisageable à court et moyen termes ».

La pérennisation du financement de la protection sociale au Mali se fera à travers une amélioration de l'organisation du secteur formel aboutissant à une augmentation de sa capacité contributive et à une formalisation progressive et soutenue du secteur informel touchant la plus grande proportion de la population, surtout rurale afin que celle-ci aussi puisse également jouir de cette solidarité nationale.

En tout état de cause, le pauvre doit être perçu non comme un simple bénéficiaire d'action, mais comme moteur du changement, véritable agent investisseur et entrepreneur actif.

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 qui selon le FMI, sont lourdement tributaires de l'aide. 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 femmes et 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 les bailleurs dans le secteur de la protection sociale. Ce qui 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 réserver des

surprises.

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 la dépense publique à mettre en place pour s'assurer que les ressources sont utilisées efficacement et de façon efficiente, parvenant aux bénéficiaires ciblés afin de maximiser les résultats. Selon des évaluations récentes du FMI et de la Banque Mondiale, le Mali, grâce à la mise en œuvre effective du PAGAM/GFP et la nouvelle réglementation sur les Marchés Publics et Délégation de Services Publics a fait des pas positifs en améliorant ses procédures de gestion des finances publiques, bien qu'il ait toujours beaucoup du chemin à faire.

4. 3.4 Défis et perspectives selon les enquêtés

4.3.4.1. Le point de vue des structures

Comme défis, les résultats de l'enquête terrain placent en première position « l'amélioration des services sociaux de base » avec 23,4%. Puis vient la « planification, suivi et évaluation » avec 18,4% ; la troisième place est pour « Renforcement des acquis, appuis aux organes » avec 17,5% ; « Mise en œuvre de politique/stratégie » occupe la cinquième place avec seulement 11,5%. Une proportion assez significative ne s'est pas prononcée (12,1%).

Tableau N°43: Défis actuels des Structures dans le domaine de la protection sociale

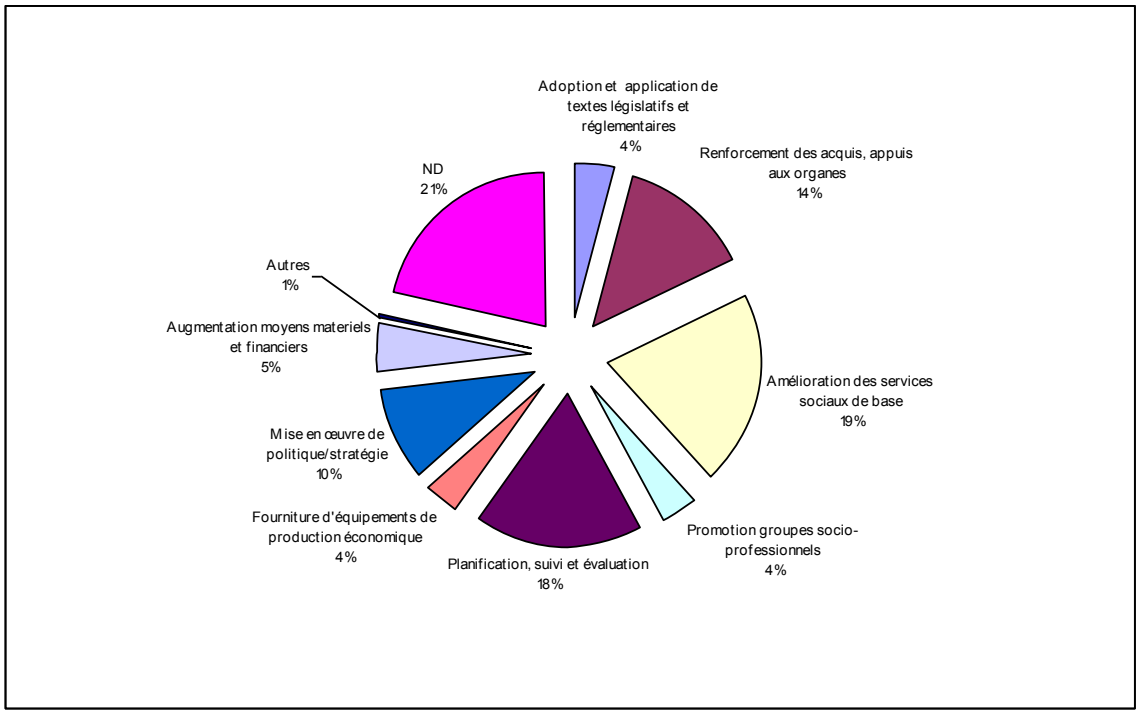
Défis actuels des Structures	Total	
	Effectif	%
Adoption et application de textes législatifs et réglementaires	23	3,5
Renforcement des acquis, appuis aux organes	115	17,5
Amélioration des services sociaux de base : Amélioration du logement, Amélioration de l'emploi	154	23,4
Promotion groupes socio- professionnels	36	5,5
Planification, suivi et évaluation (planification, prévention, prospective, coordination, mise en place dispositifs d'intervention)	121	18,4
Fourniture d'équipements de production économique	24	3,6
Mise en œuvre de politique/stratégie	76	11,5
Augmentation des moyens matériels et financiers	26	3,9
Autres	4	0,6
ND	80	12,1
Total	**659**	**100,0**

Source : Enquête ad hoc sur la protection sociale 2011

Défis futurs des Structures dans le domaine de la protection sociale

Parmi les défis futurs, sur un total de 689 réponses, on constate que les Non Déclarés sont en première position avec 127 réponses soit 21,6% ce qui signifie que les structures enquêtées n'ont pas une bonne perception des défis futurs qui les attendent dans le cadre de la protection sociale. « L'Amélioration des services sociaux de base : Amélioration du logement, Amélioration de l'emploi » vient en seconde position avec un effectif de 119, soit 20,2% et est le premier défi déclaré. La « Planification, suivi et évaluation (planification, prévention, prospective, coordination, mise en place de dispositifs… » est le second défi futur déclaré avec 104 réponses soit 17,7%. Le « Renforcement des acquis, appuis aux organes » vient en troisième position avec 14,1%.

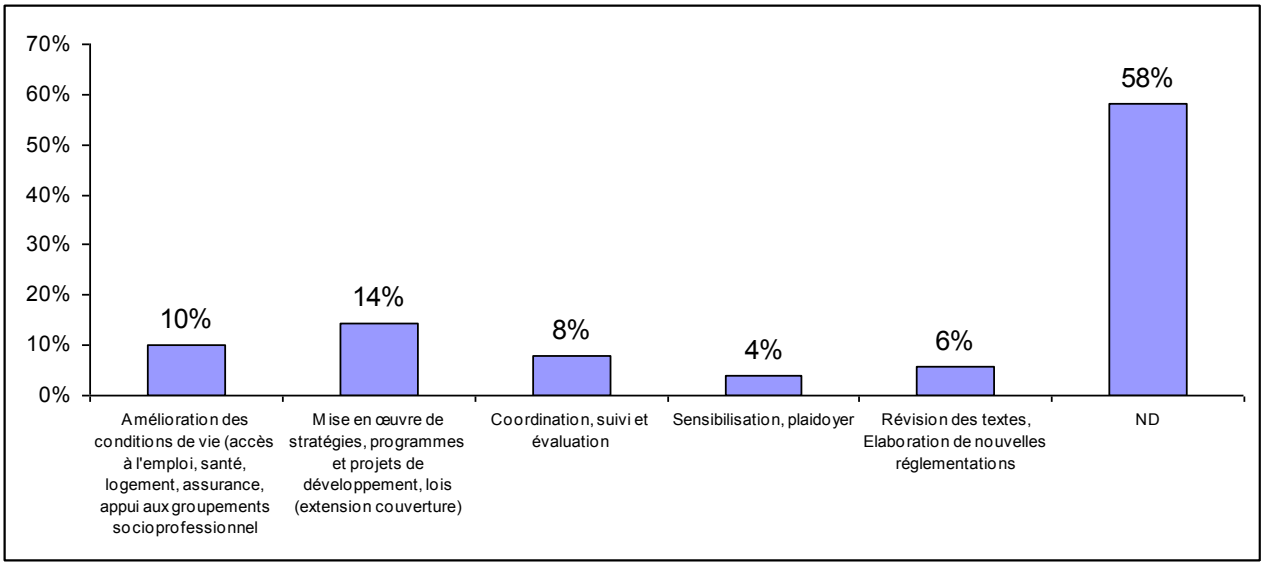
Graphique N°15 : Défis futurs des Structures dans le domaine de la protection sociale



Source : Enquête ad hoc sur la protection sociale, 2011

Concernant les perspectives en matière de réglementation de la protection sociale, plus de la moitié (58%) ne se sont pas prononcée ; ce qui pourrait se traduire par la faible maîtrise de la thématique par les sujets enquêtés. Malgré cette faible maîtrise 14% des structures enquêtées déclarent que l'élaboration de textes de lois en matière d'extension couverture de protection sociale demeure la première préoccupation. Suit « l'Amélioration des conditions de vie (accès à l'emploi, santé, logement, assurance, appui aux groupements socioprofessionnels) » avec 9,9%.

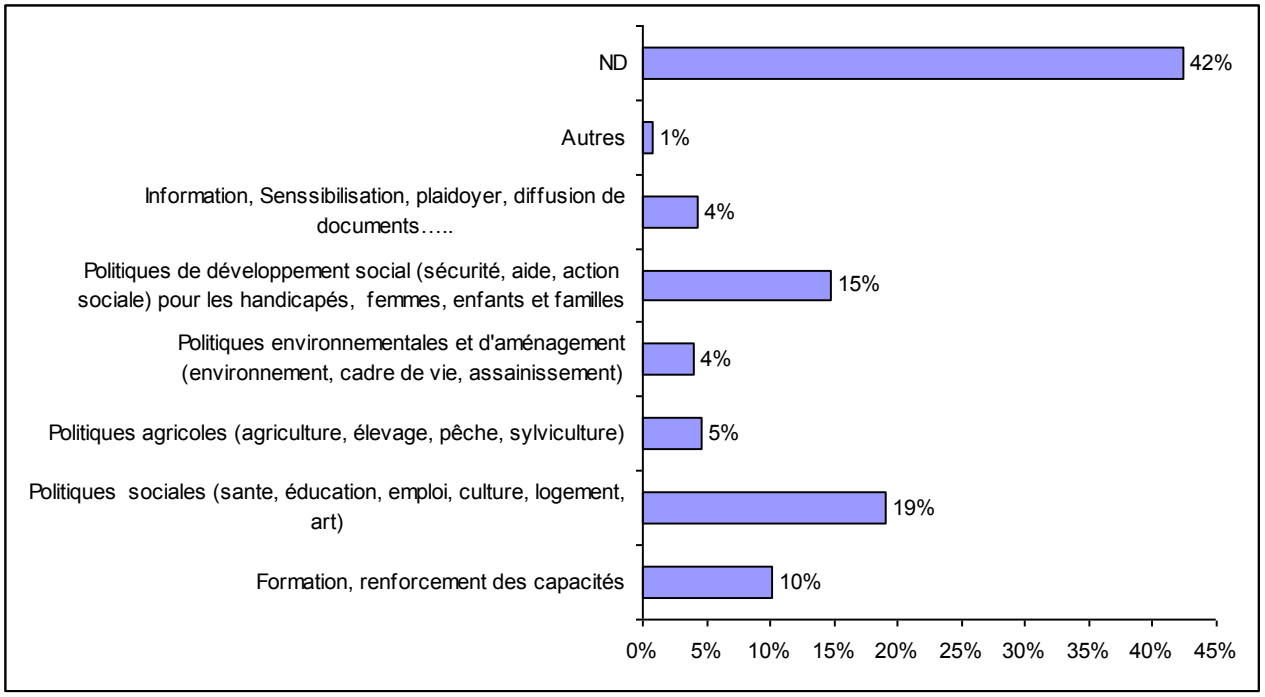
Graphique N°16 : Perspectives des structures en matière de réglementation dans le domaine de la protection sociale



Source : Enquête ad hoc sur la protection sociale, 2011

Pour les perspectives en matière de politiques et stratégies, 42% des structures ne se sont pas prononcées, ce qui pourrait s'expliquer par la difficulté d'établir le lien entre les politiques sectorielles (santé, éducation, emploi, culture, logement, art) » qu'elles mènent. Cependant 19% ont déclaré avoir des perspectives sur ces politiques sectorielles et 15% pour les « Politiques de protection sociale (sécurité, aide, action sociale) pour les handicapés, femmes, enfants et familles ». On constate que la rubrique « Politiques environnementales et d'aménagement (environnement, cadre de vie, assainissement) » n'est cotée que de 4%.

Graphique N°17 : Perspectives des structures en matière de politiques et de stratégies dans le domaine de la protection sociale



Source : Enquête ad hoc sur la protection sociale, 2011

4.3.4.2. Les attentes des bénéficiaires par rapport à l'amélioration des prestations reçues

L'attente majeure des bénéficiaires est l'augmentation du montant des prestations reçues avec 38%. Amélioration des conditions de vie/adoption des stratégies visant à la réduction de la pauvreté est la deuxième préoccupation avec 14%. Faciliter l'accès aux prestations et améliorer l'organisation vient en troisième position avec 10%.

Par rapport aux différentes modalités, les préoccupations des hommes et des femmes ne sont pas les mêmes. Pour l'augmentation du montant des prestations reçues, les hommes sont plus favorables (51,2%) que les femmes (48,8%). Pour le renforcement de la sensibilisation les hommes sont plus favorables avec 76% contre 24 pour les femmes. Pour « Création d'emploi, AGR», par contre ce sont les femmes qui sont plus favorables avec 67% contre 33% pour les hommes.

Tableau N°44: attentes des bénéficiaires par sexe

Proposition en termes d'amélioration des prestations reçues	Sexe du bénéficiaire					
	Masculin		Féminin		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Amélioration des prestations reçues (augmenter montants prêts, allocations, autres prestations)	111	51,2	106	48,8	217	38%
Création d'emploi, AGR,	7	33,3	14	66,7	21	4%
Acquisition de matériels/équipements de travail, moyen de déplacement	12	57,1	9	42,9	21	4%
Insertion socio-économique des personnes handicapées.	6	50,0	6	50,0	12	2%
Renforcement de la sensibilisation	22	75,9	7	24,1	29	5%
Extension de la couverture, prise en charge	26	59,1	18	40,9	44	8%
Amélioration des conditions de vie/Adoptions des stratégies visant à la réduction de la pauvreté	41	49,4	42	50,6	83	14%
Entreprendre l'élargissement de la couverture de l'AMO à d'autres couches	5	62,5	3	37,5	8	1%
Faciliter l'accès aux prestations, améliorer l'organisation	32	54,2	27	45,8	59	10%
Accroitre le nombre d'adhérents, sensibiliser	9	81,8	2	18,2	11	2%
Lutte contre la pauvreté et la mendicité	5	45,5	6	54,5	11	2%
Autres	4	50,0	4	50,0	8	1%
ND	22	44,0	28	56,0	50	9%
Total	**302**	**53%**	**272**	**47%**	**574**	**100%**

Source : Enquête ad hoc sur la protection sociale, 2011

L'analyse par types de protection sociale par rapport aux préoccupations majeures révèle que pour :

- l'augmentation du montant des prestations 65,4% sont en faveur de la sécurité sociale, 18,4% pour l'aide sociale et 16,1% pour l'action sociale ;

- l'amélioration des conditions de vie/adoptions des stratégies visant à la réduction de la pauvreté 53% sont en faveur de la sécurité sociale, 24,1% pour l'aide sociale et 22,9% pour l'action sociale ;

- la facilitation de l'accès aux prestations et à l'amélioration de l'organisation 66,1% sont en faveur de la sécurité sociale, 16,9% pour l'aide sociale et 16,9% pour l'action sociale.

Tableau N°45: Attente des Bénéficiaires en termes d'amélioration des prestations reçues selon le Type de Prestation

Proposition en termes d'amélioration des prestations reçues	**Type de Prestation Reçue**							
	Sécurité Sociale		**Aide Sociale**		**Action Sociale**		**Total**	
	Effectif	**%**	**Effectif**	**%**	**Effectif**	**%**	**Effectif**	**%**
Amélioration des prestations reçues (augmenter montants prêts, allocations, autres prestations)	142	65,4	40	18,4	35	16,1	217	100,0
Création d'emploi, AGR,	4	19,0	7	33,3	10	47,6	21	100,0
Acquisition de matériels/équipements de travail, moyen de déplacement			9	42,9	12	57,1	21	100,0
Insertion socio-économique des personnes handicapées.			10	83,3	2	16,7	12	100,0
Renforcement de la sensibilisation	18	62,1	7	24,1	4	13,8	29	100,0
Extension de la couverture, prise en charge	28	63,6	10	22,7	6	13,6	44	100,0
Amélioration des conditions de vie/Adoptions des stratégies visant à la réduction de la pauvreté	44	53,0	20	24,1	19	22,9	83	100,0
Entreprendre l'élargissement de la couverture de l'AMO à d'autres couches	7	87,5			1	12,5	8	100,0
Faciliter l'accès aux prestations, améliorer l'organisation	39	66,1	10	16,9	10	16,9	59	100,0
Accroitre le nombre d'adhérents, sensibiliser	9	81,8	2	18,2			11	100,0
Lutte contre la pauvreté et la mendicité	4	36,4	5	45,5	2	18,2	11	100,0
Autres	4	50,0	2	25,0	2	25,0	8	100,0
ND	26	52,0	16	32,0	8	16,0	50	100,0
Total	**325**	**56,6**	**138**	**24,0**	**111**	**19,3**	**574**	**100,0**

Source : Enquête ad hoc sur la protection sociale, 2011

Qui devrait financer la protection sociale? , la réponse est majoritairement : « Etat/Gouvernement/Caisses de sécurité sociale/Services de santé publics » avec 47,6%. Les réponses sont assez largement reparties entre les autres sources de financement avec cependant une préférence indiquée pour « les ONG, associations/société civile » 14% ; et les « Individus/Personnes elles-mêmes/Bénéficiaires/Travailleurs » 9,1%. Les collectivités ne viennent qu'en sixième position avec 3,8%.

Tableau N°46: Acteurs finançant la protection sociale

Etat/Gouvernement/Caisses de sécurité sociale/Services de santé publics	360	47,6%
Individus/Personnes elles-mêmes/Bénéficiaires/Travailleurs	69	9,1%
Personnes de bonne volonté	20	2,6%
ONG, associations/société civile	106	14,0%
PTF	64	8,5%
Pays riches/Personnes riches	58	7,7%
Collectivités	29	3,8%
Entreprises/Services privés/opérateurs économiques	19	2,5%
Leaders religieux	3	0,4%
Toute la population	17	2,2%
Assurances	6	0,8%
Autres	6	0,8%
Total	757	100,0%

Source : Enquête ad hoc sur la protection sociale, 2011

4.4. La gestion de la protection sociale : mécanismes institutionnels

4.4.1. Le Cadre organisationnel et institutionnel

Au Mali, les autorités ont mis en place un cadre institutionnel en vue de réaliser les droits économiques, sociaux et culturels. Ce cadre institutionnel comprend :

a) Pour le droit au travail et à la protection sociale : les ministères en charge du travail, de l'emploi, le Ministère du Développement Social de la Solidarité et des Personnes Agées avec leurs différentes structures centrales et déconcentrées et leurs politiques et programmes sectoriels ;
b) Pour le droit à l'alimentation : le Commissariat de la Sécurité Alimentaire et certains Départements ministériels concernés par la question notamment les ministères en charge de l'agriculture, de l'élevage et de la pêche, de l'eau et l'assainissement, de la qualité sanitaire des aliments et leurs démembrements ;
c) Pour le droit au logement et accès à la terre : le ministère du Logement des Affaires Foncières et de l'Urbanisme ;
d) Pour le droit à la santé : les ministères en charge de la santé avec le PDDSS et le PRODESS ;
e) Pour le droit à l'éducation : les ministères en charge de l'éducation et de la formation professionnelle avec le PRODEC.

A cela s'ajoutent les interventions des Associations/ONG nationales et internationales. On constate une multitude et une diversité des structures chargées de la protection sociale d'où la nécessité de la création d'un organe de suivi technique et de coordination intersectorielle et décentralisée afin d'assurer la synergie dans la mise en œuvre des programmes de protection sociale. .

4.4.2. La gestion technique

Les problèmes économiques que traversent le Mali et les programmes successifs d'ajustement structurel se sont traduits par une baisse du nombre des employeurs et des travailleurs soumis aux régimes de protection sociale.

De même, depuis la mise en place de ces régimes, l'évolution de la couverture sociale au niveau des champs d'application personnel et matériel n'est pas encore très significative. Le système ne peut, par conséquent, bénéficier de ressources supplémentaires pouvant être générées par la création de nouveaux régimes ou l'extension de ceux qui existent à d'autres couches de la population. Toutes les mesures pour améliorer les ressources et faire face aux changements croissant des régimes qui ont tous atteint leur limite doivent être centrées sur le déplafonnement de l'assiette et/ou le relèvement du taux des cotisations.

4.4.3. L'exercice de la tutelle et les mécanismes de contrôle

L'Etat exerce ses prérogatives de tutelle à travers le ministère en charge de la prévoyance sociale et celui des finances. Dans le cadre de sa mission qui consiste à définir, ajuster et contrôler les politiques nationales de la prévoyance sociale, l'Etat du Mali opère des contrôles à priori et à posteriori sur les délibérations du Conseil d'Administration. Il dispose également d'un pouvoir de nomination des dirigeants ou d'approbation des personnes appelées à remplir certaines fonctions (Administrateurs, Directeur Général et Adjoint, Agent comptable, Contrôleur Financier, Commissaires aux comptes, etc.). Enfin, l'exercice tutélaire consiste à faire opérer des contrôles de régularité à travers les différents corps de l'Etat tels que l'Inspection des Finances, le Contrôle Général des Services Publics, le Bureau du Vérificateur Général, la Section des Comptes de la Cour Suprême et les auditeurs externes.

4.5. Les nouveaux défis de la protection sociale : La situation sécuritaire au nord du Mali

4.5.1. La situation des personnes déplacées et réfugiées

A la date du 5 juin 2012, au moins 370 000 Maliens des 3 régions du Nord ont fui leur domicile depuis mi-janvier (soit plus de 28% de la population de ces 3 régions). 45% de ces personnes ont cherché refuge dans le reste du pays (167 000) et 55% dans les pays frontaliers de ces 3 régions (plus de 203 000 réfugiés : Mauritanie, 67 000 ; Burkina Faso, 65 000 ; Niger 41 000; Algérie, + de 30 000). Ces chiffres sont à prendre avec précaution compte tenu des incessants mouvements de population.

La collecte de données avec certains départements ministériels, la société civile et les agences des Nations unies en charge de l'action humanitaire donne la situation suivante à la date du 15 septembre 2012 dans le tableau ci-après :

Tableau N°47 : Situation des personnes déplacées

Régions	Personnes déplacées	Hommes	Femmes	Enfants
Kayes	1 741	957	784	633
Koulikoro	3 336	1 534	1 802	1 920
Sikasso	9 309	4 963	4 346	1 462
Ségou	16 890	7 780	9 110	5 336
Mopti	39 830	20 682	19 148	10 308
Bamako	13 296	4591	8705	7 327

TOTAL	84 402	40 507	43 895	26 986

Source : MAHSPA 2012

Ces personnes, en majorité des femmes et des enfants, sont en général prises en charge par des familles d'accueil. Mais si les déplacés restent plusieurs mois dans ces familles sans trouver une source de revenus, ces familles d'accueil pourraient voir leur niveau de vie baisser significativement.

L'Etat, les partenaires au développement, les personnes ressources et les organisations caritatives viennent en aide aux déplacés (aides financière, matérielle, alimentaire et psychologique). Ces dons sont gérés au niveau du gouvernement par la Commission interministérielle de gestion de la Crise au Nord du Mali, créée le 14 mai 2012. Cette Commission est présidée par le Ministre de l'Action Humanitaire de la Solidarité et des Personnes Agées. Mais il existe d'autres acteurs chargés de la collecte et de la distribution des dons. Il importe donc pour un souci d'efficacité et d'efficience de procéder à une meilleure organisation du circuit de collecte et de distributions des aides. Des programmes de transferts sociaux (transfert monétaire, transfert alimentaire, HIMO….) pourraient être également envisagés afin de mieux soutenir les populations victimes de ces événements dramatiques.

Tableau N°48: Répartition par académie des élèves déplacés suite au conflit au Nord du Mali

Académies	**Effectifs 1er cycle**	**Effectifs 2ème cycle**	**Total**	**Effectifs candidats DEF***
Kayes	6	12	18	7
Kita	1	4	5	1
Nioro	0	2	2	2
Koulikoro	12	24	36	14
Kati	146	170	316	110
Sikasso	14	40	54	27
Bougouni	37	27	64	12
Koutiala	74	45	119	27
Ségou	237	195	432	94
San	121	86	207	51
Mopti	100	102	202	56
Douentza	0	0	0	0
Bamako RD	242	302	544	207
Bamako RG	156	72	228	75
Total	**1146**	**1081**	**2227**	**683**

Source : CPS Education * Le DEF est le diplôme de fin du cycle du 2ème cycle du fondamental.

4.5.2. Les conséquences économiques, sociales et humanitaires

La situation sécuritaire au Nord du Mali est l'un des principaux facteurs qui ont largement contribué à la détérioration des mécanismes de protection sociale existants. En effet, le conflit armé au Nord du Mali et les événements de mars et avril 2012 ont entraîné de nombreuses pertes d'emplois (formels et informels), en particulier dans les régions du Nord. Ces pertes d'emplois sont consécutives entre autres à la (i) fermeture temporaire ou définitive d'hôtels, restaurants et commerces et autres entreprises du secteur tertiaire; (ii) au ralentissement de l'activité de nombreuses entreprises du secteur secondaire; (iii) à la suspension des activités de la plupart des partenaires au développement. Il en a résulté une perte de revenu et une hausse généralisée du prix des produits de consommation de base. Les couches vulnérables sont les plus affectées. Selon les statistiques nationales les prix du mil et du sorgho, qui constituent la base de l'alimentation pour la majorité de la population, se sont élevés de 14 à 15% de mars à avril 2012 (contre une hausse habituelle de 3 à 5% à cette période de l'année).

Afin d'atténuer la gravité de la situation pour les plus vulnérables, le Gouvernement du Mali a prolongé jusqu'en août 2012 les exonérations (TVA et droits de douanes) accordées en mars 2012 sur les importations de riz et de maïs. En revanche, le Gouvernement a décidé d'augmenter à partir du 15 mai le prix des carburants et combustibles de 10 FCFA/litre. Cette hausse qui contribue à assurer l'approvisionnement du pays en ressources énergétiques est en même temps un facteur de renchérissement des prix des produits de consommation.

En plus de ces aspects économiques, l'accès aux services sociaux de base en particulier l'accès aux soins de santé et à l'éducation et le respect des droits humains restent une préoccupation de taille pour les populations du Nord.

Accès aux soins de santé

La fermeture de plus de 90% des centres de santé dans ces régions et les difficultés d'approvisionnement en médicaments ont réduit les efforts et acquis en matière de développement sanitaire entraînant du coût des problèmes de santé publique.

Au mois de mai 2012, un convoi humanitaire conduit par le Haut Conseil Islamique a acheminé des médicaments et autres produits de première nécessité aux populations vivant dans ces zones sous influence de groupes armés. D'autres actions du même genre ont suivi cette initiative. Cependant, il est difficile de savoir si les produits acheminés sont réellement distribués aux populations civiles, étant donné qu'aucune vérification indépendante ne peut être effectuée. Il existe ainsi un risque que les produits acheminés bénéficient plus aux groupes armés.

Accès à l'éducation

Un Plan d'Actions d'urgence a été élaboré pour prendre en charge les élèves déplacés. Au 31 mai 2012, 2 227 élèves déplacés ont été recensés et pris en charge au niveau de l'enseignement fondamental. Parmi eux, 1 146 élèves sont au 1er cycle de l'enseignement fondamental et 1 081 élèves au second cycle. La plupart de ces élèves sont pris en charge dans les académies de Bamako (34,6%) et Ségou (19,3%). Il est probable que le nombre réel d'élèves déplacés et pris en charge au fondamental soit bien plus élevé, étant donné que le recensement n'est pas exhaustif. Pour les élèves du secondaire général, technique et professionnel, aucun chiffre n'était disponible à la date du 31 mai 2012.

La prise en charge de ces élèves est facilitée par le fait que de nombreux enseignants et élèves-maîtres ont également quitté le Nord du Mali (882 recensés pour les premiers et 1275 pour les seconds).

Promotion des droits humains

Les organisations humanitaires ont fait cas de violations de droits des populations dans les zones occupées. On peut citer entre autres, i) les viols, souvent collectifs de femmes et de jeunes filles (y compris les mineures) commis par des groupes armés, ii) les exécutions sommaires de militaires faits prisonniers, iii) l'incorporation d'enfants dans les rangs des groupes armés, iv) imposition de nouveaux comportements aux populations restées sur place (port du voile, interdiction aux femmes de se déplacer librement, fermeture des lieux de loisir, changement des habitudes vestimentaires pour les hommes, etc.), v) destruction de monuments historiques classés au patrimoine mondial et de mausolées, vi) violation du droit à l'éducation et aux soins de santé par la fermeture des écoles et des centres de santé.

CHAPITRE V CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

5.1. Conclusions de l'étude

L'objectif de cette étude est de contribuer à une meilleure orientation des politiques de développement du Mali en vue d'améliorer les conditions de vie des populations et réduire leur vulnérabilité face aux risques sociaux. Cette étude est basée principalement sur les revues documentaires, les interviews auprès des structures et les résultats des enquêtes réalisées sur le terrain. L'analyse présentée dans les chapitres précédents mène aux conclusions suivantes :

5.1.1 Conclusions générales

L'équité et la réduction de la pauvreté doivent figurer au premier plan de l'élaboration des politiques publiques, et non en marge. Il reste cependant que l'engagement politique du pays annoncé dans ce sens devra être poursuivi et concrétisé par un effort de régularité et de suite dans le processus de mise en place des différents dispositifs prévus. En effet :

- malgré une croissance constante de l'économie malienne au cours des dernières années, le niveau de pauvreté reste élevé et la situation des plus pauvres quant à leur capacité à se prendre en charge laisse encore beaucoup à désirer ;
- un taux de croissance annuel de 3,6 % et un taux de fécondité très élevé (6,6 enfants par femme) impliquent des besoins vitaux croissants à satisfaire. Etendre la protection sociale devient donc un facteur déterminant de la politique de développement socio-économique du pays, pour éviter que de plus en plus de personnes (notamment les femmes et les enfants) ne tombent dans la précarité ;
- au niveau international, des initiatives pertinentes en matière de protection sociale ont été développées ces dernières années. L'intérêt dans la formulation et la mise en œuvre de stratégies et de programmes de protection sociale cohérents commence à augmenter au sein de la communauté des bailleurs. La Banque Mondiale, le BIT et l'UNICEF sont en pointe et travaillent étroitement avec le Gouvernement du Mali en vue de soutenir le développement de la protection sociale dans le pays ;
- comme le montre l'étude, les acteurs au Mali n'ont pas toujours une compréhension précise et identique des différentes formes de protection sociale au Mali, ce qui conduit à des appréciations diverses quant à leurs propres rôles et responsabilités ;
  Cependant, il existe un grand potentiel de solutions en faveur des pauvres et les récentes réformes ne constituent qu'une partie de l'innovation et du développement possible de nouveaux produits et services.

5.1.2 Conclusions spécifiques1 : Evolution de la politique de développement social

La solidarité qui existe au Mali depuis la société traditionnelle est le fondement de la politique de protection sociale. Celle-ci est en mutation continue même si son fondement qui consiste en la défense des plus pauvres et des personnes vulnérables demeure immuable.

- les pauvres sont parmi les plus vulnérables, mais tous les vulnérables ne sont pas pauvres. D'autres concepts comme la marginalisation ou d'exclusion sociale en lien avec les facteurs ethniques, religieux ou de genre peuvent intervenir ;

- Au Mali la définition de la protection sociale regroupe les régimes de sécurité sociale, l'aide sociale, l'action sociale, les transferts sociaux (filets sociaux), la mutualité et les assurances. Quant aux sujets enquêtés, quels que soient leur sexe, leur appartenance géographique, et la branche d'activité, ils ont à défaut d'une définition littéraire, fait ressortir des traits communs

qui révèlent que la PS englobe un sous ensemble de mesures prises par les pouvoirs publics et mises en œuvre par les services de l'État ou des organismes privés, en vue de faire face aux risques, à la vulnérabilité et à la pauvreté chronique ;

- Il ressort de l'analyse des enquêtes de terrain que la protection sociale couvre l'ensemble des branches d'activité. L'intervention de l'Etat en matière d'aide et d'action sociale est règlementée par des textes législatifs et réglementaires qui offrent l'avantage de traduire la volonté politique en faveur d'un développement de plus en plus effectif pour une prise en charge collective des risques individuels. Cependant ces dispositifs ne couvrent pas le risque chômage ;

- les régimes de sécurité sociale sont couverts par l'INPS et la CMSS qui voient leurs missions renforcées depuis la création du RAMED et de l'AMO. Ce dernier régime a fait l'objet de beaucoup de controverses dues essentiellement à un problème de communication préalable qui a été mal assuré ;

- la création de la Direction Nationale de la Protection Sociale et de l'Economie Solidaire en 2000 est une réforme institutionnelle qui a donné un nouveau souffle à la protection sociale en général et un développement de la mutualité en particulier avec une meilleure organisation de la tutelle et la création d'un service dédié au renforcement des capacités des acteurs de développement de la mutualité, le Centre d'Appui aux Associations, Mutuelles et Sociétés Coopératives (CAMASC) ;

- la différence des autres secteurs d'activités, l'assurance demeure très peu connue ou méconnue d'une frange importante de la population. Les usagers, ne s'adressent en général au marché de l'assurance que pour le risque automobile, à cause du caractère obligatoire de l'assurance de responsabilité civile. Alors que le secteur est très porteur et pourrait procurer des ressources de longue durée s'il bénéficiait d'un encadrement institutionnel adéquat ;

- les structures chargées de la coordination et du suivi évaluation, peinent à superviser les différentes actions menées par les nombreux acteurs. L'organe qui aurait dû en être la cheville ouvrière – le Conseil d'Orientation Stratégique de la Protection Sociale (COS-PS) – n'a pas pleinement fonctionné pour diverses raisons : (i) responsabilités insuffisamment clarifiées ; (ii) fonctionnement non planifié en termes d'activités et de ressources financières ;(iii) timidité des prises d'initiatives ; (iv) aspect transversal de la protection sociale insuffisamment pris en compte ;

- en tant que référent unique des politiques publiques, le document de stratégie de réduction de la pauvreté fédère l'ensemble des politiques, stratégies, projets et programmes de développement conduits par l'État. Il garantit non seulement leur cohérence d'ensemble, mais il requiert aussi une réelle coordination pour la mise en œuvre du CSCRP.

5.1.3. Conclusions spécifiques2 : la protection sociale et le développement humain

La protection sociale est un investissement fondamental qui contribue à la croissance économique. Elle ne doit pas être perçue seulement comme un coût mais aussi un placement indispensable qui rend la croissance plus favorable aux pauvres. Les conclusions fortes du rapport et spécifiques au développement humain sont déclinées comme suit :

- il n'existe pas une définition universelle des filets sociaux du fait de la complexité du ciblage, du choix des programmes en rapport avec les réalités locales. Les transferts qui constituent

une forme bien connue de filets sociaux représentent une part importante dans le revenu de certains ménages. Si on les supprimait, ces catégories sociales verraient leur niveau de vie se détériorer sensiblement ;

- malgré l'insuffisance de documents d'évaluation d'impact, illustrée par les résultats de l'enquête sur le terrain, et la faible capacité de certaines structures chargées de la mise en œuvre de la politique de protection sociale , l'exécution des différents projets et programmes a amélioré les conditions de vie des populations pauvres et vulnérables dans le cadre notamment de : l'accès physique aux services sociaux de base, l'accès au logement, l'appui à l'élaboration d'un plan d'actions en faveur des femmes et des filles dans le contexte du VIH au Mali, le renforcement du cadre de collaboration et de partenariat entre les différents partenaires (internes et externes) ;
- grâce l'électrification, les revenus moyens mensuels ont augmenté de façon sensible dans le milieu rural ;
- le PEJ a contribué aux efforts de développement à long terme du pays - lutte contre la pauvreté par la promotion de l'emploi - désenclavement des localités bénéficiaires et réduction de l'exode rural des jeunes ;

- il existe une corrélation négative très forte entre la détérioration de l'environnement et le développement humain. L'effort de remédiation est très faible comparé à l'ampleur des coûts environnementaux subis par le Mali ;

- du point de vue des bénéficiaires eux-mêmes, la protection sociale, peut être facteur d'autopromotion pourvu que certaines conditions soient remplies : un montant suffisant des prestations, leur qualité, la formation et l'information des bénéficiaires.

5.1.4. Conclusions spécifiques 3 : financement, défis et perspectives de la protection sociale

Avoir des revenus financiers est bien entendu très important car sans ressources, tout progrès est difficile. L'argent compte donc mais plus que son volume, il importe de connaître sa répartition et le choix des cibles. Il apparaît de plus en plus clairement que l'on peut accomplir des progrès significatifs dans d'autres domaines du développement humain sans tout miser sur la croissance économique.

- les inscriptions budgétaires en faveur du secteur protection sociale sont insuffisantes en volume, mais évoluent de façon régulière et plus vite que le budget global de l'Etat. Cependant il n'y a pas de corrélation sensible entre l'augmentation des crédits et la réduction de la pauvreté. Ce fait résulte de ce que la part la plus importante des dotations est consacrée aux dépenses administratives (fonctionnement des services publics) au détriment des dépenses techniques (transferts, autres dépenses de protection sociale) ;

- comme dans la plupart des pays en développement, il n'existe pas de marge budgétaire (espace budgétaire, espace fiscal ou possibilité de réallocation de crédits). Cependant il existe une évolution importante des recettes intérieures (Direction Générale des Impôts et Direction Générale des Douanes) sans que ce surplus ne produise une marge budgétaire pour la protection sociale du fait qu'il n'existe aucune directive contraignante pouvant conduire à une inscription supplémentaire en faveur de ce secteur ;

- les transferts privés, notamment la Zakat (transfert important de ressources monétaires et non monétaires) et plus particulièrement les transferts effectués par les émigrés, constituent un

levier important quant à la prise en charge des plus démunis et à la responsabilisation et à l'implication des expatriés dans le processus de développement du pays. Mais au Mali, plus de 75% des montants reçus sont alloués aux dépenses familiales quotidiennes (nourriture, logement, habillement, factures, soins et médicaments) ;

- les autorités ont mis en place un cadre institutionnel en vue de réaliser les droits économiques, sociaux et culturels. Ce cadre comprend une multitude et une diversité des structures chargées de la protection sociale. A cela s'ajoutent les interventions des Associations/ONG nationales et internationales. Aucun département ministériel ne maitrise le spectre complet des travaux de protection sociale au Mali et la coordination interdépartementale est faible ;

- au titre du financement à long terme de la PS, il ressort des études actuarielles réalisées en 2005 et 2006 au niveau de la CRM et de l'INPS que si rien n'est fait, le déficit de la branche vieillesse de chacune des Caisses va atteindre des proportions insoutenables. Le déficit de la CRM passerait de 18 milliards en 2006 à plus de 185 milliards en 2030. Pour l'INPS, le déficit ira croissant pour faire basculer l'INPS d'une situation globale excédentaire de 5,7 milliards en 2004 à une situation globale de déficit dans moins de 10 ans. Le déficit du régime vieillesse va atteindre 196 milliards en 2034 horizon de l'étude.

Ces constats entraînent une série de recommandations pour la conception et la mise en place d'un système de protection sociale capable de répondre aux besoins des pauvres au Mali.

5.2. Recommandations stratégiques

Etant donné la diversité des organisations (nationales et internationales) existantes au Mali et s'intéressant aux questions de protection sociale, la création de partenariats stratégiques intersectoriels se pose pour le pays.

5.2.1 Recommandations spécifiques 1 : *Evolution de la politique de développement social*

- ✓ ériger la division chargée des Assurances au niveau de la Direction Nationale du Trésor et de la Comptabilité Publique, à l'instar de certains pays, en une Direction Générale. Cette structure centrale sera chargée de l'orientation, du développement et de la surveillance du secteur ;

- ✓ poursuivre et intensifier la communication sur l'AMO et le RAMED par des voies appropriées notamment en mettant l'accent sur l'extension de la protection sociale à la majorité de la population avec l'appui de ses partenaires au Développement ;

- ✓ intégrer la composante : « filets sociaux » dans la stratégie plus large de protection sociale, et renforcer les liens entre transferts sociaux, services sociaux, assurance sociale et cadre légal à travers les programmes pluriannuels, ce qui permettrait de lutter contre la pauvreté chronique ;

- ✓ rendre plus lisible les rôles et responsabilités des différentes institutions engagées dans les filets sociaux pour faciliter les formes de collaboration avec les ministères techniques et renforcer les capacités des institutions locales (régions et cercles), investir dans le suivi évaluation (ciblage, impact, coût efficacité), pour aider à mieux définir les modes de financement des programmes de protection sociale (Budget, PTF, ONG, etc.) et développer une approche fondée sur les droits humains.

5.2.2. Recommandations spécifiques 2 : *la protection sociale et le développement humain*

- ✓ procéder à un suivi évaluation correct et à une évaluation d'impact de tous les projets/programmes de protection sociale ;

- ✓ recentrer le PEJ sur ses missions originelles avec plus de moyens afin de garantir dans le moyen et long terme un impact plus significatif sur la réduction de la pauvreté à travers la promotion de l'emploi ;

- ✓ sur l'état de l'environnement il s'agira, entre autres, de : (i) mettre en place une fiscalité environnementale nationale (au prorata des revenus, sur les pièces administratives, les tickets de transport, etc.) afin de procéder à la réparation des dommages éventuels causés à l'environnement ; (ii) impulser le transfert de compétence et des ressources de l'Etat aux Collectivités Territoriales en matière d'environnement et d'assainissement ; (iii) adopter et mettre en application les mesures juridiques visant l'interdiction de la production, de la commercialisation et de l'utilisation des sachets plastiques ; (iv) informer et sensibiliser les populations sur la gestion durable des ressources naturelles et l'amélioration du cadre de vie ;

- ✓ accéder aux principales demandes des bénéficiaires qui portent sur (i) l'amélioration de la qualité et des montants des prestations ; (ii) le suivi de la facilitation et de l'allégement des procédures d'accès aux prestations ; (ii) la mobilisation des ressources financières ; (iii) la fourniture d'équipements, de matériels de production et de moyens de déplacements ; (iv) l'information et de la sensibilisation des bénéficiaires sur les mécanismes et procédures d'accès aux prestations.

5.2.3 Recommandations spécifiques 3 : *financement, défis et perspectives de la protection*

- ✓ élaborer une annexe budgétaire comprenant une évolution des inscriptions budgétaires sur les cinq dernières années afin de permettre à l'Assemblée Nationale de visualiser les crédits effectivement alloués à la protection sociale ;

- ✓ élaborer et faire adopter une loi organique portant loi d'orientation en matière de protection sociale afin de garantir une inscription budgétaire régulière et suffisante pour ce secteur ;

- ✓ assurer une bonne gouvernance et la gestion financière publique efficace qui sont aussi cruciales pour réaliser la réduction de la pauvreté et pour améliorer les indicateurs du développement humain. La meilleure réalisation des programmes du secteur social, exigera des liens étroits entre la gestion des finances publiques, les stratégies de secteur et la décentralisation ;

- ✓ réaliser une utilisation efficiente des envois de fonds des émigrés qui selon la Banque Mondiale constituent la deuxième source de capitaux étrangers vers l'Afrique Sud Saharienne derrière l'investissement étranger direct et devant l'aide publique au développement. Il importe alors pour l'Etat de mieux réorganiser ce secteur. Des dispositions doivent être prises pour mettre en place des plans d'épargne-retraite pour les émigrés et faciliter des prêts à des taux préférentiels ou des aides aux entreprises créées grâce à des transferts de fonds. Ceci permettrait aux immigrés récemment rentrés dans leur pays d'avoir accès à des capitaux ;

- ✓ créer un organe de suivi technique et de coordination intersectorielle et décentralisée afin d'assurer la synergie dans la mise en œuvre des programmes de protection sociale ;

- ✓ au titre du financement à long terme de la Protection Sociale, p**our la Caisse des Retraites du Mali :**
- ✓ *introduire un second pilier par capitalisation :* ainsi les futurs retraités se constitueront par eux-mêmes un complément de retraite communément appelé « retraite par capitalisation » ;
- ✓ *mettre place un régime des accidents de travail et des maladies professionnelles :* en application du programme d'extension de la Protection Sociale assignée à la CRM par le Gouvernement, il est prévu la mise en place d'un régime des accidents de travail et des maladies professionnelles au profit des fonctionnaires civils, militaires et parlementaires ;

Pour l'INPS :

- *réviser les conditions d'attribution et de paiement de la pension de réversion* avec un paiement unique en y introduisant des critères d'âge et de revenu ;
- *fixer un niveau de pensions minima* dans les mêmes conditions que les pensions normales indexées sur l'inflation ;
- *plafonnement les salaires soumis à cotisation* à 750 000 F CFA par exemple pour réduire la forte disparité qui existe entre les pensions servies par l'INPS ;
- *introduire un second pilier par capitalisation* en introduisant un régime complémentaire comme 2ème pilier qui accompagne le plafonnement des salaires soumis à cotisation.

Bibliographie

Cellule de Planification et de Statistique (Ministère de la Santé), Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique (Ministère de l'Économie, de l'Industrie et du Commerce) et Macro International Inc., décembre 2007, Enquête Démographique et de Santé (EDS IV) 2006.

Institut National de la Statistique (Ministère de l'Économie, de l'Economie et des Finances), mai 2011, Enquête par grappe à Indicateurs Multiples et de Dépenses des Ménages (MICS-ELIM) 2010, Rapport préliminaire du volet ELIM.

Cellule de Planification et de Statistique du Secteur Santé, Développement Social et Promotion de la Famille (Ministère de la Santé), Institut National de la Statistique (Ministère de l'Économie, de l'Economie et des Finances), novembre 2011, Enquête par grappe à Indicateurs Multiples (MICS) 2010, Rapport final.

Centre d'Appui à la Recherche et à la Formation (CAREF), octobre 2010, Evaluation de la gratuité de la césarienne au Mali : enquête auprès des structures sanitaires, rapport d'analyse first draft.

Centre d'Appui à la Recherche et à la Formation (CAREF), juillet 2010, Evaluation de la gratuité de la césarienne au Mali : améliorer l'accès à des services de santé maternelle qui sauvent la vie: les implications de l'élimination des frais liés à la césarienne au Mali, rapport de recherche.

Ministère de l'Emploi et de la Formation Professionnelle du Mali, mai 2009, rapport d'évaluation finale du Programme Emploi-Jeunes (PEJ), rapport provisoire.

UNICEF, Rapport d'évaluation de l'initiative Bourse Maman dans 09 écoles de Kayes et de Mopti.

Bénédicte Fonteneau, juin 2008, Higher Institute of Labour Studies, Catholic University of Leuven, Protection sociale en Afrique : contribution de l'économie sociale en enjeux politiques.

OCDE, 2009, note d'orientation sur Protection sociale, lutte contre la pauvreté et croissance pro-pauvres.

Banque Mondiale, Département du développement humain, Secteur Protection sociale, région Afrique, juillet 2010, Mali : Filets sociaux.

ODHD, UNICEF, juillet 2008, Transferts de revenus et réduction de la pauvreté au Mali.

Kara-Consult, Cabinet d'études et de conseils, 2004, Analyse des résultats et de l'impact des interventions du Fonds de Solidarité Nationale du Mali.

Hamadoun I. Yattara, 2009, Etude d'impact de la composante « Fournitures des services énergétiques » du PEDASB sur le Produit Intérieur Brut du Mali au titre de l'année 2009, rapport final.

GIE MIDISIS, mars 2010, Enquête d'impacts du Projet Energie Domestique et Accès aux Services de Base en milieu rural sur les conditions de vie des populations bénéficiaires : composante « Fourniture des services énergétiques », rapport final.

Bureau central de gestion du Projet, Projet d'Appui aux Communes Rurales, décembre 2010, Présentation générale du PACR.

Projet d'Appui à la Croissance (PAC), 2011, Rapport annuel 2010.

Direction Nationale de la Population, 2010, Troisième Programme d'Actions et d'Investissements Prioritaires (PAIPP) en matière de Population 2010-2014.

Programme Compétitivité et Diversification Agricoles (PCDA), Unité de Coordination, mai 2009, rapport de revue mi-parcours du PCDA.

IPE Mali-PNUD-PNUE, févier 2009, Evaluation économique de la gestion environnementale au Mali : coûts et bénéfices, rapport final.

Ministère de l'Environnement et de l'Assainissement, octobre 2010, Rapport sur l'état de l'environnement 2009.

Ministère de l'Economie et des Finance, 2011, « Revue CSCRP 2007-2011 portant sur 2010 », juin.

Ministère de l'Economie et des Finance, 2011 « Rapport sur la situation Economique et Sociale du Mali en 2010et les Perspectives pour 2011 », juin.

Ministère de l'environnement et l'assainissement, 2010, « Rapport National sur l'Etat de l'environnement 2009 »Octobre.

INSTAT, 2011, « Enquête par grappe à indicateurs multiples et des dépenses des ménages (MICS/ELIM) 2010, Mai.

Ministère de l'environnement et l'assainissement, 2011, « Annuaire Statistique 2010 du secteur Eau, Environnement, Urbanisme et Domaine de l'Etat »juin

Lois de finances initiales et rectificatives 2004 à 2010

Comptes administratifs 2004 à 2009

Arrêté n° 03-163/P-RM du 16 avril 2003 portant nouvelle nomenclature du budget de l'Etat .

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple – Un But – Une Foi

Ministère de l'Action Humanitaire,
de la Solidarité et des Personnes Âgées

Observatoire du Développement Humain
Durable et de la Lutte Contre la Pauvreté

Programme des Nations
Unies pour le Développement

ANNEXES

RAPPORT NATIONAL SUR LE DEVELOPPEMENT HUMAIN DURABLE, Edition 2012

Protection Sociale et Développement Humain au Mali

Novembre 2012

Sommaire

Annexe 1 : Concepts de Développement Humain Durable 2
Annexe 2 : Indicateurs du Développement Humain Durable 4
1. L'Indice de Développement Humain (IDH) : 4
2. L'Indice de Développement Humain ajusté aux Inégalités (IDHI) 5
3. L'Indice des Inégalités de Genre (IIG) 7
4. L'Indice de Pauvreté Multidimensionnelle (IPM) 10
Annexe 3 : Concepts de pauvreté 13
1. Mesures de la pauvreté 13
a. Mesures objectives de la pauvreté 14
b. Mesures de la pauvreté subjective 14
2. Quelques indicateurs sur l'éducation : 15
3. Quelques indicateurs sur la santé 16
Annexe 4 : Quelques indicateurs de la protection sociale 18
Annexe 5 : Termes de référence du RNDH2011 dont le thème porte sur :«Protection Sociale et Développement Humain au Mali» 24
Annexe 6 : Liste des services, structures et organismes rencontrés lors de l'enquête sur la protection sociale 29
Annexe 7 : Guides d'entretien 34
Guide 1 : Questionnaire destiné aux Structures/Organisations chargées de l'Action Sociale 35
Guide 2 : Questionnaire destiné aux structures chargées de l'Aide Sociale 41
Guide 3 : Questionnaire destiné aux bénéficiaires 47
Guide 4 : Questionnaire destiné aux Partenaires Techniques et Financiers (PTF) 51
Guide 5 : Questionnaire destiné aux structures chargées de la Sécurité Sociale 57

Annexe 1 : Concepts de Développement Humain Durable

En juin 2012, les leaders dirigeants mondiaux se sont rassemblés à Rio de Janeiro pour essayer de parvenir à un nouveau consensus quant aux actions à mener à l'échelon international afin de préserver l'avenir de la planète et le droit des générations futures, partout dans le monde, à mener une existence saine et épanouissante. Tel est le grand défi du développement au XXIe siècle.

À cet égard, le Rapport Mondial sur le développement humain 2011 propose de nouvelles contributions importantes au dialogue mondial, montrant à quel point la durabilité est inextricablement liée à certains aspects fondamentaux de l'équité – c'est-à-dire de l'impartialité, de la justice sociale, et d'un accès plus aisé à une meilleure qualité de vie. La durabilité n'est pas exclusivement ni même essentiellement une question environnementale, comme le démontre de manière convaincante ce Rapport. Elle concerne surtout le mode de vie que nous choisissons d'épouser, en étant conscients que tous nos actes ont des conséquences pour les sept milliards de personnesvivant sur la planète aujourd'hui, ainsi que pour les milliards d'êtres humains qui nous succéderont dans les siècles à venir.

Il est essentiel de comprendre les liens entre durabilité environnementale et équité si nousvoulons accroître les libertés humaines pour les générations actuelles et futures. Les remarquables progrès effectués au cours des dernières décennies en matière de développement humain, dont rendent compte les Rapports sur le développement humain, ne peuvent se poursuivre si des mesures audacieuses ne sont pas prises à l'échelle mondiale afin de réduire à la fois l'inégalité et les risques environnementaux.

De nouvelles analyses montrent les liens entre d'une part les déséquilibres en termes de pouvoir et les inégalités entre les sexes à l'échelon national, et d'autre part l'accès réduit à l'eau salubre ou à un meilleur assainissement, la dégradation des sols, et les décès liés à la pollution de l'air intérieur et extérieur, amplifiant les effets associés aux disparités en termes de revenus. Les inégalités entre les sexes se combinent également avec les problèmes environnementaux et les aggravent. Au niveau mondial, les accords de gouvernance affaiblissent souvent la capacité des pays en développement à se faire entendre et excluent les groupes marginalisés.

Il existe pourtant d'autres voies que l'inégalité et la non-durabilité. La croissance gouvernée par la consommation d'énergies fossiles n'est pas une condition sine qua non pour vivre mieux en termes de développement humain. Les investissements améliorant l'équité – en matière d'accès aux énergies renouvelables, à l'eau, à l'assainissement ou aux soins de santé reproductive, par exemple – pourraient être synonymes de progrès aussi bien en termes de durabilité que de développement humain. Une responsabilisation accrue et un renforcement des processus démocratiques, passant notamment par le soutien d'une société civile et de médias actifs, peuvent aussi améliorer les résultats. La réussite des approches couronnées de succès sont subordonnées à la gestion par la collectivité, à la mise en place d'institutions au bénéfice de tous, particulièrement des groupes défavorisés, et à l'adoption de démarches transversales coordonnant les budgets et les mécanismes entre les organismes gouvernementaux et les partenaires du développement.

Quelques définitions clés :

Le Développement Humain est l'accroissement des libertés et des capacités permettant aux personnes de mener une vie qu'elles jugent satisfaisante à juste titre. Il repose sur l'élargissement de l'éventail des choix disponibles.

Le Développement Humain Durable est l'accroissement des libertés essentielles des personnes vivant aujourd'hui, accompagné d'efforts raisonnables pour éviter le risque de compromettre sérieusement celles des générations futures. Dans cet esprit, des débats publics éclairés sont cruciaux pour définir les risques que les populations sont prêtes à accepter.

Les notions de libertés et de capacités vont au-delà de la satisfaction des besoins essentiels. Laqualité de vie dépend de nombreux aspects, qui peuvent avoir une valeur intrinsèque autant qu'un intérêt concret : nous pouvons par exemple valoriser la biodiversité ou la beauté de la nature indépendamment de leur contribution à notre niveau de vie.

Les populations défavorisées constituent un axe essentiel du développement humain.Elles englobent celles qui subiront à l'avenir les conséquences les plus graves des risques liés à nos activités actuelles. Nous nous soucions non seulement des situations courantes ou correspondant aux scénarios les plus probables, mais aussi de celles découlant de scénarios moins probables mais néanmoins possibles, notamment lorsqu'elles peuvent avoir des répercussions catastrophiques sur les populations pauvres et vulnérables.

Souvent, les débats sur la durabilité environnementale se focalisent soit sur la manièrede remplacer les ressources naturelles parnotre potentiel technologique, soit sur notre ingéniosité à atténuer les contraintes pesant sur ces ressources comme autrefois. Le fait que l'on ignore si cela sera possible un jour, allié aux risques de catastrophes, incite à préserver nos actifs naturels essentiels et le flux de services écologiques qui en découle. Cette attitude résulte également d'une approche du développement fondée sur les droits humains.

Annexe 2 : Indicateurs du Développement Humain Durable

1. L'Indice de Développement Humain (IDH) :

Note technique 1. Calcul de l'Indice de Développement Humain

L'Indice de Développement Humain (IDH) est une mesure synthétique du développement humain. Il mesure le niveau moyen de développement humain atteint dans un pays donne, sous trois aspects essentiels : sante et longévité, accès à l'instruction et niveaude vie décent. L'IDH représente la moyenne géométrique desindices normalisés utilisés pour mesurer les niveaux atteints dans chaque dimension. Les travaux de Klugman, Rodriguez and Choi (2011) donnent explications complètes sur la méthode et sa justification.

Le calcul de l'IDH se décompose en deux étapes :

- **1ère étape** : création des indices dimensionnels

Des valeurs minimales et maximales sont définies pour permettre de convertir les indicateurs en indices compris entre 0 et 1. Les valeurs maximales sont les valeurs les plus élevées observées au cours de la période considérée (1980—2011). Les valeurs minimales sont celles que l'on est en droit de considérer comme des valeurs de subsistance. Nous avons défini les valeurs minimales suivantes : 20 ans pour l'espérance de vie, zéro pour les deux variables relatives à l'éducation, et 100 $ pour le revenu national brut (RNB) par habitant. La faible valeur du revenu peut s'expliquer par le volume considérable de subsistance non mesurée et de production hors marché dans les économies avoisinant les valeurs minimales, volume qui n'apparait pas dans les données officielles.

Les valeurs extrêmes de l'indice de développement humain pour le rapport mondial 2011sont consignées dans le tableau ci-après :

Indicateurs	Valeur maximale observée	Valeur minimale
Esperance de vie à la naissance	83,4 (Japon, 2011)	20,0
Durée moyenne de scolarisation	13,1 (République tchèque, 2005)	0
Durée attendue de scolarisation	18,0 (limitée)	0
Indice combiné de l'éducation	0,978 (Nouvelle-Zélande, 2010)	0
Revenu National Brut par habitant (en PPA en $)	107,721 (Qatar, 2011)	100

Une fois définies les valeurs minimales et maximales, nous calculons les sous-indices de la manière suivante :

$$\text{Indice dimensionnel} = \frac{\text{valeur utilisée} - \text{valeur minimale}}{\text{valeur maximale} - \text{valeur minimale}}. \quad (1)$$

Pour l'éducation, nous utilisons l'équation (1) pour chacune des deux composantes, puis nous calculons la moyenne géométrique des indices résultants, et finalement nous appliquons de nouveau l'équation (1) à la moyenne géométrique des indices, en utilisant zéro comme valeur minimale et, comme valeur maximale, la valeurla plus élevée des moyennes géométriques des indices obtenus pour la période considérée. Cette méthode revient à appliquer directement l'équation (1) à la moyenne géométrique des deux composantes.

Chaque indice dimensionnel servant d'indicateur des capacités dans la dimension correspondante, la fonction permettant de convertir le revenu en capacités est susceptible d'avoir une forme concave (Anand et Sen 2000). Dans le cas du revenu, nous utilisons donc le logarithme népérien des valeurs minimales et maximales utilisées.

- **2ème étape** : cumul des sous-indices pour obtenir l'indice de développement humain

L'IDH représente la moyenne géométrique des trois indices :

$$\left(I_{Longévite}^{1/3} \cdot I_{Instruction}^{1/3} \cdot I_{Revenu}^{1/3}\right). \qquad (2)$$

Exemple : Mali

Indicateur	Valeur en 2011
Espérance de vie à la naissance (années)	65
Durée moyenne de scolarisation (années)	2
Durée attendue de scolarisation (années)	8,3
Revenu national brut par habitant (en PPA en $)	1123

Note : les valeurs sont arrondies.

Indice d'espérance de vie = $\frac{65 - 20}{83{,}4 - 20}$ **= 0,7098**

Indice de la durée moyenne de scolarisation = $\frac{2 - 0}{13{,}1 - 0}$ **= 0,1527**

Indice de la durée attendue de scolarisation = $\frac{8{,}3 - 0}{18 - 0}$ **= 0,4611**

Indice de l'éducation = $\frac{\sqrt{0{,}1527 * 0{,}4611} - 0}{0{,}978 - 0} = 0{,}2713$

Indice de revenu = $\frac{\ln(1123) - \ln(100)}{\ln(107721) - \ln(100)}$ **= 0,3464**

IDH = $\sqrt[3]{0{,}7098 * 0{,}2713 * 0{,}3464}$ **= 0,406**

2. L'Indice de Développement Humain ajusté aux Inégalités (IDHI)

L'indice de développement humain ajusté aux inégalités (IDHI) ajuste l'indice de développement humain (IDH) en tenant compte des inégalités dans la répartition de chaque dimension au sein de la population. Il est fondé sur une classe d'indicateurs composites sensibles à la répartition, proposée par Foster, Lopez-Calva et Szekely (2005), qui s'inspire de la famille des mesures de l'inégalité d'Atkinson (1970). Il est calculé sous la forme d'une moyenne géométrique des moyennes géométriques, sur la base de la population totale, en considérant chaque dimension séparément (pour de plus amples détails, voir Alkire et Foster 2010).

L'IDHI reflète les inégalités existant dans les dimensions de l'IDH en « réduisant » la valeur moyenne de chaque dimension en fonction du niveau d'inégalité qu'elle présente. Ainsi, l'IDHI est en théorie égal à l'IDH s'il n'existe aucune inégalité entre les individus, mais il décroit pour s'éloigner de l'IDH à mesure que les inégalités augmentent. Autrement dit, l'indice ajusté

représente le niveau réel du développement humain (tenant compte des inégalités), tandis que l'on peut considérer l'IDH comme un indice de développement humain « potentiel » qu'il serait possible d'atteindre en l'absence de toute inégalité. La différence entre les deux indicateurs, exprimée sous forme de pourcentage, indique la « perte » subie par le développement humain potentiel en raison des inégalités.

Sources des données

Etant donné que l'IDH repose sur des agrégats propres aux pays, par exemple les comptabilités nationales, l'IDHI doit s'appuyer sur d'autres sources de données pour obtenir la répartition de chaque dimension. Les répartitions sont paramétrées selon des unités différentes : l'espérance de vie est distribuée en tranches d'âge hypothétiques, tandis que la durée de scolarisation et le revenu sont distribués suivant une base individuelle.

Calcul de l'indice de développement humain ajusté aux inégalités

Le calcul de l'IDHI se décompose en trois étapes :

- **1ère étape : mesure de l'inégalité dans les dimensions de l'indice de développement humain**

L'IDHI reprend les principes de la famille des mesures de l'inégalité d'Atkinson (1970) et donne au paramètre d'aversion ε une valeur égale à 1. Dans ce cas de figure, la mesure de l'inégalité est de **A = 1 – g/μ**, ou g représente la moyenne géométrique et μ la moyenne arithmétique de la répartition. L'expression peut s'écrire ainsi :

$$A_x = 1 - \frac{\sqrt[n]{X_1 \ldots X_n}}{\bar{X}} \qquad (1)$$

Ou {X1, … , Xn} exprime la répartition sous-jacente dans les dimensions considérées. Nous obtenons le terme A_x pour chaque variable (à savoir : espérance de vie, durée moyennede scolarisation et revenu disponible ou consommation parhabitant).

La moyenne géométrique de l'équation (1) ne peut pas comporter de valeur nulle. Dans le cas de la durée moyenne de scolarisation, nous avons ajouté une année à toutes les observations valables afin de calculer les inégalités. En ce qui concerne les valeurs aberrantes obtenues pour le revenu par habitant (par exemple des revenus extrêmement élevés, ainsi que des revenus négatifs ou nuls), l'exercice a consisté à tronquer les valeurs supérieures au 95ième percentile de la répartition dans le but de réduire l'impact des revenus extrêmement élevés, et à remplacer les revenus négatifs et nuls par la valeur minimale du 5^{ième}percentile de la répartition des revenus positifs. L'analyse de la sensibilité de l'IDHI est donnée dans Kovacevic (2010).

- **2ème étape : ajustement des indices dimensionnels par rapport aux inégalités**

Le niveau moyen atteint dans une dimension IDH, $\bar{X}$, est ajusté par rapport aux inégalités selon la formule suivante :

$$\bar{X} \cdot (1 - A_x) = \sqrt[n]{X_1 \ldots X_n}.$$

De ce fait, la moyenne géométrique représente la moyenne arithmétique réduite en fonction des inégalités présentes dans la répartition.

Les indices dimensionnels ajustés aux inégalités sont obtenus à partir des indices dimensionnels de l'IDH, I_x, en les multipliant par $(1 - A_x)$, ou A_x constitue la mesure d'Atkinson définie par l'équation (1).

$$\mathbf{I^*_x = (1 - A_x).I_x.}$$

L'indice du revenu ajusté aux inégalités, I^*_{Revenu}, repose sur l'indice RNB (sous forme non logarithmique), I_{Rev}. Cela permet ainsi à l'IDH ajusté aux inégalités de tenir compte de l'impact total dû aux inégalités de revenu.

- **3ème étape : combinaison des indices dimensionnels pour le calcul de l'indice de développement humain ajusté aux inégalités**

L'IDHI représente la moyenne géométrique des trois indices ajustés en fonction des inégalités. Nous commençons par calculer l'IDHI qui englobe l'indice de revenu sous sa forme non logarithmique,
IDHI* :

$$IHDI^* = \sqrt[3]{I_{I_{Longévité}} \cdot I_{I_{Instruction}} \cdot I^*_{I_{Revenu}}} = \sqrt[3]{(1-A_{Longévité}) \cdot I_{Longévité} \cdot (1-A_{Instruction}) \cdot I_{Instruction} \cdot (1-A_{Revenu}) \cdot I^*_{Revenu}}$$

Puis nous calculons l'IDH sur la base de l'indice de revenu (sous forme non logarithmique),

$$IDH^* = \sqrt[3]{I_{Vie} \cdot I_{Éducation} \cdot I_{Revenu^*}} \ .$$

La perte, en pourcentage, affectée à l'indice IDH* en raison des inégalités dans chaque dimension, est calculée de la manière suivante :

$$Perte = 1 - \frac{IDHI^*}{IDH^*} = 1 - \sqrt[3]{(1-A_{Vie}) \cdot (1-A_{Éducation}) \cdot (1-A_{Revenu})}.$$

En partant de l'hypothèse que la perte en pourcentage due aux inégalités, en termes de répartition des revenus, est identique au revenu moyen et à son logarithme, nous calculons ensuite l'IDHI selon la formule :

$$IDHI = \left(\frac{IDHI^*}{IDH^*}\right) \cdot IDH = \sqrt[3]{(1-A_{Vie}) \cdot (1-A_{Éducation}) \cdot (1-A_{Revenu})} \cdot IDH.$$

3. L'Indice des Inégalités de Genre (IIG)

L'indice des inégalités de genre (IIG) traduit le désavantage d'un sexe par rapport à l'autre dans les trois dimensions considérées, à savoir la santé reproductive, l'autonomisation et le marché del'emploi. L'indice indique les pertes en termes de développement humain causées par les inégalités entre femmes et hommes au regard de ces dimensions. Il varie entre zéro – situation dans laquelle les deux sexes sont traités de manière égale – et 1, cas dans lequel la condition d'un des sexes est aussi mauvaise que possible quelle que soit la dimension mesurée.Cet indice,

calculé sur la base de la mesure des inégalités sensible aux associations, a été suggéré par Seth (2009). Il repose sur la moyenne générale des moyennes générales d'ordres différents : la première agrégation se fait sur la base du calcul de la moyenne géométrique de toutes les dimensions ; ces moyennes, calculées séparément pour les femmes et pour les hommes, font ensuite l'objetd'une agrégation faisant intervenir une moyenne harmonique entre les sexes.

Calcul de l'indice des inégalités de genre

Le calcul de l'IIG se décompose en cinq étapes :

- **1ère étape : traitement des valeurs nulles et des valeurs extrêmes**

Une moyenne géométrique ne pouvant pas comporter de valeur nulle, il faut définir une valeur minimale pour tous les indicateurs des composantes. La valeur minimale est fixée à 0,1 % pour le taux de fécondité chez les adolescentes, la proportion de sièges parlementaires détenus par des femmes, le niveau d'instruction atteint dans l'enseignement secondaire et supérieur et le taux d'activité sur le marché de l'emploi. Dans les pays qui rapportent un pourcentage nul, la représentation parlementaire des femmes se voit attribuer la valeur 0,1 % car les femmes exercent quand même une certaine influence au plan politique même lorsqu'elles ne sont pas représentées au Parlement.

Une mortalité maternelle élevée suggérant une santé maternelle de mauvaise qualité, le taux de mortalité maternelle est tronqué à 10 (valeur minimale) et à 1 000 décès (valeur maximale) pour 100000 naissances vivantes. Nous supposons que les pays affichant des taux de mortalité maternelle supérieurs à 1 000 ne peuvent être distingues du point de vue de leur inaptitude à créer des conditions propices et un soutien à la sante maternelle. Sur la base de ce même critère, nous supposons que des pays enregistrant entre 1 et 10 décès pour100 000 naissances ont en substance un niveau de performance égal.
L'analyse de la sensibilité de l'IIG est donnée dans Gaye etal. (2010).

- **2ème étape : agrégation sur l'ensemble des dimensions au sein de chaque groupe sexospécifique, à l'aide de moyennes géométriques**

Il s'agit de faire l'agrégation sur l'ensemble des dimensions pour les femmes et pour les hommes à l'aide de la moyenne géométrique, ce qui permet de rendre l'indice sensible aux associations (voir Seth 2009).

Pour les femmes et les filles, la formule d'agrégation est la suivante :

$$G_F = \sqrt[3]{\left(\frac{10}{TMM} \cdot \frac{1}{TFA}\right)^{1/2} \cdot (PR_F \cdot ESS_F)^{1/2} \cdot TAME_F},$$

Alors que pour les hommes et les garçons, la formule est la suivante :

$$G_M = \sqrt[3]{1 \cdot (PR_M \cdot ESS_M)^{1/2} \cdot TAME_M}.$$

Il est nécessaire de décaler le taux de mortalité maternelle de 0,1 dans la formule d'agrégation pour les femmes et les filles de manière à prendre en compte le fait que la valeur minimale du taux est tronquée a 10. Il s'agit d'un nouvel ajustement introduit dansle Rapport mondial pour le développement humain 2011.

- **3ème étape : agrégation entre les genres, à l'aide d'une moyenne harmonique**

Nous procédons à l'agrégation des indices relatifs aux femmes et aux hommes par la moyenne harmonique afin de créer l'indice sexospecifique à répartition égale.

$$HARM\,(G_F, G_M) = \left[\frac{(G_F)^{-1} + (G_M)^{-1}}{2}\right]^{-1}.$$

L'utilisation de la moyenne harmonique sur les moyennes géométriques au sein des groupes traduit les inégalités entre les femmes et les hommes, et tient compte des associations entre les dimensions.

- **4ème étape : calcul de la moyenne géométrique des moyennes arithmétiques pour chaque indicateur**

La norme de référence pour le calcul des inégalités s'obtient suite à l'agrégation des indices relatifs aux femmes et aux hommes, en utilisant des pondérations égales (on traite ainsi les femmes et les hommes de manière égale), et ensuite grâce à l'agrégation des indices sur l'ensemble des dimensions :

$$G_{\overline{F},\overline{M}} = \sqrt[3]{\overline{Santé} \cdot \overline{Autonomisation} \cdot \overline{TAME}}$$

$$\text{où } \overline{Santé} = \left(\sqrt{\frac{10}{TMM} \cdot \frac{1}{TFA}} + 1\right)/2,$$

$$\overline{Autonomisation} = \left(\sqrt{PR_F \cdot ESS_F} + \sqrt{PR_M \cdot ESS_M}\right)/2, \text{ et}$$

$$\overline{TAME} = \frac{TAME_F + TAME_M}{2}.$$

NB : La santé ne doit pas être interprété comme étant une moyenne des indices correspondants concernant les femmes et les hommes, mais comme une valeur se situant à mi-chemin entre les normes établies pour les indicateurs de la santé reproductive, moins de décès liés à la maternité et moins de grossesses chez les adolescentes.

- **5ème étape : calcul de l'indice des inégalités de genre**

La comparaison de l'indice sexospecifique à répartition égale par rapport à la norme de référence permet d'obtenir l'IIG :

$$1 - \frac{HARM(G_F, G_M)}{G_{F,M}}.$$

Exemple : Lesotho

	Santé		Autonomisation		Marché de l'emploi
	Taux de mortalité maternelle	Taux de fécondité chez les adolescentes	Représentation parlementaire	Niveau atteint dans l'enseignement secondaire et supérieur	Taux d'activité sur le marché de l'emploi
Femmes	530	73,5	0,229	0,243	0,719
Hommes	s.o.	s.o.	0,771	0,203	0,787
$\frac{F+M}{2}$	$\frac{\sqrt{\left(\frac{10}{530}\right)\cdot\left(\frac{1}{73,5}\right)}+1}{2} = 0,508$		$\frac{\sqrt{0,229 \cdot 0,243}+\sqrt{0,771 \cdot 0,203}}{2} = 0,316$		$\frac{0,719+0,787}{2} = 0,753$

Note : « s.o. » signifie sans objet.

A l'aide des formules ci-dessus, on peut facilement obtenir :

$$G_F \quad 0,134 = \sqrt[3]{\sqrt{\frac{10}{530}\cdot\frac{1}{73,5}}\ \sqrt{0,229 \cdot 0,243} \cdot 0,719}$$

$$G_M \quad 0,675 = \sqrt[3]{1 \cdot \sqrt{0,771 \cdot 0,203} \cdot 0,787}$$

$$G_{F,M} \quad 0,492 = \sqrt[3]{0,508 \cdot 0,316 \cdot 0,743}$$

$$HARM(G_F, G_M) \quad 0,230 = \left[\frac{1}{2}\left(\frac{1}{0,134}+\frac{1}{0,675}\right)\right]^{-1}$$

$$\text{IIG} \qquad 1 - (0,230/0,492) = 0,532$$

4. L'Indice de Pauvreté Multidimensionnelle (IPM)

L'indice de pauvreté multidimensionnelle (IPM) se veut le reflet des privations multiples dont souffre chaque individu sur le plan de l'éducation, de la santé et du niveau de vie. Il s'appuie sur des micro-données tirées des enquêtes auprès des ménages et, contrairement à l'indice de développement humain ajuste aux inégalités,tous les indicateurs requis pour l'élaboration de la mesure doivent impérativement provenir de la même enquête. De plus amples détails sont fournis dans Alkire et Santos (2010).

Méthodologie

Nous attribuons à chaque personne un score en fonction du nombre de privations subies par ménage pour chacun des 10 indicateurs des composantes. Le score maximal est de 100, chaque

dimension faisant l'objet d'une pondération égale. En d'autres termes, le score maximal pour chaque dimension est de 33,3 %.

Les dimensions de l'éducation et de la santé présentent chacune deux indicateurs ; chaque composante a donc une valeur de 5/3, soit 16,7 %. Pour sa part, la dimension du niveau de vie repose sur six indicateurs ; par conséquent, chaque composante est égale à 5/9, soit 5,6 %.

Les seuils sont définis de la manière suivante :

• Education : aucun membre du ménage n'a achevé cinq années de scolarité et au moins un enfant d'âge scolaire (moins de 14ans) ne fréquente pas l'école ;

• Sante : au moins une personne du ménage souffre de malnutrition, et un ou plusieurs enfants sont décédés ;

• Niveau de vie : pas d'électricité, pas d'accès à une eau claire et potable, pas d'accès à des installations d'assainissement adéquates, utilisation de combustibles de cuisson « sales » (déjections animales, bois ou charbon de bois), sol en terre battue dans l'habitation ; le ménage ne possède ni voiture, ni camionnette, ni véhicule motorisé similaire, mais possède tout au plus l'un des biens suivants : bicyclette, motocyclette, radio,réfrigérateur, téléphone ou téléviseur.

Pour nous permettre de déterminer les personnes en situationde pauvreté multidimensionnelle, nous faisons la somme des privations de chaque ménage afin d'obtenir le niveau de privations par ménage, *c*. La valeur-seuil de 33,3 %, qui correspond à un tiers des indicateurs pondérés, sert à faire la distinction entre les pauvres et les non-pauvres. On considère qu'un ménage (et chaque personne qui en fait partie) est « multi dimensionnellement » pauvre si *c* est égal ou supérieur à 33,3 %. Un ménage dont le niveau de privationsse situe entre 20 % et 33,3 % est vulnérable à la pauvreté multidimensionnelle ou risque de se retrouver dans cette situation. Les ménages dont le niveau de privations est supérieur ou égal à 50 % sont en situation de pauvreté multidimensionnelle sévère.

La valeur de l'IPM correspond au produit de deux mesures, le taux de pauvreté multidimensionnelle et la sévérité (ou ampleur) de la pauvreté. Le taux de pauvreté, *H*, représente la proportion de la population en situation de pauvreté multidimensionnelle :

$$H = \frac{q}{n}$$

Ou *q* correspond au nombre de personnes en situation de pauvreté multidimensionnelle et *n* a la population totale.

La sévérité de la pauvreté, *A*, reflète la proportion des indicateurs pondérés des composantes dans laquelle, en moyenne, les personnes pauvres souffrent de privation. Dans le cas des ménages pauvres uniquement, nous faisons la somme des niveaux de privations et nous les divisons par le nombre total de personnes pauvres :

$$A = \frac{\sum_1^q c}{q},$$

où *c* correspond au niveau de privations subies.

Exemple à partir de données hypothétiques

Indicateurs	Ménages 1	2	3	4	Pondération
Taille du ménage	4	7	5	4	
Éducation					
Personne n'a achevé cinq années de scolarité	0	1	0	1	5/3 = 16,7%
Un enfant d'âge scolaire au moins ne fréquente pas l'école	0	1	0	0	5/3 = 16,7%
Un enfant d'âge scolaire au moins ne fréquente pas l'école					
Une personne au moins souffre de malnutrition	0	0	1	0	5/3 = 16,7%
Un ou plusieurs enfants sont décédés	1	1	0	1	5/3 = 16,7%
Conditions de vie					
Pas d'électricité	0	1	1	1	5/9 = 5,6%
Pas d'accès à une eau claire et potable	0	0	1	0	5/9 = 5,6%
Pas d'accès à des installations d'assainissement adéquates	0	1	1	0	5/9 = 5,6%
Sol en terre battue dans l'habitation	0	0	0	0	5/9 = 5,6%
Combustible de cuisson « sale » (déjections animales, bois, charbon)	1	1	1	1	5/9 = 5,6%
Le ménage n'a pas de voiture et possède tout au plus l'un des biens suivants : bicyclette, motocyclette, radio, réfrigérateur, téléphone ou téléviseur	0	1	0	1	5/9 = 5,6%
Niveau de privations du ménage, c (somme de chaque privation multipliée par sa pondération)	22,2%	72,2%	38,9%	50,0%	
Le ménage est-il pauvre (c > 33,3 %) ?	Non	Oui	Oui	Oui	

Note : 1 indique une privation selon l'indicateur ; zéro indique l'absence de privation.

Calcul pondéré des privations du ménage 1 :

$$\left(1 \cdot \frac{5}{3}\right) + \left(1 \cdot \frac{5}{9}\right) = 2{,}2$$

soit un niveau de privation de : 2,22/10 = 0,222 ou 22,2 %.

Taux de pauvreté (H) =

$$\left(\frac{7+5+4}{4+7+5+4}\right) = 0{,}800$$

(80 % des personnes vivent dans un ménage pauvre)

Sévérité de la pauvreté (A) =

$$\frac{\left(\frac{7{,}2}{10{,}7} \cdot 7\right) + \left(\frac{3{,}891}{10{,}5} \cdot 5\right) + \left(\frac{5{,}0}{10{,}4} \cdot 4\right)}{(7+5+4)} = 0{,}5625$$

(en moyenne, une personne pauvre souffre de privations dans 56 % des indicateurs pondérés).

$$\text{IPM} = H \cdot A = 0{,}450$$

Annexe 3 : Concepts de pauvreté

La pauvreté est un phénomène multidimensionnel auquel toutes les sociétés font face. Ses manifestations, différentes selon les régions du monde, vont de l'exclusion sociale dans les pays riches jusqu'à la malnutrition et la mort dans les pays les plus pauvres. Relative par essence, elle doit être définie de façon contextuelle en fonction de la société dans laquelle elle est observée. Etre pauvre à Washington, à Paris, à Pretoria, à Bamako ou à Kidal, n'a ni la même signification, ni les mêmes implications. Ainsi, selon le Traité des Organisations Non Gouvernementales et des Mouvements Sociaux réunis au Sommet de la Terre à Rio de Janeiro au Brésil en 1992 « la pauvreté est l'état de privation des éléments essentiels nécessaires à l'être humain pour vivre et se développer avec dignité sur les plans physique, mental et spirituel, mais elle influe également sur des besoins spécifiques liés à la reproduction, la capacité ou l'incapacité, les valeurs culturelles, l'âge et l'ethnie ».

On voit ainsi la complexité du phénomène dont la définition et par conséquent la mesure, ne sont pas simples. Le concept intègre progressivement de plus en plus de facettes de la vie: dimension économique (ressources, revenus), dimension psychosociale (satisfaction de besoins, épanouissement de la personne), dimension sociale (santé, éducation, accès au logement, reconnaissance sociale et culturelle) ; dimension politique (respect des droits civiques, participation à la vie politique). Mais quel que soit le pays, pouvoir se nourrir convenablement reste prioritaire par rapport au fait d'accéder à l'université. On se préoccupe davantage de sa santé que des élections, etc. (Petit, 2006).

L'évolution du contour de la pauvreté au fur et à mesure de l'évolution de la société rend à l'évidence son élimination définitive problématique voire une question sans solution. Diverses mesures de politiques économiques pour la combattre ont été prises dans différents pays avec des résultats différents et souvent très mitigés. Ces mesures varient selon l'importance donnée par la société à des valeurs comme l'égalité et la justice ainsi qu'à la conception de ces valeurs (Alejandro, Soliz, 1999).

1. Mesures de la pauvreté

On ne peut pas caractériser la pauvreté sans se donner un instrument de sa mesure. Cet instrument dépend principalement de la façon de considérer le concept de pauvreté mais aussi tient compte des difficultés techniques et matérielles pour mesurer un concept si complexe aux multiples facettes.

Il existe différentes approches de la mesure de la pauvreté selon ses différentes facettes : les dimensions économiques, les dimensions sociale, culturelle et politique.

Les dimensions économiques s'inscrivent dans la tradition de la théorie du bien-être que l'on relie à la philosophie utilitariste. C'est le courant de pensée qui a actuellement permis le plus grand développement d'instruments d'observation, de mesure et d'analyse de la pauvreté. Dans le cadre de la théorie de l'équilibre, on fait référence à la théorie microéconomique du consommateur qui maximise sa satisfaction sous contrainte budgétaire, ou du « producteur-consommateur » qui intègre aussi une fonction de production. Elle est vite assimilée à une approche monétaire.

Les dimensions sociales venant de l'élargissement à l'économie de la famille et à ses interactions sociales, la prise en compte des aspects de capital humain et de capital social (Ravallion, 1996 ; Dubois, 1998 ; Lachaud, 2005) sont de plus en plus considérées. On en vient ainsi à la notion de pauvreté des conditions de vie qui prend plutôt en compte les facteurs sociaux tels que la santé, l'éducation, le logement, etc.

a. Mesures objectives de la pauvreté

Différents indices sont utilisés au niveau international pour mesurer la pauvreté. Parmi les indices les plus utilisés, on retrouve les indices de Foster, Greer et Thorbecke (FGT). Les indices FGT permettent de déterminer l'incidence, la profondeur et la sévérité de la pauvreté à partir d'un critère donné. Ce critère est généralement économique (niveau de revenu ou de consommation monétaire) mais peut être alimentaire ou nutritionnel (niveau de consommation de céréales, niveau de satisfaction des besoins en calorie) et même social (mesures de l'accès aux services de santé, à l'éducation, etc.). Pour un critère donné, on détermine un seuil dit de pauvreté en deçà duquel on est considéré comme pauvre. La détermination du seuil de pauvreté bien que technique par nécessité n'en demeure pas moins un sujet souvent polémique.

L'incidence de la pauvreté est mesurée par la proportion de pauvres dans la population. C'est l'indicateur le plus demandé et le plus utilisé. Par exemple, dire que 50% ou 40% de la population sont pauvres a une signification immédiate pour tout lecteur.

L'indice de la profondeur de la pauvreté donne la mesure de l'écart qui sépare du seuil de pauvreté la valeur moyenne du critère chez les pauvres. Plus il est grand au niveau d'un pays, plus il y a à faire pour que les pauvres rattrapent les non pauvres.

L'indice de la sévérité de la pauvreté mesure le degré d'éloignement des plus pauvres des pauvres du seuil de pauvreté. Plus ces plus pauvres sont nombreux et plus la valeur de leur critère est éloignée du seuil de pauvreté, plus cet indice est grand et plus sévère est la pauvreté.

b. Mesures de la pauvreté subjective

Les approches subjectives de la pauvreté partent du ressenti ou de la perception de la population par rapport à la pauvreté. Les réponses à des questions relatives au sentiment pour l'individu ou le ménage d'être à l'aise, de pouvoir mettre de l'argent de côté, ou à l'opposé être amené à tirer sur ses réserves, de disposer ou non de la somme minimale perçue pour subvenir aux besoins. De ce point de vu, elle a un lien direct ou indirect avec la pauvreté monétaire et la pauvreté des conditions de vie qui détermine tout sentiment de l'individu relatif à son bien-être. La critique majeure faite à ces approches est l'impossibilité de faire des comparaisons internationales.

2. Quelques indicateurs sur l'éducation :

Tableau N°1: Evolution du Taux Brut de Scolarisation aux premier et second cycles de l'enseignement fondamental

Régions	2009-2010		2010-2011		Hausse 2009-2010 à 2010-2011	
	1er Cycle	2nd Cycle	1er Cycle	2nd Cycle	1er Cycle	2nd Cycle
Bamako	114,9	87,1	116,4	95,9	1,5	8,8
Gao	95,4	43,7	98,5	47,5	3,1	3,8
Kayes	79	41,2	80,2	42,7	1,2	1,5
Kidal	48,9	26,3	54,6	29,4	5,7	3,1
Koulikoro	79,6	54,1	85,1	58,2	5,5	4,1
Mopti	60,9	36,4	62,1	37,5	1,2	1,1
Ségou	78,3	50,9	79,2	55,7	0,9	4,8
Sikasso	72,4	44,2	73,2	48,2	0,8	4
Tombouctou	75,6	29,9	77,2	30,6	1,6	0,7
Ensemble	**79,5**	**50,8**	**81,5**	**54,8**	**2**	**4**

Source : Annuaires CPS Education

Tableau N°2: Evolution des principaux indicateurs du secteur Education au niveau primaire

Indicateurs	2006/07	2007/08	2008/09	2009/10	2010/11
TBS au 1er cycle (en %) *	77,6	80	82	79,5	81,5
TBS au 1er cycle des filles (en %)*	68,0	70,7	73	73,8	74
Taux d'admission au 1er cycle (en %) *	75,6	79,4	77,7	74,7	74,6
Taux d'achèvement au 1er cycle (en %)	53,2	54	55,7	56,3	58,3
Taux de redoublement au 1er cycle (en %)	15,2	14,2	13,4	12,9	15,3
Indice de parité TBS Filles/Garçons	0,78	0,79	0,80	0,9	0,83
Rapport Elèves/Maître au 1er cycle	55	55	53	50	49

Source : Annuaires CPS/ Secteur Education

* ***Le dénominateur de ces indicateurs a été établi à partir du Recensement général de la Population et de l'Habitat (RGPH) de 1998 pour 2006-2007 à 2008-2009 tandis que pour 2009-2010 et 2010-2011, il s'agit du RGPH de 2009. Ceci explique la dégradation de presque tous ces indicateurs de 2008-09 à 2009-10. Au final, tant que les données pour 2008-2009 et les années précédentes n'ont pas été révisées à partir du RGPH 2009, elles peuvent difficilement être comparées avec celles des années qui suivent.***

Tableau N°3: Répartition par académie des élèves déplacés

Académies	Effectifs 1er cycle	Effectifs 2ème cycle	Total	Effectifs candidats DEF
Kayes	6	12	18	7
Kita	1	4	5	1
Nioro	0	2	2	2
Koulikoro	12	24	36	14
Kati	146	170	316	110
Sikasso	14	40	54	27
Bougouni	37	27	64	12
Koutiala	74	45	119	27
Ségou	237	195	432	94
San	121	86	207	51
Mopti	100	102	202	56
Douentza	0	0	0	0
Bamako RD	242	302	544	207
Bamako RG	156	72	228	75
Total	**1146**	**1081**	**2227**	**683**

Source : CPS Education

3. Quelques indicateurs sur la santé

Tableau N°1 : Evolution de l'accessibilité des populations aux CSCOM

Indicateurs	2007	2008	2009	2010	2011
Taux d'accessibilité dans un rayon de 5 Km	58	58	57	58	59
Taux d'accessibilité dans un rayon de 15 Km	79	80	88	89	91

Source : Annuaire SLIS 2011

Tableau N°2: Situation des CSCOM créés par région selon les prévisions du PDSC révisé, Mali (1er janvier 2011 au 31 décembre 2011).

Régions	Prévisions PDSC	Réalisation	Taux réalisation
Kayes	229	192	83,84
Koulikoro	178	169	94,94
Sikasso	203	211	103,94
Ségou	181	175	96,69
Mopti	164	146	89,02
Tombouctou	96	71	73,96
Gao	95	65	68,42
Bamako	66	54	81,82
Kidal	13	11	84,62
TOTAL	**1 225**	**1 094**	**89,31**

Source : Annuaire SLIS 2011

Tableau N°3: Evolution de la césarienne et décès maternels par région de 2010 à 2011

Région	2010				2011			
	Nombre de césariennes	Nombre de décès maternels	% décès de la mère	Taux de césarienne	Nombre de césariennes	Nombre de décès maternels	% décès de la mère	Taux de césarienne
Kayes	1 470	52	3,5	1,4	1 762	335	1,9	1,6
Koulikoro	1 450	22	1,5	1,2	1 727	138	0,8	1,3
Sikasso	2 411	21	0,9	1,8	3 096	341	1,1	2,2
Ségou	2 166	35	1,6	1,8	2 227	267	1,2	1,8
Mopti	1 168	23	0,8	1,1	1 083	249	2,3	1
Tombouctou	362	16	2,5	1	381	130	3,4	1
Gao	380	16	2,4	1,3	341	109	3,2	1,2
Kidal	15	0	0	0,4	17	0	0	0,5
Bamako	6 729	26	0,4	7,2	7 747	387	0,5	8
Total	**16 151**	**211**	**1,3**	**2,14**	**18 381**	**1956**	**1,0**	**2,4**

Source : Annuaire SLIS 2011

Tableau N°4 : Répartition des cas et décès liés aux maladies sous surveillance épidémiologique du 1er janvier au 31 décembre 2011.

Maladies	**Cas Suspects**	**Décès**	**Létalité** (%)	**Cas Prélevés**	**Cas Confirmés**
Cholera	1308	56	4,3	303	111
Fièvre Jaune	71	2	2,8	71	0
Méningite	512	17	3,3	447	66
Rougeole	246	0	0	235	23
Diarrhées Rouges	0	0	0	0	0
PFA	210	0	0	210	7
TNN	11	2	18,2		-
Coqueluche	11	0	0,0		-
Dengue	0	0	0		0
Paludisme	1 073 071	1 213	0,1		-
Grippe AH1N1	0	0	0		0
Grippe Aviaire	0	0	0		0
Dracunculose	12	0	0		-

Source : Annuaire SLIS 2011

Annexe 4 : Quelques indicateurs de la protection sociale

Tableau N° 1 : Répartition des Bénéficiaires enquêtés selon la branche d'activité et le Sexe

BRANCHE D'ACTIVITE	Sexe du bénéficiaire					
	Masculin		Féminin		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Agriculture, Elevage, chasse et sylviculture	17	94,4	1	5,6	18	100,0
Activités extractives			1	100,0	1	100,0
Activités de fabrication	16	61,5	10	38,5	26	100,0
Production et distribution d'électricité, de gaz et d'eau			1	100,0	1	100,0
Construction	2	50,0	2	50,0	4	100,0
Commerce, réparation de véhicules automobiles et d'articles domestiques	14	38,9	22	61,1	36	100,0
Hôtels et restaurants			2	100,0	2	100,0
Transports et communications	7	87,5	1	12,5	8	100,0
Activités financières	6	60,0	4	40,0	10	100,0
Immobilier, locations et services aux entreprises	1	100,0			1	100,0
Activités d'administration publique	52	64,2	29	35,8	81	100,0
Éducation	42	53,8	36	46,2	78	100,0
Activités de santé et d'action sociale	12	44,4	15	55,6	27	100,0
Activités à caractère collectif ou personnel	8	40,0	12	60,0	20	100,0
Activités des ménages en tant qu'employeurs de personnel domestique	3	7,7	36	92,3	39	100,0
Total	**193**	**50,9**	**186**	**49,1**	**379**	**100,0**

Source : Enquête ad hoc sur la protection sociale 2011

Tableau N°2 : Répartition des bénéficiaires enquêtés par région et par type de bénéficiaire

TYPE DE BENEFICIAIRE	Région																		Total	
	Kayes		Koulikoro		Sikasso		Ségou		Mopti		Tombouctou		Gao		Kidal		Bamako			
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Homme Adhérant INPS en Activité	2	6,1	2	5,0	4	10,8	4	7,5	2	5,1	2	6,9	9	19,6	1	2,6	2	3,2	28	7,4
Femme Adhérant INPS en Activité	1	3,0	1	2,5	1	2,7	2	3,8	2	5,1	1	3,4	4	8,7	2	5,1	2	3,2	16	4,2
Homme Adhérant INPS à la Retraite	1	3,0	1	2,5			2	3,8	3	7,7	2	6,9			2	5,1	2	3,2	13	3,4
Femme Adhérant INPS à la Retraite	2	6,1	2	5,0	1	2,7					1	3,4			1	2,6	4	6,3	11	2,9
Homme Ayant droits INPS		0,0											1	2,2			3	4,8	4	1,1
Femme Ayant droits INPS	2	6,1	2	5,0	1	2,7	2	3,8	2	5,1			1	2,2	2	5,1	3	4,8	15	4,0
Homme Adhérant CMSS en Activité	2	6,1	2	5,0	2	5,4	3	5,7	2	5,1			1	2,2	2	5,1	4	6,3	18	4,7
Femme Adhérant CMSS en Activité		0,0	1	2,5			3	5,7	2	5,1			1	2,2	1	2,6	4	6,3	12	3,2
Homme Adhérant CMSS à la Retraite	1	3,0	1	2,5	1	2,7	7	13,2	1	2,6	1	3,4	3	6,5	1	2,6	3	4,8	19	5,0
Femme Adhérant CMSS à la Retraite	2	6,1	2	5,0	1	2,7	2	3,8					3	6,5	2	5,1	3	4,8	15	4,0
Homme Ayant droits CMSS		0,0			1	2,7													1	0,3
Femme Ayant droits CMSS	2	6,1	2	5,0	2	5,4							1	2,2	2	5,1	3	4,8	12	3,2
Homme Bénéficiaire AMO	2	6,1	2	5,0	3	8,1	2	3,8			1	3,4			2	5,1	3	4,8	15	4,0
Femme Bénéficiaire AMO	1	3,0			1	2,7	1	1,9							1	2,6	2	3,2	6	1,6
Homme Indigent ayant bénéficié d'Action Sociale		0,0	1	2,5	1	2,7	1	1,9	1	2,6	5	17,2					3	4,8	12	3,2
Femme Indigent ayant bénéficiée d'Action Sociale			2	5,0	1	2,7			2	5,1	2	6,9			1	2,6	5	7,9	13	3,4
Fille Orphelin du SIDA ayant bénéficiée d'Action Sociale									1	2,6	1	3,4							2	0,5
Fistuleuse ayant bénéficiée d'Action Sociale									1	2,6							1	1,6	2	0,5
Homme Handicapé ayant bénéficié d'Action Sociale	1	3,0	1	2,5	5	13,5	2	3,8			1	3,4			2	5,1	3	4,8	15	4,0
Femme Handicapée ayant bénéficiée d'Action Sociale	1	3,0	1	2,5							1	3,4			1	2,6	3	4,8	7	1,8
Garçon Handicapé ayant bénéficié d'Action Sociale			2	5,0	1	2,7			2	5,1	3	10,3			1	2,6	2	3,2	11	2,9
Fille Handicapée ayant bénéficiée d'Action Sociale			1	2,5			1	1,9	2	5,1	3	10,3			2	5,1			9	2,4
Homme Indigent ayant bénéficié d'Aide Sociale	1	3,0	1	2,5	1	2,7	4	7,5	2	5,1			4	8,7	1	2,6	1	1,6	15	4,0
Femme Indigent ayant bénéficiée d'Aide Sociale	2	6,1	3	7,5	2	5,4	4	7,5	5	12,8			7	15,2	3	7,7	1	1,6	27	7,1
Garçon Orphelin du SIDA ayant bénéficié d'Aide Sociale	2	6,1					1	1,9	1	2,6									4	1,1
Fille Orphelin du SIDA ayant bénéficiée d'Aide Sociale			2	5,0			1	1,9					1	2,2					4	1,1
Fistuleuse ayant bénéficiée d'Aide							2	3,8					1	2,2			2	3,2	5	1,3

Sociale																				
Homme Handicapé ayant bénéficié d'Aide Sociale	1	3,0	1	2,5	1	2,7	2	3,8	1	2,6			4	8,7			1	1,6	11	2,9
Femme Handicapée ayant bénéficiée d'Aide Sociale	1	3,0	2	5,0	1	2,7	2	3,8	1	2,6			1	2,2	1	2,6	2	3,2	11	2,9
Garçon Handicapé ayant bénéficié d'Aide Sociale	1	3,0	1	2,5	1	2,7	3	5,7					3	6,5	2	5,1			11	2,9
Fille Handicapée ayant bénéficiée d'Aide Sociale							2	3,8	1	2,6			1	2,2	1	2,6	1	1,6	6	1,6
Homme Adhérant Mutuelles	2	6,1	2	5,0	3	8,1			2	5,1	2	6,9			5	12,8			16	4,2
Femme Adhérant Mutuelles	3	9,1	2	5,0	2	5,4			3	7,7	3	10,3							13	3,4
Total	**33**	**100,0**	**40**	**100,0**	**37**	**100,0**	**53**	**100,0**	**39**	**100,0**	**29**	**100,0**	**46**	**100,0**	**39**	**100,0**	**63**	**100,0**	**379**	**100,0**

Source : Enquête ad hoc sur la protection sociale 2011

Tableau N°3 : Répartition des Bénéficiaires selon le Niveau de satisfaction par rapport à la sociabilité des prestataires

		Quel est votre niveau de satisfaction par rapport à la sociabilité des prestataires?						Total	
		Très satisfait		Satisfait		Pas satisfait			
		Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Région	Kayes	8	25,0	19	59,4	5	15,6	32	100,0
	Koulikoro	8	20,0	28	70,0	4	10,0	40	100,0
	Sikasso	19	51,4	13	35,1	5	13,5	37	100,0
	Ségou	28	56,0	16	32,0	6	12,0	50	100,0
	Mopti	5	13,9	24	66,7	7	19,4	36	100,0
	Tombouctou	5	17,2	21	72,4	3	10,3	29	100,0
	Gao	12	28,6	24	57,1	6	14,3	42	100,0
	Kidal	8	29,6	14	51,9	5	18,5	27	100,0
	Bamako	25	39,7	23	36,5	15	23,8	63	100,0
Total		118	33,1	182	51,1	56	15,7	356	100,0
Sexe du bénéficiaire	Masculin	58	32,8	96	54,2	23	13,0	177	100,0
	Féminin	60	33,5	86	48,0	33	18,4	179	100,0
Total		118	33,1	182	51,1	56	15,7	356	100,0
Type de Prestation Reçue	Sécurité Sociale	56	28,3	110	55,6	32	16,2	198	100,0
	Aide Sociale	35	39,8	40	45,5	13	14,8	88	100,0
	Action Sociale	27	38,6	32	45,7	11	15,7	70	100,0
Total		118	33,1	182	51,1	56	15,7	356	100,0

Source : Enquête ad hoc sur la protection sociale 2011

Tableau N°4 : Répartition des structures enquêtées par région administrative

	Type de Structure													
	Services publics		Projets/ Programmes		Collectivités (Elus)		Société civile		Mutuelles		Banques et Assurances		Total	
REGION	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Kayes	22	9,2	1	4,5	5	13,9	19	11,9	2	25,0			49	10,5
Koulikoro	24	10,1	3	13,6	6	16,7	22	13,8					55	11,8
Sikasso	24	10,1	2	9,1	4	11,1	12	7,5					42	9,0
Segou	20	8,4	3	13,6	3	8,3	14	8,8	2	25,0			42	9,0
Mopti	21	8,8	3	13,6	3	8,3	18	11,3	1	12,5			46	9,9
Tombouctou	24	10,1	4	18,2	4	11,1	18	11,3	1	12,5			51	10,9
Gao	23	9,7	2	9,1	5	13,9	15	9,4	1	12,5			46	9,9
Kidal	18	7,6	3	13,6	5	13,9	15	9,4					41	8,8
Bamako	62	26,1	1	4,5	1	2,8	26	16,4	1	12,5	3	100,0	94	20,2
Total	238	100,0	22	100,0	36	100,0	159	100,0	8	100,0	3	100,0	466	100,0

Source : Enquête ad hoc sur la protection sociale 2011

Tableau N°5 : Evolution des dépenses de l'INPS par branche d'activités

Désignation	**2009**	**2010**	**Taux %**
Dépenses Techniques			
Accidents du travail et maladies professionnelles	926 817 341	877 416 062	-5,33%
Prestations Familiales	3 780 871 683	4 783 127 930	26,51%
Protection contre la maladie	1 635 706 255	1 627 270 245	-0,52%
Vieillesse, invalidité et décès	27 800 720 826	30 299 517 705	8,99%
Action sanitaire et sociale	652 841 715	736 599 871	12,83
Total	**34 794 795 236**	**38 524 793 527**	**10,08%**
Dépenses Administratives	**8 636 626 593**	**10 364 410 331**	**18,78%**
Recettes de cotisations	**56 674 161 040**	**61 648 944 760**	**8,78%**
Placements et résultats nets			
Placements	44 949 391 876	54 823 6 70 304	21,96%
Résultats nets	**8 846 332 102**	**11 698 592 541**	**32,24%**

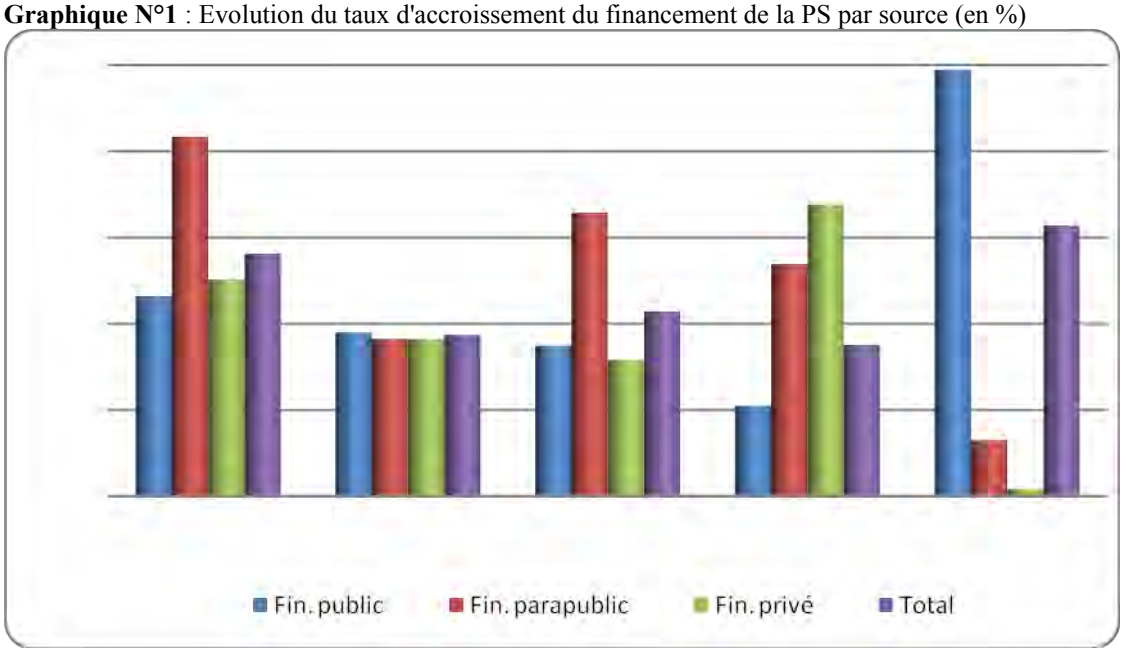
Source : INPS

Tableau N°6 : Evolution du taux d'accroissement du financement de la PS par source (en %)

Type de financement	**2004-2005**	**2005-2006**	**2006-2007**	**2007-2008**	**2008-2009**
Financement public	11,6%	9,5%	8,7%	5,2%	24,7%
Financement parapublic	20,8%	9,1%	16,4%	13,5%	3,3%
Financement privé	12,6%	9,1%	7,9%	16,9%	0,4%
Total	**14,1%**	**9,4%**	**10,7%**	**8,8%**	**15,7%**

Source : DNPSES

Graphique N°1 : Evolution du taux d'accroissement du financement de la PS par source (en %)



Source : DNPSES

Tableau N°7: Principales difficultés rencontrées selon le Type de Prestation reçue et le Sexe du Bénéficiaire

	Type de Prestation Reçue												Total	
	Sécurité Sociale				Aide Sociale				Action Sociale					
	Masculin		Féminin		Masculin		Féminin		Masculin		Féminin			
DIFFICULTES	**Effectif**	**%**	**Effectif**	**%**	**Effectif**	**%**	**Effectif**	**%**	**Effectif**	**%**	**Effectif**	**%**	**Effectif**	**%**
Insuffisance de ressources financières	12	14,0	8	11,8	2	6,1	8	17,4	9	23,1	3	9,7	42	13,9
Insuffisance de la qualité des prestations (faiblesse des allocations, ….)	25	29,1	20	29,4	7	21,2	13	28,3	3	7,7	7	22,6	75	24,8
Faible couverture des besoins (fourniture prothèses, …)	5	5,8	4	5,9	2	6,1	1	2,2	1	2,6			13	4,3
Difficultés d'accès aux prestations (problème de déplacement, tracasseries, mauvais accueil, lourdeurs procédures,	28	32,6	21	30,9	7	21,2	9	19,6	11	28,2	11	35,5	87	28,7
Difficulté d'entretien moyen de déplacement					2	6,1	3	6,5	4	10,3	1	3,2	10	3,3
Chômage/Faiblesse des revenus/Précarité/Pauvreté	2	2,3	3	4,4	3	9,1	4	8,7	1	2,6	4	12,9	17	5,6
Faible accès aux services sociaux	2	2,3	4	5,9	3	9,1	4	8,7	1	2,6	3	9,7	17	5,6
Problèmes quotidiens (non-respect canne blanche, stigmatisation, non-respect des droits, exclusion, …)	3	3,5	2	2,9	5	15,2	1	2,2					11	3,6
Difficultés d'écoulement des produits (débouchés)							1	2,2	2	5,1			3	1,0
Insuffisance d'équipement/matériels économiques					2	6,1	1	2,2	4	10,3	1	3,2	8	2,6
Besoins de formation			1	1,5			1	2,2	2	5,1	1	3,2	5	1,7
Autres	9	10,5	5	7,4					1	2,6			15	5,0
Total	**86**	**100,0**	**68**	**100,0**	**33**	**100,0**	**46**	**100,0**	**41**	**100,0**	**31**	**100,0**	**305**	**100,0**

Source : Enquête ad hoc sur la protection sociale 2011

Annexe 5 : Termes de référence du RNDH2011 dont le thème porte sur : «Protection Sociale et Développement Humain au Mali»

MINISTÈRE DU DÉVELOPPEMENT SOCIAL, DE LA SOLIDARITÈ ET DES PERSONNES ÂGÉES

RÉPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple – Un But – Une Foi

Observatoire du Développement Humain
Durable et de la Lutte Contre la Pauvreté

1. Contexte et justification

La protection sociale désigne tous les mécanismes de prévoyance collective qui permettent aux individus ou aux ménages de faire face financièrement aux conséquences des risques sociaux. Il s'agit de situations pouvant provoquer une baisse des ressources ou une hausse des dépenses (vieillesse, maladie, invalidité, chômage, charges de famille, etc.) Parmi les risques sociaux couverts, on peut citer :

- (i) la santé, qui comprend la maladie, l'invalidité, les accidents du travail et les maladies professionnelles ;
- (ii) la maternité – famille, qui intègre les prestations familiales (les indemnités journalières et prestations liées à la maternité, allocations familiales, aides pour la garde et la scolarisation des enfants) ;
- (iii) la vieillesse et la survie, qui incluent principalement les pensions et les pensions de réversion ;
- (iv) le logement, qui comprend essentiellement les allocations de logement ;
- (v) l'emploi, qui comprend divers dispositifs liés à l'insertion et à la réinsertion professionnelle ainsi que l'indemnisation du chômage ;
- (vi) la pauvreté et l'exclusion sociale, qui regroupent des prestations diverses en faveur des personnes démunies. Les dispositifs de la protection sociale sont aussi de plus en plus orientés vers les personnes touchées, affectées et/ou infectées par le VIH et le SIDA, notamment les femmes et les enfants, voire les orphelins.

L'Union Africaine définit la Protection Sociale comme étant « une gamme d'actions protectrices publiques entreprises par l'Etat et d'autres acteurs en réponse aux niveaux inacceptables de vulnérabilité et de pauvreté et qui visent à garantir une restauration des droits humains face aux risques de destruction chez la frange de population qui pour des raisons indépendantes de leur volonté sont incapables de s'auto prendre en charge.»

Au Mali, la protection sociale désigne l'ensemble des mécanismes relatifs à la sécurité sociale, l'action sociale et la protection sociale. Elle est désormais perçue au plan comme une composante clef dans les stratégies de réduction de la pauvreté. En plus de la réduction de la vulnérabilité économique, sociale, alimentaire/nutritionnelle et d'autres chocs et stress, la protection sociale constitue également une voie pour promouvoir la productivité des ménages en augmentant leur capacité d'achat des intrants et soutenir le développement des enfants,

futurs adultes de demain. Elle contribue à briser le cycle inter générationnel de la pauvreté par le développement du capital humain.

En effet, la protection sociale désigne les politiques et les mesures destinées à donner aux pauvres et aux catégories vulnérables davantage de moyens de s'affranchir du dénuement et de faire face aux risques et aux chocs. Elle peut favoriser l'autonomisation et accroître la sécurité en permettant de mieux maîtriser les risques et en encourageant ainsi les pauvres à investir dans des activités plus rentables. Elle contribue au développement du capital humain en offrant aux pauvres et aux personnes vulnérables la possibilité d'améliorer leurs capacités et de rompre ainsi le cercle vicieux de la transmission de la pauvreté d'une génération à l'autre.

Les composantes de la protection sociale sont essentiellement les transferts sociaux (transferts monétaires, transferts en nature, subventions, etc.), l'assurance sociale (assurance maladie; accident; incendie, vie; allocations retraite, chômage, etc.), les services sociaux (Garderie d'enfant, Congés maternité, etc.) et la législation sociale (Lois, régulations, Salaire minima, Normes*, etc.)*

L'approche du développement humain repose sur une idée simple mais forte : placer l'individu au cœur des priorités de développement. Il s'agit d'élargir les choix et les libertés permettant aux gens de vivre longtemps et en bonne santé, d'accéder au savoir, de bénéficier d'un niveau de vie décent et de participer à la vie locale dans la dignité et le respect d'eux-mêmes.

Le développement humain et la protection sociale ont le même dénominateur. Ils placent chacun, l'individu, en particulier le pauvre ou le vulnérable au cœur des priorités. Par ailleurs, les risques couverts par la protection sociale sont au cœur des préoccupations du développement humain à travers la santé, l'éducation et le niveau de vie.

Le développement humain et la protection sociale sont au cœur de toutes les phases du Cadre Stratégique de Lutte Contre la Pauvreté (CSLP), depuis sa première génération (CSLP I 2002-2006), la deuxième génération CSLP II ou Cadre Stratégique pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté (CSCRP) 2007-2011, la troisième CSLP III 2012-2017, en cours d'élaboration). En effet, les autorités maliennes et les Partenaires Techniques et Financiers (PTF) sont de plus en plus conscients de l'importance que revêtent les initiatives en matière de protection sociale pour progresser dans l'atteinte des objectifs du CSCRP en vue d'aller vers les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). Plus précisément, la protection sociale permet non seulement de s'attaquer à réduire la pauvreté monétaire, mais aussi de contribuer concrètement à la réalisation des objectifs généraux de développement, par l'amélioration des résultats sur le plan de la nutrition, de la santé et de l'éducation. Cela se justifie dans un contexte où le Mali et ses populations déjà pauvres, restent très vulnérables à différents risques venant de chocs exogènes et/ou endogènes. Il existe aujourd'hui une volonté très affichée des autorités maliennes de faire de la protection sociale un important levier du développement. En témoigne, l'élaboration d'une Politique de Protection Sociale en 2002 et

la mise en œuvre d'un plan d'action pour la période 2005-2009 qui a permis entre autres la mise en place de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) et du Régime d'Assistance Médicale (RAMED). En effet, un nouveau plan d'action 2010-2015 a été élaboré, ainsi que l'adoption d'une stratégie nationale d'extension de la couverture maladie par les mutuelles.

Dans les pays où les principaux bénéficiaires des interventions auxquelles la protection sociale donne lieu sont les femmes, les différentes mesures peuvent les aider à devenir plus autonomes et à établir un équilibre dans les relations familiales.

Par ailleurs, pour le Mali, qui est signataire de la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide, les mesures de protection sociale offrent des possibilités intéressantes de concrétiser ses engagements, en vue de favoriser l'instauration d'une croissance pro-pauvres et promouvoir ses stratégies de développement nationales et régionales. Les pouvoirs publics, les PTF et les organisations de la société civile, ont des rôles complémentaires à jouer afin que la protection sociale parvienne à toucher les plus pauvres.

La nécessite de rendre compte de l'importance de la protection sociale dans de processus de développement humain durable, d'évaluer son impact dans l'atteinte des objectifs de développement à travers le CSLP et les OMD, mais également de remédier durablement à la vulnérabilité socioéconomique du pays, justifient la réalisation de cette étude.

2. Objectifs

L'objectif principal de cette étude est de contribuer à une meilleure orientation des politiques de développement du Mali en vue d'améliorer les conditions de vie des populations et réduire leur vulnérabilité face aux risques sociaux. Plus spécifiquement, il s'agit de :

- faire un état des lieux des différentes mesures et politiques de protection sociale au Mali, à la fois aux niveaux formel et informel, voire agricole ;
- faire un état des lieux du développement humain et de ses différentes composantes ;
- analyser les déterminants de la protection sociale et leurs impacts/effets sur le développement humain, la croissance économique et la réduction de la pauvreté ;
- savoir dans quelle mesure la protection sociale peut mieux contribuer à l'atteinte des objectifs du CSCRP et des OMD ;
- formuler des recommandations de politique économique et sociale en vue de faire de la protection sociale un vecteur du développement humain à long terme.

3. Résultats attendus

Trois principaux résultats sont attendus de cette étude, à savoir :

- un état des lieux est fait sur les mesures et politiques de protection sociale, mais aussi sur le développement humain et ses composantes au Mali ;
- les déterminants de la protection sociale et leurs impacts sur le développement humain, la croissance économique et la réduction de la pauvreté, sont analysés ;
- des recommandations de politique économique et sociale sont formulées en vue de faire de la protection sociale un vecteur du développement humain à long terme

4. Méthodologie

Cette étude s'appuiera dans un premier temps sur l'ensemble des informations disponibles sur la protection sociale et le développement humain au Mali. Plus précisement, les documents stratégiques de développement, les données disponibles sur les mesures et politiques de protection sociale ainsi que les études et recherches sur la protection sociale et le développement humain, les données macro-économiques et microéconomiques (conditions de vie des ménages, transferts, subventions, aides au plus démunies, assurance maladies, prestations sociales, etc.), serviront pour les différentes analyses possibles. En effet, la possibilité de collecter d'autres informations dependra des informations disponibles pour les besoins de l'étude.

Dans un second temps, la démarche méthodologique consistera à établir une situation sans protection sociale et avec protection sociale au Mali. A cet effet, les consultants recrutés pour cette étude proposeront une démarche méthodologique détaillée dans une note de compréhension des présents TDR.

5. Profil des consultants

Pour la réalisation de cette étude, il sera fait appel à trois consultants : un macro-économiste, un statisticien et un spécialiste en politique sociale.

Pour le consultant macro-économiste, il devra avoir, (i) au moins une maîtrise en sciences économiques, (ii) au moins 5 années d'expériences dans le domaine de la planification, de la recherche ou du suivi des politiques et stratégies de développement, (iii) avoir une bonne connaissance de l'approche du développement humain, des politiques nationales de lutte contre la pauvreté et des OMD, (iv) être en mesure de travailler en équipe.

Le statisticien doit avoir, (i) une bonne connaissance du système statistique national, (ii) au moins cinq années d'expérience dans le traitement et l'analyse des données socioéconomiques, en particulier sur la pauvreté et le développement humain, (iii) une bonne connaissance du système d'information sociale au Mali et des pays de la sous-région et les sources d'informations appropriées, (iv) une bonne connaissance du CSLP du Mali et des cadres des politiques de protection sociale et des OMD, (v) être en mesure de travailler en équipe.

Le spécialiste en politique sociale doit avoir, (i) au moins bac plus 5 en sciences sociales, (ii) au moins 10 années d'expériences dans l'élaboration, la mise en oeuvre, le suivi des politiques et actions dans le domaine du développement social et des actions en faveur des couches vulnérables, (iii) avoir une bonne connaissance du CSLP et des OMD et leur articulation avec la protection sociale, (iv) être en mesure de travailler en équipe.

6. Durée de l'étude

Cette étude durera cinq mois. Elle débutera par le choix des consultants. Pour ces derniers, la durée sera évaluée à partir de la date de signature des contrats.

Dans l'ensemble le calendrier suivant pourra être suivi :

- ***Juin 2011*** :
  - 13/06/2011 validation des TDR ;
  - 23/06/2011 choix des consultants ;
- ***Juillet 2011 :***

- 1er au 15/07/2011 Elaboration et validation de la note de compréhension des TDR des consultants, y compris un plan de rédaction ;
- 16 au 30/07/2011 Choix et élaboration des outils techniques ;

- ***Août - Septembre 2011***
  - Collecte, traitement et analyse des données
  - Elaboration du rapport : parties thématique (consultants) et non-thématique (ODHD)
- ***Octobre 2011***
  - Dépôt draft provisoire
  - Validations technique et nationale du draft provisoire
  - Correction et dépôt rapport finale

7. Sources de Financement

- Budget de l'Observatoire du développement Humain Durable (ODHD) et budget du PNUD

Annexe 6 : Liste des services, structures et organismes rencontrés lors de l'enquête sur la protection sociale

AU NIVEAU NATIONAL

Structures nationales

- ministère du Travail et de la Fonction Publique
  - Direction nationale du travail
- ministère de l'Emploi et de la Formation Professionnelle ;
  - ANPE / Département de l'observatoire de l'Emploi et de la Formation(DOEF) ;
  - APEJ ;
  - Direction nationale de l'emploi
  - Fonds auto-renouvelable pour l'emploi
  - FAFPA
- ministère du Développement Social de la Solidarité et des Personnes Agées ;
  - Direction nationale du développement social
  - Direction nationale de la protection sociale et de l'économie solidaire
  - Conseil d'Orientation Stratégique de la Protection Sociale
  - INPS
  - CMSS
  - CANAM
  - ANAM
  - Fonds national de solidarité
  - Institut de recherche en géronto-gériatrie
  - PACR
  - PADEC
- ministère de l'Education de l'Alphabétisation et des Langues Nationales ;
  - Direction nationale de l'éducation de base (cantines scolaires, bourses maman, etc.)
- ministère de la Santé ;
  - DNS
  - CPS-Santé
  - Hôpitaux
  - Secrétariat exécutif du HCNLS
- ministère de l'environnement et de l'assainissement ;
  - AEDD
  - DNACPN
  - Direction nationale des eaux et forêts
  - CPS-SEEUDE
- ministère de la culture
  - Direction nationale de la culture

- BMDA
- ministère de la Sécurité Intérieure et de la Protection Civile ;
  - DGPN
  - DNPC
- ministère de la défense et des anciens combattants ;
  - Direction du service social des armées
  - Maison des anciens combattants
- ministère de l'Agriculture ;
  - DNA
  - Projet d'appui à la mise en œuvre de la LOA
  - CPS-SDR
  - Fonds d'Appui aux Agriculteurs
  - APCAM
  - Office de protection des végétaux
- ministère de l'élevage et de la pêche ;
  - DNPIA
  - Direction nationale des services vétérinaires
  - Direction nationale de la pêche
- ministère de l'Economie et des Finances ;
  - Direction générale des impôts
  - Direction générale du budget
  - INSTAT
  - Projet d'appui aux sources de croissance
  - DNP
  - DNPD
  - Cellule Technique du Cadre stratégique de Lutte contre la Pauvreté
- ministère de l'Administration Territoriale et des Collectivités Locales ;
  - DNAT
  - DNCT
  - Projet de consolidation de l'état civil
  - ANICT
- ministère de l'Artisanat et du Tourisme ;
  - OMATHO
  - Chambre des métiers du Mali
- ministère des Affaires Foncières et de l'Urbanisme ;
  - Direction nationale des domaines et du cadastre
  - Direction nationale de l'urbanisme et de la construction
  - ACI
  - SEMA
- ministère de la Promotion de la Femme,de l'Enfant et de la Famille ;
  - Direction nationale de la promotion de la femme
  - Direction nationale de la promotion de l'enfant et de la famille
  - Programme national de lutte contre la pratique de l'excision
  - Centre d'accueil et de placement familial

- CNDIFE
- ministère de la Jeunesse et des Sports ;
  - DNJ
- Ministère de la Justice
  - Direction Nationale de l'Administration de la Justice
  - Direction Nationale de l'Administration Pénitentiaire et de l'Education Surveillée
  - Direction Nationale des Affaires Judiciaires et du Sceau
  - Centre de Détention, de Rééducation et de Réinsertion pour Enfants de Bollé
  - Ordre des Avocats
- Commissariat à la Sécurité Alimentaire ;
  - Commissariat à la Sécurité Alimentaire
  - SAP
- Commissariat au Développement Institutionnel

- ministère de la communication ;
  - ORTM
  - URTEL

Les PTF

- Agences SNU (PNUD, UNICEF, BIT, OMS, PAM, UNFPA, ONUFEM, FAO)
- Banque Mondiale,
- CEDEAO
- UEMOA
- Coopération canadienne
- SNV
- Coopération suisse
- Coopération allemande

Les organisations de la Société Civile

- Conseil National de la Société Civile
- Forum de la Société Civile
- CAFO
- Conseil national des jeunes
- Réseau des communicateurs traditionnels
- Associations religieuses (Haut conseil islamique, Eglise protestante, Eglise catholique)
- Fondations : Fondation pour l'Enfance, Fondation Partage, Fondation Aga Khan, Rotary club Mali, Lions club
- Organisations syndicales : UNTM, CSTM
- Autres syndicats
- Ordre des pharmaciens
- Ordre des médecins

- ARCAD SIDA
- GP santé population
- Save the Children
- Réseau national de promotion de l'économie sociale et solidaire
- FENASCOM
- Fédération malienne des personnes handicapées
- Coalition Alternative et Aide au développement (CAAD)
- Association des retraités de la Fonction Publique
- Association des retraités de la Convention Collective
- Fédération Nationale des Associations des Retraités et Victimes de Guerre
- Conseil National des Personnes Agées

Les élus

- Commission santé et développement social de l'Assemblée nationale ;
- HCCT ;
- CESC ;
- Réseau des Femmes Parlementaires

Les Mutuelles

- UTM
- Santé
- Agriculture
- Education
- Sécurité (police, gendarmerie, etc.)
- Armée

Les banques et assurances

- les compagnies d'assurance : SONAVIE, CNAR, Comité des compagnies d'assurance du Mali
- les Banques : BMS, BRS, BHM, BNDA, Association Professionnelle des Institutions de Microfinance

AU NIVEAU REGIONAL

Les structures régionales

- Office du Niger
- Gouvernorat
- DRPSIAP
- Centre de Santé de Référence
- Hôpital
- DRDSES
- DRINPS
- DR Santé

- DR domaine et cadastre
- Académie d'enseignement
- ANPE
- APEJ
- DR promotion de la femme, de l'enfant et de la famille
- DR Budget
- SAP
- DR Agriculture
- DR Pêche
- DR élevage
- DR Services vétérinaires
- Antenne de l'Office de protection des végétaux
- Antenne Régionale ANICT

Les partenaires techniques et financiers

- Projets et programmes dans le domaine de la protection sociale

Les élus

- Assemblée régionale
- Conseil de cercle
- Conseil communal

Les Organisations de la société civile

- ASACO
- Coopératives d'habitat
- Associations de femmes
- Associations de jeunes
- Associations de personnes handicapées
- Associations des Personnes vivant avec le VIH et SIDA
- Réseau des intervenants en faveur des orphelins et enfants vulnérables
- CAFO
- Coopératives des agriculteurs, éleveurs, pêcheurs, maraîchers
- Ordre des pharmaciens
- Ordre des médecins
- UNTM, CSTM
- Mutuelles communautaires

LES BENEFICIAIRES

Annexe 7 : Guides d'entretien

Ces questionnaires ont pour objet d'alimenter l'étude « Protection Sociale et Développement Humain au Mali » en aidant à la compréhension du concept « Protection Sociale » tel que perçu par les acteurs, à établir l'état des lieux de la protection sociale au Mali et à en mesurer les impacts et les défis dans une approche développement humain. Cette approche repose sur les principes suivants : appropriation nationale, préparation participative, autonomie d'analyse, qualité d'analyse, présentation flexible et créative, stratégie soutenue de communication et de suivi.

L'étude a été commanditée par le Ministère du Développement Social, de la Solidarité et des Personnes Agées, à travers l'Observatoire du Développement Humain Durable et de la Lutte Contre la Pauvreté au Mali (ODHD/LCP) avec l'appui de l'Institut National de la Statistique (INSTAT). Ses objectifs sont :

- faire un état des lieux des différentes mesures et politiques de protection sociale au Mali, à la fois aux niveaux formel et informel, voire agricole ;
- faire un état des lieux du développement humain et de ses différentes composantes ;
- analyser les déterminants de la protection sociale et leurs impacts/effets sur le développement humain, la croissance économique et la réduction de la pauvreté ;
- savoir dans quelle mesure la protection sociale peut mieux contribuer à l'atteinte des objectifs du CSCRP et des OMD ;
- formuler des recommandations de politique économique et sociale en vue de faire de la protection sociale un vecteur du développement humain à long terme.

Pour cette étude, cinq (5) guides d'entretien ont été conçus.

Guide 1 : Questionnaire destiné aux Structures/Organisations chargées de l'Action Sociale

PARTIE A : RENSEIGNEMENTS GENERAUX SUR LE REPONDANT

Nom de la structure/organisation : ……..

Région : ……|___|

Prénom(s) et nom du répondant : …….

Tél : ……/……..

Mail :…….

Date de remplissage :..|___|___|/|___|___|/|___|___| Signature et Cachet …….

PARTIE B : PERCEPTION DE LA PROTECTION SOCIALE

B1 : Selon votre structure/organisation que signifie la protection sociale ?

……

……

……

CODE

(Ne rien inscrire ici)

|___|___|___|

B2 : Selon votre structure/organisation quelles sont les formes que la protection sociale doit revêtir ?

Citez-les en leur donnant un contenu :

CODE

(Ne rien inscrire ici)

1…… **|___|___|___|**

2…… **|___|___|___|**

B3 : Dans quelles situations devrait-on bénéficier deces formes de protection sociale ?

CODE

(Ne rien inscrire ici)

1…… **|___|___|___|**

2…… **|___|___|___|**

B4 : Qui devrait profiter de la protection sociale ?

Donnez les bénéficiaires par forme de protection sociale selon le contenu donné à **B2**

B4.1 Forme 1	**CODE**
	(Ne rien inscrire ici)
1……	**|___|___|___|**
B4.2 Forme 2	**CODE**
	(Ne rien inscrire ici)
2……	**|___|___|___|**
B4.3 Forme 3	**CODE**
	(Ne rien inscrire ici)
3……	**|___|___|___|**
B4.4 Forme 4	**CODE**
	(Ne rien inscrire ici)
4……	**|___|___|___|**

PARTIE C : LES MISSIONS ASSIGNEES A VOTRE STRUCTURE/ORGANISATION DANS LE CADRE DE L'ACTION SOCIALE

C1 : Historique de l'évolution des missions de la structure/organisation

Faire une brève historique de l'évolutiondes principales missions de la structure/organisation de sa création à ce jour.

	CODE
	(Ne rien inscrire ici)
……	**|___|___|___|**

C2 : Quelles sont les missions assignées à ce jour à votre structure/organisation dans le domaine de l'action sociale ?

Donnez la liste de façon succincte	**CODE**
	(Ne rien inscrire ici)
1……	**|___|___|___|**
2……	**|___|___|___|**
C3 : Parmi ces missions, lesquelles ne sont pas encore assurées et pourquoi ?	**CODE**
C3.1 Liste des missions non assurées	**(Ne rien inscrire ici)**

1…… |___|___|___|

2…… |___|___|___|

C3.2 Pourquoi ces missions ne sont pas assurées ? **CODE**

(Ne rien inscrire ici)

1…… |___|___|___|

2…… |___|___|___|

C3.3 Quelles sont les perspectives pour remédier à cette situation ? **CODE**

(Ne rien inscrire ici)

1…… |___|___|___|

2…… |___|___|___|

PARTIE D : DOMAINES D'INTERVENTION DE LA STRUCTURE/ORGANISATION DANS LE CADRE DE L'ACTION SOCIALE

Donnez les différents domaines d'intervention actuels (exemple : santé, éducation)

DOMAINES D'INTERVENTION	**CODE PROGRAM. ET PROJET**	**COUVERTURE** **1. Nationale** **2. Régionale** **3. Locale**	**NATURE DES BENEFICIAIRES**	**CODE NATURE**
	|____|____|	|____|		|____|____|
	|____|____|	|____|		|____|____|

PARTIE E : POLITIQUES ET STRATEGIES

E1 : Citez les politiques et stratégies d'action sociale mises en œuvre par votre structure/organisation au cours de la dernière décennie (2002-2011)

E1.1 Politiques d'action sociale **CODE**

(Ne rien inscrire ici)

1…… **|___|___|___|**

2…… **|___|___|___|**

E1.2 Stratégies d'action sociale

	CODE (Ne rien inscrire ici)
1……	|___|___|___|
2……	|___|___|___|

E2 : Citez les programmes/projets d'action socialemis en œuvre par votre structure/organisation au cours de la période 2005-2011

Intitulés des programmes et projets	CODE PROGRAM. ET PROJET	Montants en millions de FCFA	Période couverte (Inscrire l'année)	Sources de financement	CODE SOURCE
	|____|____|		Début |____|____|____|____| Fin |____|____|____|____|		|____|____|
	|____|____|		Début |____|____|____|____| Fin |____|____|____|____|		|____|____|

PARTIE F : REALISATIONS AU COURS DES TROIS DERNIERES ANNEES (2008-2009-2010) ET PREVISIONS 2011-2012

Nature des réalisations/Prévisions	CODE REALISATION	Réalisations (en million FCFA)			Prévisions (en million FCFA)	
		2008	2009	2010	2011	2012
	|____|____|					
	|____|____|					

PARTIE G : DIFFICULTES RENCONTREES DANS LA MISE EN ŒUVRE

Citez les principales difficultés rencontrées dans la mise en œuvre des politiques, stratégies, programmes/projets en cours et solutions proposées.

PRINCIPALES DIFFICULTES RENCONTREES	CODE DIFFICULTE	SOLUTIONS PROPOSEES	CODE SOLUTION
	|____|____|____|		|____|____|____|
	|____|____|____|		|____|____|____|

PARTIE H : IMPACT DES PRESTATIONS SUR LES BENEFICIAIRES

H1 : Existe-t-il des rapports d'évaluation des impacts des actions des politiques, stratégies, projets/programmes d'action sociale sur les bénéficiaires ? Oui I___I Non I___I

H1.1 Si oui, citez et joindre ces rapports	**CODE** (Ne rien inscrire ici)
1……	|___|___|___|
2……	|___|___|___|

PARTIE I : DEFIS

Quels sont les défis à relever par votre structure/organisation dans le cadre de l'action sociale?

I1. Actuels	**CODE** (Ne rien inscrire ici)
1……	|___|___|___|
2……	|___|___|___|

I2. Futurs	**CODE** (Ne rien inscrire ici)
1……	|___|___|___|
2……	|___|___|___|

PARTIE J : PERSPECTIVES

Quelles sont vos perspectives à court, moyen et long termes ?

J1. En matière de réglementation de l'action sociale	**CODE** (Ne rien inscrire ici)
1……	|___|___|___|
2……	|___|___|___|

J2. En matière de politiques et de stratégies d'action sociale	**CODE** (Ne rien inscrire ici)
1……	|___|___|___|
2……	|___|___|___|

PARTIE K : APPARTENANCE A UN RESEAU

K1. La structure appartient-elle à un réseau ? Oui I __I Non I __I

K1.1 Si oui, nom du réseau : ……

……

CODE

(Ne rien inscrire ici)

|___|___|___|

Autres Commentaires

Prénom(s) et Nom de l'enquêteur : ……..

Merci de remplir ce questionnaire et de le faire retourner à l'ODHD/LCP : Rue Marius Moutet, Porte 68, BP120, Quartier Médina-Coura, Bamako, Tel : 20238553, Mail : odhd@afribone.net.ml

Guide 2 : Questionnaire destiné aux structures chargées de l'Aide Sociale

PARTIE A : RENSEIGNEMENTS GENERAUX SUR LE REPONDANT

Nom de la structure : ……

Région : ……|___|

Prénom(s) et nom du répondant :…….

Tél : ……/……..

Mail :…….

Date de remplissage :..|___|___|/|___|___|/|___|___| Signature et Cachet …….

PARTIE B : PERCEPTION DE LA PROTECTION SOCIALE

B1 : Selon votre structure que signifie la protection sociale ?.....

CODE

(Ne rien inscrire ici)

…… **|___|___|___|**

B2 : Selon votre structure quelles sont les formes que la protection sociale doit revêtir ?

Citez-les en leur donnant un contenu :

CODE

(Ne rien inscrire ici)

1…… **|___|___|___|**

2…… **|___|___|___|**

B3 : Dans quelles situations devrait-on bénéficier deces formes de protection sociale ?

CODE

(Ne rien inscrire ici)

1…… **|___|___|___|**

2…… **|___|___|___|**

B4 : Qui devrait profiter de la protection sociale ?

Donnez les bénéficiaires par forme de protection sociale selon le contenu donné à **B2**

B4.1 Forme 1 **CODE**

	(Ne rien inscrire ici)
1……	**|___|___|___|**
B4.2 Forme 2	**CODE**
	(Ne rien inscrire ici)
2……	**|___|___|___|**
B4.3 Forme 3	**CODE**
	(Ne rien inscrire ici)
3……	**|___|___|___|**
B4.4 Forme 4	**CODE**
	(Ne rien inscrire ici)
4……	**|___|___|___|**

PARTIE C : LES MISSIONS ASSIGNEES A VOTRE STRUCTURE DANS LE CADRE DE L'AIDE SOCIALE

C1 : Historique de l'évolution des missions de la structure

Faire une brève historique de l'évolutiondes principales missions de la structure de sa création à ce jour.

	CODE
	(Ne rien inscrire ici)
……	**|___|___|___|**

C2 : Quelles sont les missions assignées à ce jour à votre structure dans le domaine de l'aide sociale ?

Donnez la liste de façon succincte	**CODE**
	(Ne rien inscrire ici)
1……	**|___|___|___|**
2……	**|___|___|___|**
C3 : Parmi ces missions, lesquelles ne sont pas encore assurées et pourquoi ?	**CODE**
C3.1 Liste des missions non assurées	**(Ne rien inscrire ici)**
1……	|___|___|___|
2……	|___|___|___|
C3.2 Pourquoi ces missions ne sont pas assurées ?	**CODE**

(Ne rien inscrire ici)

1…… |___|___|___|

2…… |___|___|___|

C4 : Quelles sont les perspectives pour remédier à cette situation ? **CODE**

(Ne rien inscrire ici)

1…… |___|___|___|

2…… |___|___|___|

PARTIE D : DOMAINES D'INTERVENTION DE LA STRUCTURE DANS LE CADRE DE L'AIDE SOCIALE

Donnez les différents domaines d'intervention actuels (exemple : santé, éducation)

DOMAINES D'INTERVENTION	**CODE DOMAINE INTERV.**	**COUVERTURE** **1. Nationale** **2. Régionale** **3. Locale**	**NATURE DES BENEFICIAIRES**	**CODE NATURE**
	|___|___|	|___|		|___|___|
	|___|___|	|___|		|___|___|

PARTIE E : POLITIQUES ET STRATEGIES

E1 : Citez les politiques et stratégies d'aide sociale mises en œuvre par votre structure au cours de la dernière décennie (2002-2011)

E1.1 Politiques d'action sociale **CODE**

(Ne rien inscrire ici)

1…… |___|___|___|

2…… |___|___|___|

E1.2 Stratégies d'action sociale **CODE**

(Ne rien inscrire ici)

1…… |___|___|___|

2…… |___|___|___|

3…… |___|___|___|

E2 : Citez les programmes/projets	**CODE**	**Montants en millions**	**Période couverte**	**Sources de**	**CODE**

d'aide socialemis en œuvre par votre structure au cours de la période 2005-2011Intitulés des programmes et projets	PROGRAM. ET PROJET	de FCFA	(Inscrire l'année)	financement	SOURCE
	|___|___|		Début |___|___|___|___| Fin |___|___|___|___|		|___|___|
	|___|___|		Début |___|___|___|___| Fin |___|___|___|___|		|___|___|

PARTIE F : REALISATIONS AU COURS DES TROIS DERNIERES ANNEES (2008-2009-2010) ET PREVISIONS 2011-2012

Nature des réalisations/Prévisions	CODE NATURE REALIS.	Réalisations (en million FCFA)			Prévisions (en million FCFA)	
		2008	2009	2010	2011	2012
	|___|___|					
	|___|___|					

PARTIE G : DIFFICULTES RENCONTREES DANS LA MISE EN ŒUVRE

Citez les principales difficultés rencontrées dans la mise en œuvre des politiques, stratégies, programmes/projets en cours et solutions proposées.

PRINCIPALES DIFFICULTES RENCONTREES	CODE DIFFICULTE	SOLUTIONS PROPOSEES	CODE SOLUTION
	|___|___|___|		|___|___|___|
	|___|___|___|		|___|___|___|

PARTIE H : IMPACT DES PRESTATIONS SUR LES BENEFICIAIRES

H1 : Existe-t-il des rapports d'évaluation des impacts des actions des politiques, stratégies, projets/programmes d'aide sociale sur les bénéficiaires ? Oui I __I NonI __I

H1. Si oui, citez et joindre ces rapports	**CODE** (Ne rien inscrire ici)
1……	|___|___|___|
2……	|___|___|___|

PARTIE I : DEFIS

Quels sont les défis à relever par votre structure dans le cadre de l'aide sociale?

I1. Actuels	**CODE** (Ne rien inscrire ici)
1……	|___|___|___|
2……	|___|___|___|

I2. Futurs	**CODE** (Ne rien inscrire ici)
1……	|___|___|___|
2……	|___|___|___|

PARTIE J : PERSPECTIVES

Quelles sont vos perspectives à court, moyen et long termes ?

J1. En matière de réglementation de l'aide sociale	**CODE** (Ne rien inscrire ici)
1……	|___|___|___|
2……	|___|___|___|

J2. En matière de politiques et de stratégies d'aide sociale	**CODE** (Ne rien inscrire ici)
1……	|___|___|___|
2……	|___|___|___|

PARTIE K : APPARTENANCE A UN RESEAU

K1. La structure appartient-elle à un réseau ? Oui I __I Non I __I

K1.1 Si oui, nom du réseau : ……

……

CODE

(Ne rien inscrire ici)

|___|___|___|

Autres Commentaires

Prénom(s) et Nom de l'enquêteur : ……..

Merci de remplir ce questionnaire et de le faire retourner à l'ODHD/LCP : Rue Marius Moutet, Porte 68, BP120, Quartier Médina-Coura, Bamako, Tel : 20238553, Mail : odhd@afribone.net.ml

Guide 3 : Questionnaire destiné aux bénéficiaires

PARTIE A : RENSEIGNEMENTS GENERAUX SUR LE REPONDANT

Région : ……|___|

Prénom(s) et nom du bénéficiaire…….

Branche d'activité[1]……..|___|___|

Situation dans l'activité ……..|___|___|

Tél : ……/……..

Mail :…….

Date de remplissage :……..|___|___|/|___|___|/|___|___|

PARTIE B : PERCEPTION DE LA PROTECTION SOCIALE

B1 : Selon vous que signifie la protection sociale ?.....

…… **CODE** (Ne rien inscrire ici)

…… |___|___|___|

B2 : Dans quelles situations devrait-on bénéficier de la protection sociale ?

CODE (Ne rien inscrire ici)

1…… |___|___|___|

2…… |___|___|___|

B3 : Qui devrait profiter de la protection sociale ?

CODE (Ne rien inscrire ici)

1…… |___|___|___|

2…… |___|___|___|

B4 : Qui devrait financer la protection sociale et pourquoi?

Source de financement	CODE SOURCE	Justification	CODE JUSTIF.
	|____|____|		|____|____|
	|____|____|		|____|____|

PARTIE C : NATURE DES PRESTATIONS ACTUELLEMENT RECUES PAR LE BENEFICIAIRE

NATURE DES PRESTATIONS RECUES	CODE PRESTATION	VALEURS (en francs CFA)	PERIODE COUVERTE 1. Mois 2. Année 3. Ponctuel	OBSERVATIONS
Sécurité sociale				
	|____|____|____|		|____|	
	|____|____|____|		|____|	
Aide Sociale				
	|____|____|____|		|____|	
	|____|____|____|		|____|	
Action Sociale				
	|____|____|____|		|____|	
	|____|____|____|		|____|	

PARTIE D : NIVEAU DE SATISFACTION

Inscrire le code correspondant

DESIGNATION		**1. Très Satisfait** **2. Satisfait** **3. Pas Satisfait**
Conditions d'accès aux prestations	Informations sur les procédures	|_____|
	Facilité des procédures	|_____|
	Accessibilité géographique	|_____|
Niveau des prestations reçues **(montant, qualité)**	Montant ou valeur	|_____|
	Qualité des (prestations)	|_____|
	Sociabilité des prestataires	|_____|

PARTIE E : DIFFICULTES RENCONTREES DANS LA MISE EN ŒUVRE

Citez les principales difficultés rencontrées par rapport aux prestations reçues et solutions proposées.

PRINCIPALES DIFFICULTES RENCONTREES	**CODE DIFFICULTE**	**SOLUTIONS PROPOSEES**	**CODE SOLUTION**
	|___|___|___|		|___|___|___|
	|___|___|___|		|___|___|___|

PARTIE F IMPACT DES PRESTATIONS RECUES

Les prestations reçues vous permettent-elles de :

F1. Satisfaire les besoins essentiels (nourriture, santé, logement, habillement)? Oui l ___l Non l ___l

F2.Venir en aide à d'autres personnes Oui l ___l Non l ___l

F3. Entreprendre d'autres activités ? Oui l ___l Non l ___l

F3.1 Si oui, citez-les :

CODE

(Ne rien inscrire ici)

1…… **|___|___|___|**

PARTIE G : ATTENTES

G1. Que proposez-vous d'autre en termes d'amélioration des prestations reçues ?	**CODE** (Ne rien inscrire ici)
1……	|___|___|___|
2……	|___|___|___|
3……	|___|___|___|
4……	|___|___|___|
5……	|___|___|___|

Commentaires et observations de l'enquêteur

Prénom(s) et Nom de l'enquêteur : …….

Guide 4 : Questionnaire destiné aux Partenaires Techniques et Financiers (PTF)

PARTIE A : RENSEIGNEMENTS GENERAUX SUR LE REPONDANT

Nom de l'institution/organisation : ……..

Région : ……|___|

Prénom(s) et nomdu répondant :…….

Tél : ……/……..

Mail :…….

Date de remplissage :..|___|___|/|___|___|/|___|___| Signature et Cachet …….

PARTIE B : PERCEPTION DE LA PROTECTION SOCIALE

B1 : Selon votre institution que signifie la protection sociale ?.....

	CODE (Ne rien inscrire ici)
……	|___|___|___|

B2 : Selon votre institution quelles sont les formes que la protection sociale doit revêtir ?

Citez-les en leur donnant un contenu :

	CODE (Ne rien inscrire ici)
1……	|___|___|___|
2……	|___|___|___|

B3 : Dans quelles situations devrait-on bénéficier deces formes de protection sociale ?

	CODE (Ne rien inscrire ici)
1……	|___|___|___|
2……	|___|___|___|

B4 : Qui devrait profiter de la protection sociale ?

Donnez les bénéficiaires par forme de protection sociale selon le contenu donné à **B2**

B4.1 Forme 1	**CODE** (Ne rien inscrire ici)
1……	|___|___|___|
B4.2 Forme 2	**CODE** (Ne rien inscrire ici)
2……	|___|___|___|
B4.3 Forme 3	**CODE** (Ne rien inscrire ici)
3……	|___|___|___|
B4.4 Forme 4	**CODE** (Ne rien inscrire ici)
4……	|___|___|___|

PARTIE C : LES MISSIONS ASSIGNEES A VOTRE INSTITUTION DANS LE CADRE DE L'ACTION SOCIALE AU MALI

C1 : Historique de l'évolution des missions de votre institution dans le cadre de l'action sociale au Mali

	CODE (Ne rien inscrire ici)
……	|___|___|___|

C2 : Quelles sont les missions assignées à ce jour à votre institution dans le cadre de l'action sociale ?

Donnez la liste de façon succincte :	**CODE** (Ne rien inscrire ici)
1……	|___|___|___|
2……	|___|___|___|

C3 : Parmi ces missions, lesquelles ne sont pas encore assurées et pourquoi ?

C3.1 Liste des missions non assurées

CODE

(Ne rien inscrire ici)

1…… |___|___|___|

2…… |___|___|___|

C3.2 Pourquoi ces missions ne sont pas assurées ?

CODE

(Ne rien inscrire ici)

1…… |___|___|___|

2…… |___|___|___|

C4 : Quelles sont les perspectives pour remédier à cette situation ?

CODE

(Ne rien inscrire ici)

1…… |___|___|___|

2…… |___|___|___|

PARTIE D : DOMAINES D'INTERVENTION DE L'INSTITUTION DANS LE CADRE DE L'ACTION SOCIALE

Donnez les différents domaines d'intervention actuels (exemple : santé, éducation)

DOMAINES D'INTERVENTION	CODE PROGRAM. ET PROJET	COUVERTURE 1. Nationale 2. Régionale 3. Locale	NATURE DES BENEFICIAIRES	CODE NATURE
	|____|____|	|____|		|____|____|
	|____|____|	|____|		|____|____|

PARTIE E : POLITIQUES ET STRATEGIES

E1 : Citez les politiques et stratégies d'action sociale mises en œuvre par votre institution au cours de la dernière décennie (2002-2011)

E1.1 Politiques d'action sociale

CODE

(Ne rien inscrire ici)

1…… **|___|___|___|**

2…… **|___|___|___|**

E1.2 Stratégies d'action sociale

CODE

(Ne rien inscrire ici)

1…… **|___|___|___|**

2…… **|___|___|___|**

E2 : Citez les programmes/projets d'action socialemis en œuvre par votre institution au cours de la période 2005-2011

Intitulés des programmes et projets	CODE PROGRAM. ET PROJET	Montants en millions de FCFA	Période couverte (Inscrire l'année)	Sources de financement	CODE SOURCE
	|____|____|		Début |____|____|____|____| Fin |____|____|____|____|		|____|____|

PARTIE F : REALISATIONS AU COURS DES TROIS DERNIERES ANNEES (2008-2009-2010) ET PREVISIONS 2011-2012

Nature des réalisations/Prévisions	CODE REALISATION	Réalisations (en million FCFA)			Prévisions (en million FCFA)	
		2008	2009	2010	2011	2012
	|____|____|					
	|____|____|					

PARTIE G : DIFFICULTES RENCONTREES DANS LA MISE EN ŒUVRE

Citez les principales difficultés rencontrées dans la mise en œuvre des politiques, stratégies, programmes/projets en cours et solutions proposées.

PRINCIPALES DIFFICULTES RENCONTREES	CODE DIFFICULTE	SOLUTIONS PROPOSEES	CODE SOLUTION
	|___|___|___|		|___|___|___|
	|___|___|___|		|___|___|___|

PARTIE H : IMPACT DES PRESTATIONS SUR LES BENEFICIAIRES

H1 : Existe-t-il des rapports d'évaluation des impacts des actions des politiques, stratégies, projets/programmes d'action sociale sur les bénéficiaires ? Oui I __I Non I __I

H1.1 Si oui, citez et joindre ces rapports **CODE** **(Ne rien inscrire ici)**

1…… **|___|___|___|**

2…… **|___|___|___|**

PARTIE :I DEFIS

Selon vous quels sont les défis à relever par votre institution dans le cadre de l'action sociale au Mali?

I1.Actuels **CODE** **(Ne rien inscrire ici)**

1…… **|___|___|___|**

2…… **|___|___|___|**

I2.Futurs **CODE** **(Ne rien inscrire ici)**

1…… **|___|___|___|**

2…… **|___|___|___|**

PARTIE :J PERSPECTIVES

J1. Quelles sont vos perspectives à court, moyen et long termes en matière de politiques et de stratégies d'action sociale au Mali? **CODE** **(Ne rien inscrire ici)**

1…… **|___|___|___|**

2…… **|___|___|___|**

Autres Commentaires

Prénom(s) et Nom de l'enquêteur : ……..

Merci de remplir ce questionnaire et de le faire retourner à l'ODHD/LCP : Rue Marius Moutet, Porte 68, BP120, Quartier Médina-Coura, Bamako, Tel : 20238553, Mail : odhd@afribone.net.ml

Guide 5 : Questionnaire destiné aux structures chargées de la Sécurité Sociale

PARTIE A : RENSEIGNEMENTS GENERAUX SUR LE REPONDANT

Nom de la structure : ……

Région : ……|___|

Prénom(s) et nom du répondant : …….

Tél : ……/……..

Mail :…….

Date de remplissage :..|___|___|/|___|___|/|___|___| Signature et Cachet …….

PARTIE B : PERCEPTION DE LA PROTECTION SOCIALE

B1 : Selon votre structure que signifie la protection sociale ?.....

CODE

(Ne rien inscrire ici)

……

|___|___|___|

B2 : Selon votre structure quelles sont les formes que la protection sociale doit revêtir ?

Citez-les en leur donnant un contenu :

CODE

(Ne rien inscrire ici)

1……

|___|___|___|

2……

|___|___|___|

B3 : Dans quelles situations devrait-on bénéficier deces formes de protection sociale ?

CODE

(Ne rien inscrire ici)

1……

|___|___|___|

2……

|___|___|___|

B4 : Qui devrait profiter de la protection sociale ?

Donnez les bénéficiaires par forme de protection sociale selon le contenu donné à **B2**

B4.1 Forme 1	**CODE** (Ne rien inscrire ici)
1……	**|___|___|___|**
B4.2 Forme 2	**CODE** (Ne rien inscrire ici)
2……	**|___|___|___|**
B4.3 Forme 3	**CODE** (Ne rien inscrire ici)
3……	**|___|___|___|**
B4.4 Forme 4	**CODE** (Ne rien inscrire ici)
4……	**|___|___|___|**

PARTIE C : LES MISSIONS ASSIGNEES A VOTRE STRUCTURE DANS LE CADRE DE LA SECURITE SOCIALE

C1 : Historique de l'évolution des missions de la structure

Faire une brève historique de l'évolutiondes principales missions de la structure de sa création à ce jour.

	CODE (Ne rien inscrire ici)
……	**|___|___|___|**

C2 : Quelles sont les missions assignées à ce jour à votre structure dans le domaine de la sécurité sociale ?

Donnez la liste de façon succincte (il ne s'agit pas de reproduire textuellement le contenu des textes législatifs et réglementaires) :

	CODE (Ne rien inscrire ici)
1……	**|___|___|___|**
2……	**|___|___|___|**

C3 : Parmi ces missions, lesquelles ne sont pas encore assurées et pourquoi ?

C3.1 Liste des missions non assurées

CODE

(Ne rien inscrire ici)

1…… |___|___|___|

2…… |___|___|___|

C3.2 Pourquoi ces missions ne sont pas assurées ?

CODE

(Ne rien inscrire ici)

1…… |___|___|___|

2…… |___|___|___|

C4 : Quelles sont les perspectives pour remédier à cette situation ?

CODE

(Ne rien inscrire ici)

1…… |___|___|___|

2…… |___|___|___|

PARTIE D : REGIMES COUVERTS PAR LA SECURITE SOCIALE

Donnez par type de régime, le nombre d'adhérents et de bénéficiaires en 2008, 2009 et2010

NATURE DES REGIMES	CODE REGIME	NOMBRE D'ADHERENTS COTISANTS			NOMBRE DE BENEFICIARES		
		2008	2009	2010	2008	2009	2010
Régimes Généraux							
	|___|___|						
	|___|___|						
Régimes spéciaux							
	|___|___|						
	|___|___|						

PARTIE E : POLITIQUES ET STRATEGIES

E1 : Citez les politiques et stratégies de sécurité sociale mises en œuvre par votre structure au cours de la dernière décennie (2002-2011)

E1.1 Politiques de sécurité sociale

CODE

(Ne rien inscrire ici)

1…… |___|___|___|

2…… |___|___|___|

E1.2 Stratégies de sécurité sociale

CODE

(Ne rien inscrire ici)

1…… |___|___|___|

2…… |___|___|___|

E2 : Citez les programmes/projets de sécurité sociale mis en œuvre par votre structure au cours de la période 2005-2011

Intitulés des programmes et projets	CODE PROGRAM. ET PROJET	Montants en millions de FCFA	Période couverte (Inscrire l'année)	Sources de financement	CODE SOURCE
	|____|____|		Début |____|____|____|____| Fin |____|____|____|____|		|____|____|

PARTIE F : MONTANTS DES PRESTATIONS VERSEES AU COURS DES TROIS DERNIERES ANNEES (2008-2009-2010) ET PREVISIONS 2011-2012

Nature des réalisations/Prévisions	CODE REALISATION	Réalisations (en million FCFA)			Prévisions (en million FCFA)	
		2008	2009	2010	2011	2012
	|____|____|					
	|____|____|					

PARTIE G : DIFFICULTES RENCONTREES DANS LA MISE EN ŒUVRE

Citez les principales difficultés rencontrées dans la mise en œuvre des politiques, stratégies, programmes et projets en cours et solutions proposées.

PRINCIPALES DIFFICULTES RENCONTREES	CODE DIFFICULTE	SOLUTIONS PROPOSEES	CODE SOLUTION
	|___|___|___|		|___|___|___|
	|___|___|___|		|___|___|___|

PARTIE H IMPACT DES PRESTATIONS SUR LES BENEFICIAIRES

H1 : Existe-t-il des rapports d'évaluation des impacts des actions des politiques, stratégies, projets et programmes de sécurité sociale sur les bénéficiaires ? Oui I __I NonI __I

H1.1 Si oui, citez et joindre ces rapports **CODE**

(Ne rien inscrire ici)

1…… **|___|___|___|**

2…… **|___|___|___|**

PARTIE I : DEFIS

Selon vous quels sont les défis à relever par votre structure dans le cadre de la sécurité sociale ?

I1. Actuels **CODE**

(Ne rien inscrire ici)

1…… **|___|___|___|**

2…… **|___|___|___|**

I2. Futurs **CODE**

(Ne rien inscrire ici)

1…… **|___|___|___|**

2…… **|___|___|___|**

PARTIE J : PERSPECTIVES

Quelles sont vos perspectives à court, moyen et long termes ?

J1. En matière de réglementation de la sécurité sociale

CODE

(Ne rien inscrire ici)

1…… |___|___|___|

2…… |___|___|___|

J2. En matière de politiques et de stratégies de sécurité sociale

CODE

(Ne rien inscrire ici)

1…… |___|___|___|

2…… |___|___|___|

PARTIE K : APPARENANCE A UN RESEAU

K1. La structure appartient-elle à un réseau ? Oui I __I Non I __I

K1.1 Si oui, nom du réseau : ……

CODE

(Ne rien inscrire ici)

……

……

|___|___|___|

Autres Commentaires

Prénom(s) et Nom de l'enquêteur : ……..

Merci de remplir ce questionnaire et de le faire retourner à l'ODHD/LCP : Rue Marius Moutet, Porte 68, BP120, Quartier Médina-Coura, Bamako, Tel : 20238553, Mail : odhd@afribone.net.ml