

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
Aurélien AGBENONCI

Ministre de l'Action Humanitaire, de la Solidarité et des Personnes Âgées
Coordonnateur Résident du Système des Nations Unies au Mali

Coordination Technique

Amadou ROUAMBA
Maurice DEWULF
Koulou FANÉ
Zoumana B. FOFANA
Luc Joël GRÉGOIRE
Alassane BA

Secrétaire Général MAHSPA
Directeur du Programme PNUD
Conseiller Technique MAHSPA
Directeur Général ODHD
Economiste Principal du PNUD
Economiste National du PNUD

Equipe ODHD/LCP

Personnel technique

Zoumana B. FOFANA
Bouréma F. BALLO
Idrissa A. TRAORÉ
Mody SIMPARA
Soumaïla OULALÉ
Mahamadou WAGUÉ
Ely DIARRA
Abdoulaye dit Noël CISSOKO

Directeur Général
Expert Statisticien
Economiste planificateur
Statisticien
Sociologue
Documentaliste
Economiste- Informaticien
Chargé de Communication

Administration et Gestion

Djougou DIALLO
Adama Mody DIAKITE
Mme NIARE Hawa KAREMBE

Agent Comptable
Comptable matières Adjoint
Assistante d'équipe

Equipe PNUD

Luc Joëlle GRÉGOIRE
Alassane BA

Economiste Principal du PNUD, Unité économique
Economiste National du PNUD, Unité économique

Comité de Pilotage

Président

Koulou FANÉ

Conseiller Technique MDSSPA

Membres

Sékouba DIARRA
Seydou Moussa TRAORE
Youssouf Siaka KONE
Issa SACKO
Modibo DOLO
Oumar BOUARE
EL HADJ Oumarou Malam SOULE
Mme Sy Kadiatou SOW
Mme Sidibé Fatoumata DICKO
Sékou MAIGA
Zoumana B. FOFANA
Dr Mariam Djibrilla MAIGA
Ibrahima KAMPO
Luc J. GREGOIRE
Gustave NEBIE
Cheickh Ahmed DIOP
Anne BRIAND

CT/CSLP
INSTAT,
IER
FSEG/UB
DNP
Cellule d'Analyse Prospective, Primature
AFRISTAT
PADEC
DNP
PACR
ODHD/LCP
CNSC
CESC
PNUD
UNICEF
Banque Mondiale
IRD

Personnes ressources

Issa CISSOUMA
Mamadou N'DIAYE
N'Tji DIARRA

Directeur UTM
Directeur Adjoint INPS
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 (CSCR) 2007-2011, et CSCR 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 Âgées

D^R 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.

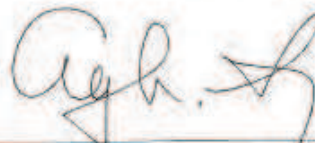
Le sujet de cette édition 2012 répond non seulement aux grandes préoccupations du Mali, mais aussi à celles du Système des Nations Unies en général et du PNUD en particulier.

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
CSCR	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'Équipement 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	<i>Erreur ! Signet non défini.</i>
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
B.2. 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 réglementation nationales, traités et conventions internationaux	40
2.1.1 Législation et réglementation 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 1 ^{ère} 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 14 528 662 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 (CSCR, 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'efficacité 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 réformes 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 sociale².

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 (CSCR), 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 CSCR 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.

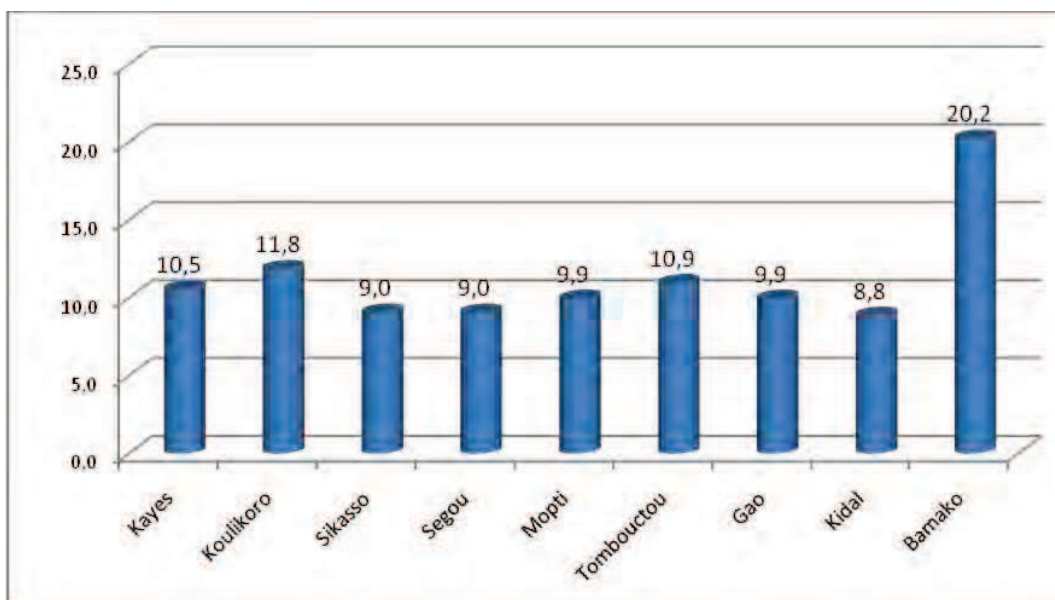
Le champ de l'enquête a couvert toutes les structures et organisations importantes intervenant dans le domaine de la protection sociale et les bénéficiaires. Un échantillon de bénéficiaires bien stratifié a été tiré par choix raisonné. Les cibles enquêtées sont présentées dans les tableaux ci-dessous. 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/projets⁴. 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

REGION	Type de questionnaire								Total	
	Action Sociale		Aide Sociale		Sécurité Sociale		Projets/ Programmes		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 (CSCR) 2007-2011. L'élaboration du nouveau document CSCR pour la période 2012-2017 a été faite avec l'implication de l'ensemble des acteurs au développement.

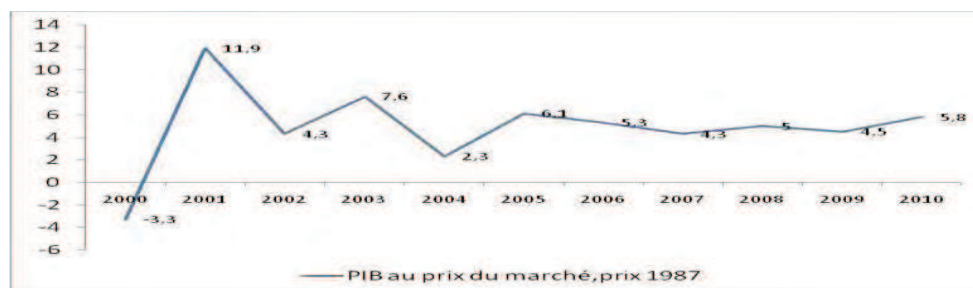
1.1 Contexte de développement du Mali

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 : DNPDI/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 Consommation 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 14 528 662 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 répartie 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 km². Les ¼ 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 1^{er} 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 1^{er} 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 1^{er} 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 butane⁶.

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 demande⁷.

⁶Par 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.

⁷Entre 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 1 031 243 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 résidence⁸.

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).

⁸Pour 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 Brut⁹ (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.

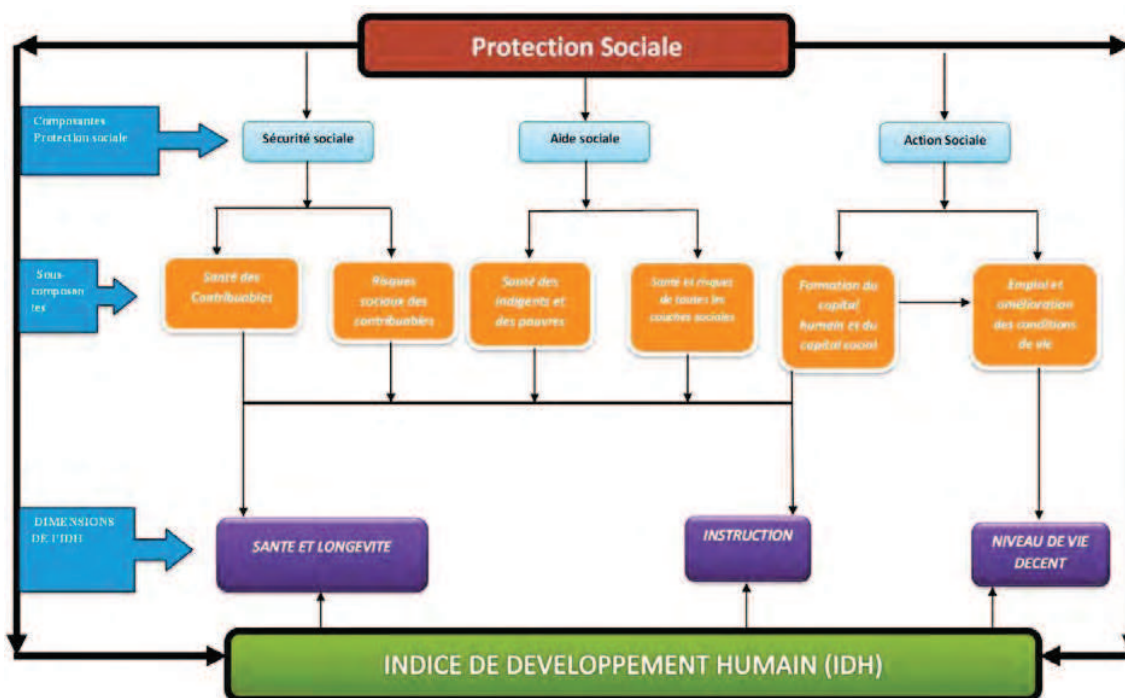
Cependant, on constate que l'IDH ne tient pas compte de toutes les dimensions du DH, ceci constitue une limite. C'est le cas par exemple de l'état de la gouvernance et de celui de l'environnement. En d'autres termes, le concept du DH est plus large que ce qu'en décrit l'IDH.

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 accroître la pauvreté et compromet le développement humain.

1.2.6 Indice de Pauvreté Multidimensionnelle

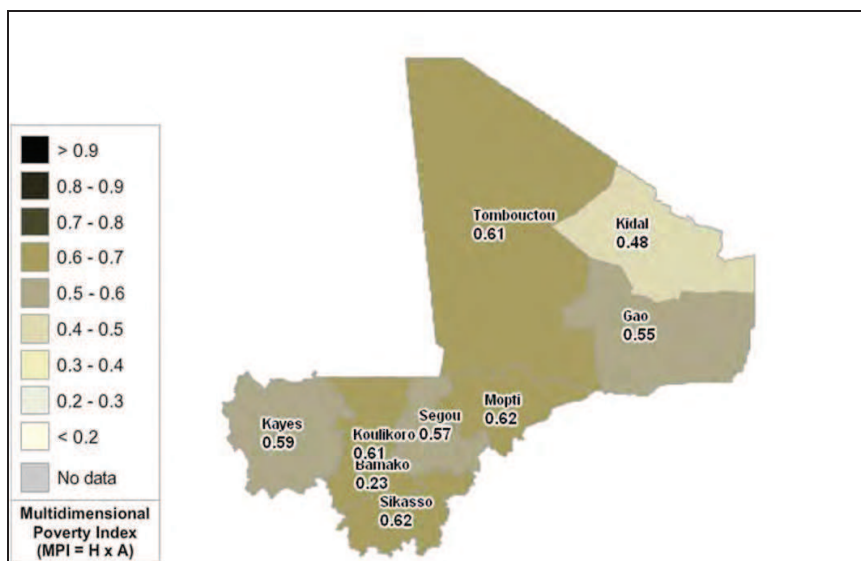
En réponse au souci de prendre en compte d'autres aspects qui déterminent le bien-être des ménages, l'indice de pauvreté multidimensionnelle (IPM) se donne l'objectif d'intégrer les privations. Il s'agit en fait des privations dont souffre chaque individu sur le plan de l'éducation, la santé mais aussi 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 $H \times A$.

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 ($IPM \leq 1$), 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 différents 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 réglementation nationales, traités et conventions internationaux

2.1.1 Législation et réglementation 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'actions 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 événements 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 érigant 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 réglementaires 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 réglementée 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 culturelles, 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 reconnaît 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 Déficiant (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'Élimination de Toutes les Formes de Discrimination à l'Égard 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 août 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 nature 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 entraînés 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.

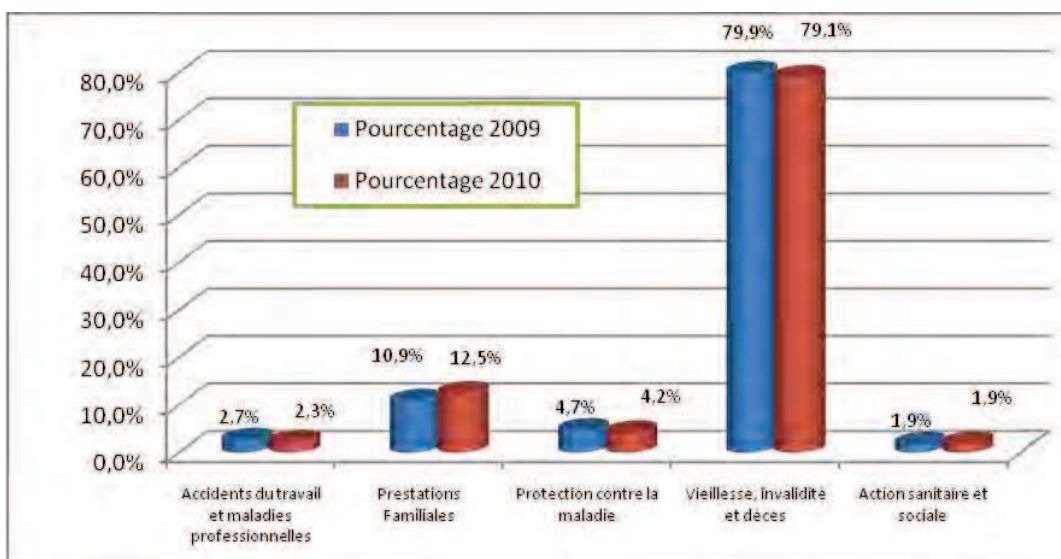
La situation financière excédentaire de l'institut aujourd'hui a permis de rétablir la confiance totale de l'ensemble de ses partenaires, d'assurer un service régulier et à échéance des prestations, notamment des pensions et la qualité de sa signature sur la place financière. A ce titre, l'Institut participe 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					
Dépenses Administratives	8 636 626 593		10 364 410 331		20,01%
Recettes de cotisations					
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 décembre 2004, fixant les modalités d'application de la loi N° 99-047 du 28 décembre 1999, 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 1^{er} 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 2^{ème} 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.

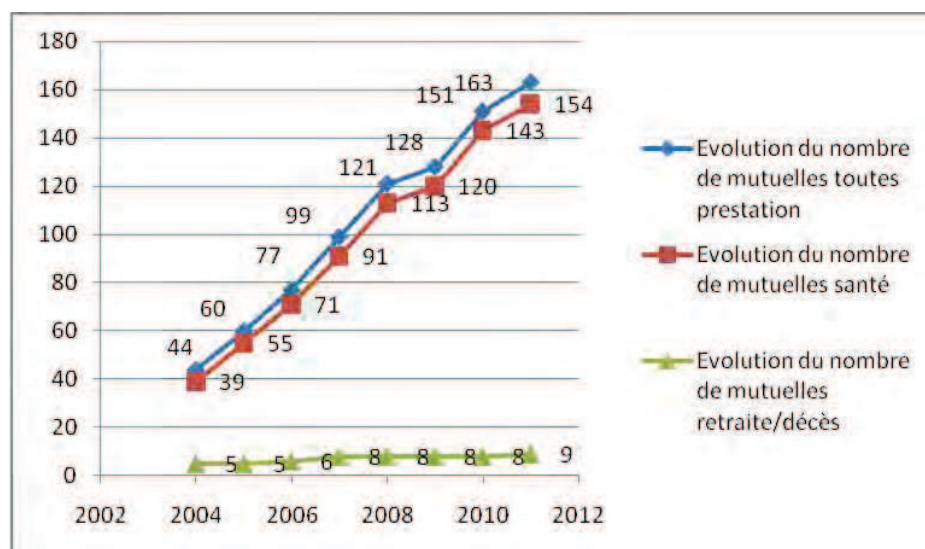
La réforme institutionnelle de 2000, qui a vu la création de la Direction Nationale de la Protection Sociale et de l'Economie Solidaire, a donné un nouveau souffle au développement de la mutualité avec une meilleure organisation de la tutelle et la création d'un service dédié au renforcement des capacités 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

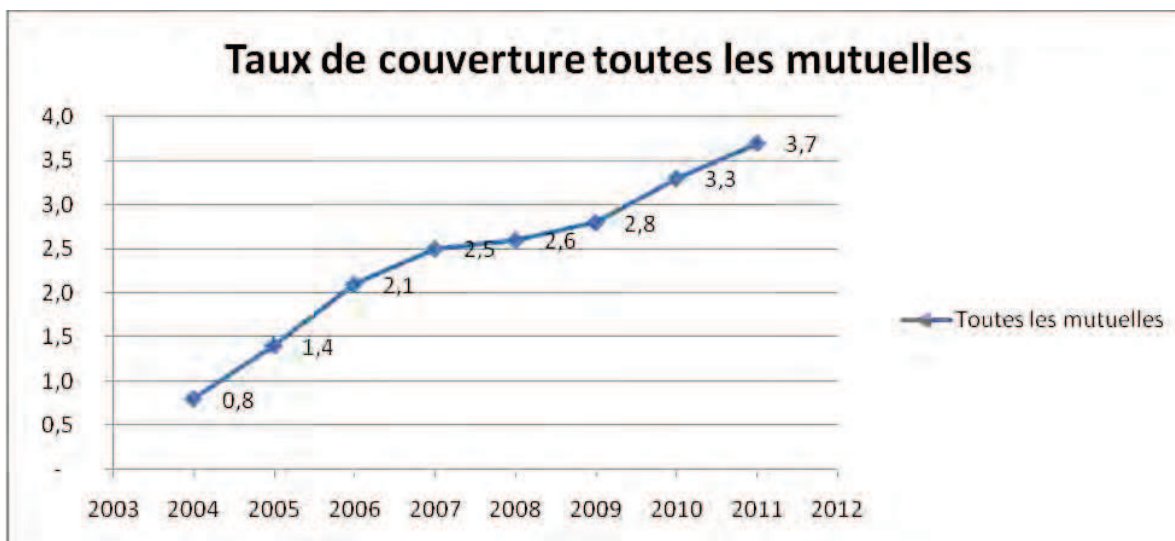
Répartition des mutuelles au Mali			
Localités	Nombre de mutuelles	Nombre d'adhérents	Nombre de bénéficiaires
District de Bamako	46	117 094	377 723
Kayes	11	9 007	29 056
Koulikoro	13	8 809	28 867
Sikasso	35	16 213	52 300
Ségou	24	12 809	40 867
Mopti	17	5 404	17 433
Tombouctou	6	7 206	23 244
Gao	9	3 231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

Source : DNPSSES, Rapport 2011

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



Source : DNPSSES, 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 1^{er} 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, calamités, 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 1^{er} 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 1^{ère} à la 6^{ème} 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 4^{ème} – 6^{ème} 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

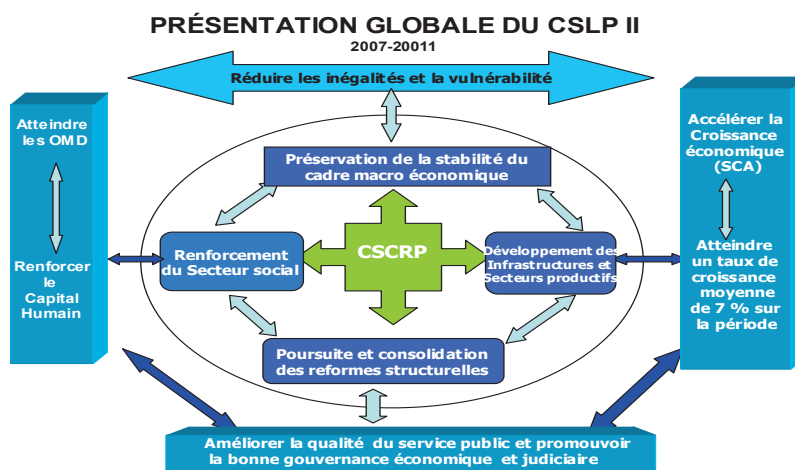
Le dispositif du Cadre Stratégique pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté s'inscrit dans le cadre des documents de stratégie de réduction de la pauvreté et de lutte contre les inégalités et la vulnérabilité mis en place par la communauté internationale.

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 (CSCR 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	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<p>Le taux brut de scolarisation (TBS) est en progression : dans le 1^{er} 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%).</p> <p>Objectif OMD 100%</p> <p>Le taux d'achèvement du premier cycle progresse : il est passé de 55,7% en 2009, à 59,1% en 2010.</p>
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 2^{ème} et 4^{ème} 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.	<p>Le taux pour les postes électifs passe de 6% en 2009 à 8% en 2010.</p> <p>Le taux pour les postes nominatifs reste stable à 12%</p> <p>Les femmes représentent : 1% des Maires, 9% des Conseillers Communaux, 10% des Députés, 13% des Ministres, 3 Présidentes de partis politiques sur 124.</p> <p>En outre, des femmes sont nommées à d'autres fonctions : Secrétaire Général du Gouvernement, Médiateur de la République, etc.</p>
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)	<p>Le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans baisse de 229‰ en 2001 191‰ en 2006</p> <p>Les progrès sont dus entre autres aux campagnes de vaccination</p> <p>L'atteinte de cet OMD (83‰) constitue un grand défi.</p>
Réduire de 3/4 le taux de mortalité maternelle (OMD 5)	<p>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</p> <p>Les accouchements sont assistés par du personnel qualifié dans 49% des cas en 2006.</p> <p>Le taux de prévalence en planification familiale stagne autour de 6% en 2006 alors que l'objectif était de 10% en 2011</p>
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	<i>Accès aux logements sociaux</i> : 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'Étude 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

Protection Sociale et Développement Humain au Mali

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