



PROFIL DEMO-ECONOMIQUE DE SANTE DU MALI



PROFIL DEMO-ECONOMIQUE DE SANTE DU MALI

INTRODUCTION

Le système de santé malien regroupe tout un ensemble d'acteurs dont les actions concourent à la mise en œuvre de politiques ou stratégies nationales de santé. Ainsi, le système de santé est composé de plusieurs acteurs à savoir : les structures et organismes publics (Etat et collectivités territoriales), les structures privées, communautaires, confessionnelles ainsi que les ordres professionnels de la santé. Au niveau institutionnel, le système de santé est composé d'un niveau opérationnel d'appui technique aux CSCOM dont le fonctionnement est assuré par l'équipe cadre du district, d'un niveau régional intermédiaire d'appui technique constitué des directions régionales de la santé et d'un niveau national stratégique constitué du cabinet du ministre, du secrétaire général et de services centraux du ministère.

Concernant l'organisation des structures de prestations de soins, l'Annuaire statistique 2018 du système local d'information sanitaire (SLIS) montre que le Mali disposait de 1 368 centres de santé communautaire fonctionnels en 2018 composés notamment d'établissements privés à but non lucratif qui constituent le premier niveau de contact. En 2018, les 62 centres de santé de référence présents dans les chefs-lieux de cercle constituent le premier niveau de référence alors que le second niveau de référence est composé de huit (08) établissements publics hospitaliers situés dans les régions de Kayes, de Kati, de Sikasso, de Ségou, de Mopti, de Gao, de Tombouctou et l'Hôpital Mère-Enfant le Luxembourg. Les établissements publics hospitaliers ayant un plateau technique à vocation général ou spécialisé constituent le troisième niveau de référence. Ce niveau de référence est constitué de 05 établissements publics hospitaliers à savoir l'Hôpital du Point G, Hôpital du Mali, l'Institut d'Ophtalmologie Tropicale d'Afrique (IOTA), le Centre National d'Odonto-Stomatologie (CNOS) et l'Hôpital Gabriel TOURE. Il convient de souligner l'importance des ordres professionnels (médecins, pharmaciens et sages-femmes) et des établissements privés à but non lucratif (cliniques, cabinets médicaux, laboratoires d'analyse, centres radiodiagnostic, cabinets dentaires privés) dans le fonctionnement du système de santé au Mali.

Concernant l'accessibilité des populations aux centres de santé communautaire, on observe une évolution en dents de scie entre 2015 et 2018. En effet, le taux d'accessibilité dans un rayon de 5 km passe de 58% en 2015 à 59% en 2016 puis cela passe de 58% en 2017 à 57% en 2018. Par contre, les proportions sont de 86 % dans un rayon de 15 km en 2018 contre 83,97 % en 2017 (SLIS, 2018). Le ratio de professionnel de santé est de 6 pour 10 000 habitants, largement inférieur à la norme de 23 pour 10 000 habitants recommandés par l'Organisation Mondiale de la Santé. En 2018, 55 centres de santé communautaire ont été créés contre 20 en 2017 et le pays compte 1 270 médecins généralistes et 591 spécialistes toutes spécialités. Il est aisé de constater donc que la croissance démographique est plus rapide que les efforts dans la réalisation des infrastructures de santé et dans la mise à disposition de personnels de santé auprès des populations. Il faut également reconnaître que la répartition des personnels de santé est fortement inégalitaire suivant les régions et entre milieux urbain et rural.

Afin de répondre aux problèmes de financement du système sanitaire, il a été élaboré, dans le cadre du Programme de développement sanitaire et social (PRODESS) 2014-2018, la politique nationale de financement de la santé. Ce plan met l'accent sur la couverture santé universelle ainsi que l'amélioration de la gouvernance sanitaire. L'analyse de la contribution pour le financement de la santé du PRODESS III (2014-2018) montre que pour l'ensemble des entités, la part de l'Etat est de 17% des dépenses totales contre 13% pour le reste du monde, 6% pour les collectivités décentralisées et un peu moins de 60% pour les ménages.

En se basant sur les données de WDI (2020) une évaluation du système de santé au Mali montre que les dépenses totales de santé étaient passées de 243 milliards de FCFA en 2010 à 337 milliards de FCFA en 2017. Toutefois sur la même période, les dépenses de santé par habitant ont baissé en passant de 33 dollars US à 31 dollars US. Entre 2010 et 2017, la dépense totale de santé (en % PIB) a légèrement baissé en passant de 4,6% à 3,8%. En 2017, la contribution des ménages à la dépense totale de santé est de 37,1%, celle des bailleurs de 28 % et celle de l'administration publique de 34,9 %. Globalement, les financements de la santé proviennent à 72% de source nationale (ou ressources internes) et à 28% de ressources externes. Pour le financement de l'Etat, la part du budget de l'Etat allouée à la santé (tous les ministères confondus) entre 2010-2017 a augmenté de 2,5 points de pourcentage (de 3,3% à 5,8%).

Dans le cadre d'une meilleure compréhension de la répartition de la prise en charge des dépenses de consommation de santé, il est essentiel d'analyser le profil de consommation de santé du Mali. Le profil de consommation total de santé retrace les dépenses allouées à la santé pour chaque individu en fonction de son âge. Il représente la somme des profils de consommation privée et publique correspondant respectivement aux dépenses de santé des ménages et de l'Etat.



SITUATION SANITAIRE DE LA POPULATION AU MALI

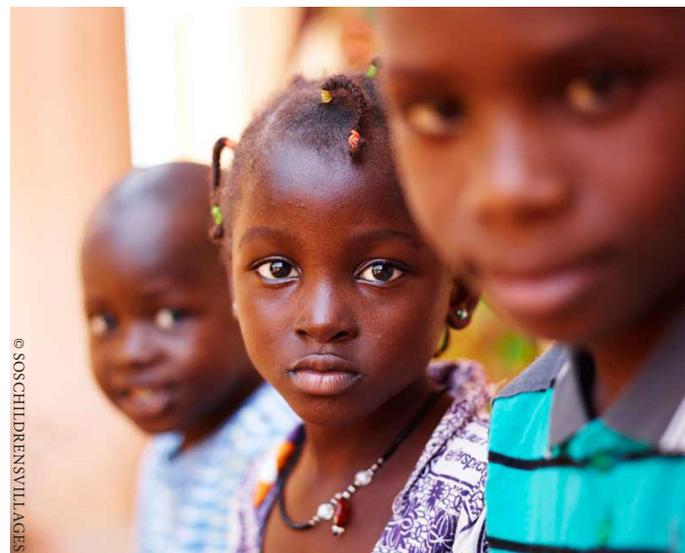
La population malienne est estimée en 2016 à 18 343 000 habitants dont 49,60% d'hommes et 50,40% de femmes pour une densité de 11,70 habitants au km² (INSTAT, 2009). Cette population est majoritairement rurale avec 73,2% contre 26,8% de population urbaine. Sa structure par âge fait ressortir la relative jeunesse de la population. En effet, cette population est constituée à 46,06 % de moins de 15 ans et 42,92% d'individus de 15 à 49 ans. La prédominance des jeunes dans la population ainsi que la forte ruralité de la population sont donc des aspects à prendre en compte quant à la situation sanitaire et aux dépenses de consommation de santé.

En ce qui concerne l'état de santé au Mali, entre 2012 et 2018, le niveau de mortalité des individus de 15-49 ans est de 3,68‰ décès pour les hommes et de 3,54‰ pour les femmes. Globalement, l'analyse de l'évolution de la probabilité de décéder avant 50 ans pour les individus âgés de 15 ans montre une tendance à la baisse passant de 172‰ en 2001 à 135‰ en 2018 pour les femmes et pour les hommes elle est passée de 182‰ à 137‰ entre 2001 et 2018. La mortalité infantile quant à elle, est évaluée à 54‰ alors que la mortalité infanto-juvénile est estimée à 101‰ sur la période 2014-2018. Cette situation montre que près d'un enfant sur vingt (20) décède avant de pouvoir fêter son premier anniversaire contre un enfant de moins de cinq ans sur dix (10) qui décède. Toutefois, on note une tendance baissière des quotients de mortalité infantile et infanto-juvénile passant de 113‰ à 54‰ et la mortalité infanto-juvénile est passée de 229‰ à 101‰ entre 2001 et 2018 (EDS, 2018).



Selon le milieu de résidence, les enfants en milieu rural sont plus exposés que ceux en milieu urbain. En effet, le risque de décès des enfants de moins de cinq ans est de 111‰ en zone rurale contre 61‰ en zone urbaine. Les estimations des niveaux de mortalité des enfants de moins de cinq ans est de 105 ‰ pour les garçons contre 97‰ pour les filles de même âge. En dépit des efforts consentis dans la santé maternelle, la proportion totale de décès imputable à la maternité est de 21% et le rapport de mortalité maternelle au cours des 7 années ayant précédé l'enquête de 2018 estime à 325 décès pour 100 000 naissances vivantes. En d'autres termes, près de 3 femmes pour 1 000 naissances vivantes décèdent durant la grossesse ou au cours de l'accouchement ou même dans les 42 jours après l'accouchement. Il convient de signaler la tendance baissière du rapport de mortalité liée à la grossesse entre 2001 et 2018. En effet, ce rapport passe de 582 pour 100 000 naissances vivantes au cours des 7 dernières années avant l'enquête de 2001 à 373 pour 1 000 000 naissances vivantes pour les 7 dernières années précédant l'enquête de 2018 (EDS, 2018). Ces résultats encoura-

geants peuvent s'expliquer par l'importance accordée à la santé des femmes et des enfants dans les orientations stratégiques du Plan décennal de développement sanitaire et social (PDDSS 2014-2023). En effet, dans le cadre de ce programme décennal, le premier objectif stratégique prend en compte les soins prénataux, l'assistance à l'accouchement ainsi que l'état nutritionnel des femmes enceintes, des enfants et des nourrissons. De plus, on peut ajouter le rôle potentiel de l'accès aux services de santé de la reproduction et les mécanismes comme la gratuité des consultations pré et post natales, la gratuité de la césarienne (CREDD 2019-2023).



Selon EDS de 2018, le nombre d'enfants qu'aurait une femme en fin de vie féconde si elle avait des enfants aux taux de fécondité actuels par âge ou Indice synthétique de fécondité est de 6,3 enfants par femme. L'ISF est plus élevé en zone rurale (6,8) qu'en zone urbaine (4,9).

Selon les informations sanitaires (Annuaire SLIS, 2018), le paludisme est la première cause de morbidité et de mortalité au Mali. Il constitue le premier motif de consultation (32%) et le pays a enregistré 2 614 104 cas de paludisme confirmés dont 1 001 décès comptabilisés et ce malgré la mise en œuvre du Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP). Au-delà du paludisme, les infections respiratoires aiguës avec une prévalence de 10%, les maladies diarrhéiques présumées infectieuses en dehors du choléra qui affectent 3 % (dont plus de 13% d'enfants de moins de cinq (05) ans, la tuberculose (taux de détection de 27,2%) et la VIH (taux de séroprévalence globale de 1,3%) font aussi parties des pathologies dominantes au Mali.

Tout ceci pourrait justifier le niveau relativement peu élevé de l'espérance de vie à la naissance au Mali qui indique qu'un enfant né en 2019 dans ce pays avait une espérance de vie d'environ 59 ans. Entre 2007 et 2019, l'espérance de vie à la naissance est passée de 53,5 à 59,3 ans (WDI, 2020).

REVUE SÉLECTIVE DE LA LITTÉRATURE

Dans le cadre de l'évaluation du système de santé au Mali, Anne et al (2017) en analysant les indicateurs de financement de la santé avaient estimé que la dépense totale de santé était passée de 165 milliards en 2003 à 359 milliards de FCFA en 2013. Sur la même période, la dépense de santé par habitant passait de 27,2 dollars US à 42,7 dollars US. Entre 2004 et 2013, la dépense totale de santé (en % du PNB/PIB) a légèrement augmenté en passant de 6,3% à 6,6%. En 2013, la contribution des ménages à la dépense totale de santé est de 51,6%, celle des bailleurs de 26,4 % et celle de l'administration publique de 11,7%. Globalement, leur étude avait pu montrer que les financements de la santé proviennent à 73,6 % de source nationale (ou ressources internes) et à 26,4% de ressources externes. Pour le financement de l'Etat, la part du budget de l'Etat allouée à la santé (tous les ministères confondus) entre 2004-2015 a diminué de près de 13% et la part du budget du ministère en charge de la santé dans le budget de l'Etat a aussi diminué en passant de 5,2% à 2,5%.

Dans le cadre d'une analyse relative au financement basé sur les résultats qui fait partie des expérimentations récentes mises en place au Mali dans le but d'améliorer la santé maternelle et infantile, Coulibaly et al. (2020) ont effectué une étude qualitative dont l'objectif est de décrire les formes d'appropriation de cette forme de financement et voir si cela peut constituer l'émergence d'une politique publique. En se basant sur la théorie des courants de Kingdon (1984) et d'une approche liée à l'anthropologie du développement, leur étude permet de comprendre au plan théorique les aspects liés à l'émergence d'une politique et au plan empirique de mieux appréhender les rôles des acteurs locaux et internationaux. Avec des données qualitatives issues de 33 entretiens auprès d'acteurs divers notamment ceux du Ministère de la santé, les résultats laissent suggérer une absence d'émergence d'une politique publique de financement basé sur les résultats au Mali. Parmi les facteurs identifiés comme contraintes, les analyses mettent en évidence le fait qu'il y ait peu d'entrepreneurs politiques, peu de fenêtres d'opportunités mais aussi la faiblesse des partenaires financiers intéressés par de tels projets.

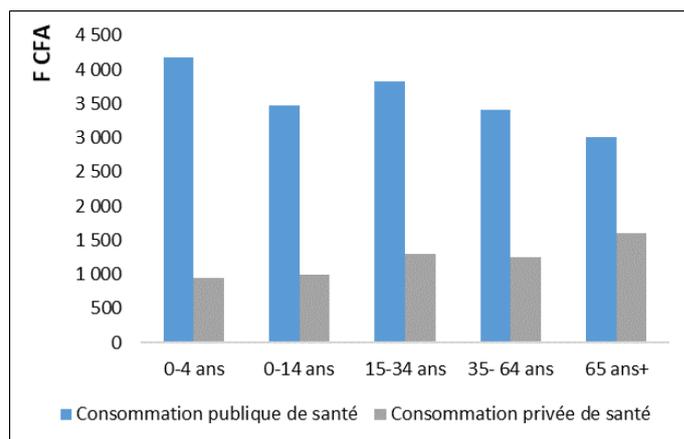
Coulibaly et al (2008) ont analysé les facteurs qui déterminent le comportement thérapeutique des maliens en cas de maladie. Ayant recours aux données de l'Enquête Légère intégrée auprès des Ménages de 2003 sur environ 5000 ménages, les analyses multivariées montrent que la perception qu'on a de la maladie ne se modifie de façon significative que lorsque le ménage possède un capital éducatif important. Les analyses montrent aussi que les plus riches qui représentent 20% de la population malienne recourent de façon plus intensive à la médecine moderne alors que les plus pauvres sont plus disposés à recourir à la médecine traditionnelle. En fait, les coûts directs et indirects de la médecine auraient tendance à rendre les soins de santé moderne plus accessibles pour les plus nantis de la population malienne.

RÉSULTATS ET ANALYSE DES PROFILS DE CONSOMMATION DE SANTÉ

L'application de la méthodologie des Comptes nationaux de transfert (NTA)¹ aux données nationales maliennes (Comptes nationaux, l'enquête et autres sources administratives, etc.) a permis d'élaborer les profils de consommation de santé ci-après (graphique 1). Le profil de consommation de santé retrace

l'évolution des dépenses moyennes en consommation de santé effectuées par l'Etat et les ménages en fonction de l'âge.

Graphique 1: Profil moyen de consommation de santé



Source : CREG (2020) à partir de EMOP 2017 et autres données administratives 2017.

L'analyse du graphique 1 montre qu'en moyenne, sur l'ensemble du cycle de vie, les dépenses effectuées par l'Etat en termes de consommation de santé sont supérieures à celles effectuées par les ménages. A la petite enfance, les ménages consacrent en moyenne environ 941 F CFA pour les dépenses de consommation de santé contre 4 186 F CFA (soit plus de 4 fois plus grande) par l'Etat pour le même âge au Mali. Les dépenses de consommation privée de santé présentent une allure haussière mais relativement faible sur l'ensemble du cycle de vie. Cela traduit donc une plus grande prise en compte des dépenses de consommation de santé par les ménages avec l'âge. Le niveau faible de ces dépenses s'explique en partie par le faible niveau de revenu des ménages mais aussi par la prépondérance et/ou la primauté d'autres dépenses vitales supportées par les ménages maliens.

Relativement élevées à la naissance en comparaison à celles privées, les dépenses de consommation publique de santé présentent une tendance à la baisse avec l'âge. Il s'agit là d'un désengagement progressif de l'Etat des dépenses de consommation de santé. En d'autres termes, l'Etat malien se concentre beaucoup plus sur l'enfance et la jeunesse en ce qui concerne les dépenses de consommation de santé. Toutefois, sur tout le cycle de vie, il est noté une présence remarquable de l'Etat dans les dépenses de consommation de santé au Mali. Cependant, les montants moyens restent relativement faibles au regard de l'importance de la santé dans le renforcement du capital humain.

Encadré : Définition des concepts

Le profil moyen de consommation de santé traduit la consommation moyenne de santé à un âge donné.

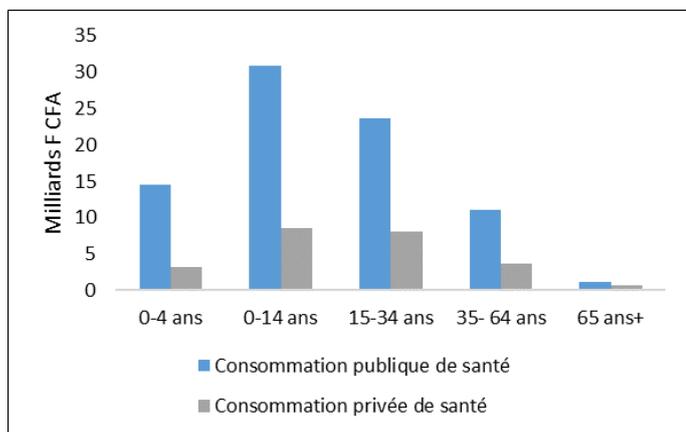
Le profil agrégé de consommation de santé se définit comme étant la consommation totale réalisée tous les individus d'un âge donné. Ainsi,

Comptes nationaux de transfert est une approche de comptabilité générationnelle qui mesure comment les individus produisent, consomment, épargnent et distribuent les ressources à chaque âge (United Nations, 2013). Cette méthodologie sert notamment à élaborer les profils de consommation de santé.

A l'échelle nationale, le profil agrégé de consommation de santé est obtenu en multipliant le profil moyen de santé par les effectifs par âge de la population.

1 Voir Dramani L. (2019) "Dividende démographique et développement durable: Fondements théoriques et modèles normatifs, Tome 1, Ed. L'Harmattan, Sénégal.

Graphique 2 : Profil agrégé de consommation de santé

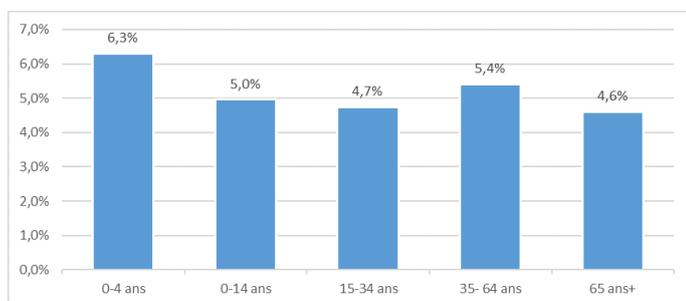


Source : CREG (2020) à partir de EMOP 2017 et autres données administratives 2017.

Au niveau agrégé, les courbes de consommation publique et privée de santé présentent la même allure avec la prépondérance des dépenses effectuées par l'Etat sur celles des ménages. A la naissance, les dépenses de consommation publique de santé sont estimées à 15 milliards FCFA et atteignent la valeur maximale de 24 milliards FCFA pour les individus de la tranche d'âge 15 – 34 ans, puis connaissent une baisse rapide sur le reste du cycle de vie. Par contre, celles de consommation privée évoluent faiblement allant de 3 milliards F CFA à la naissance à la valeur maximale de 9 milliards F CFA pour les individus de la tranche d'âge 0 – 14 ans avant de connaître une baisse régulière le long du reste du cycle de vie.

Ces profils montrent qu'au niveau agrégé au Mali, les dépenses de consommation de santé sont concentrées sur les jeunes avec une forte participation de l'Etat. De plus, il est noté un désengagement des dépenses de consommation de santé au fur et à mesure que l'âge évolue en âge. D'une part, cela pourrait s'expliquer des réalités sociologiques qui consisteraient à s'abandonner pour sauver la santé des plus jeunes et d'autre part, par l'absence et/ou l'insuffisance de programmes de santé et de protection sociale spécifique au profit des personnes adultes et des séniors sans négliger le faible effectif des personnes de troisième âge dans la population malienne. Par ailleurs, la faible prise en charge des ménages des dépenses de consommation de santé résulterait du niveau de revenu relativement faible dont ils disposent.

Graphique 3 : Part des dépenses de consommation publique de santé dans les dépenses publiques de consommation totales



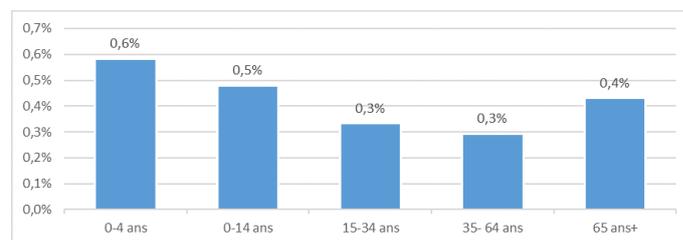
Source : CREG (2020) à partir de EMOP 2017 et autres données administratives 2017.

Le graphique ci-dessus montre la part des dépenses de consommation de santé dans les dépenses de consommation totale selon les groupes d'âge. A l'analyse de graphique ci-dessus, il ressort que les dépenses de consommation publique de santé ne

représentent que 6,3 % de l'ensemble des dépenses de consommation publique totale en faveur des 0 – 4 ans. Ces dépenses publiques représentent 5 % des dépenses de consommation publique des 0 – 14 ans ; 4,7 % des dépenses de consommation publique des 15 – 34 ans ; 5,4 % des dépenses de consommation publique des 35 – 64 ans et 4,6 % des dépenses de consommation publique des 65 ans et +.

Cela montre qu'en moyenne, malgré la part relativement faible (69 738 F CFA en moyenne et 1 581 milliards F CFA) des ressources publiques affectées aux ménages pour la prise en charge des dépenses de consommation de santé au Mali, moins de 6% (soit 5,1% en moyenne) vont effectivement à la consommation publique de santé. Cela témoigne d'une part de la nécessité des renforcer les dépenses publiques de santé et d'autre part de la primauté d'autres consommations vitales.

Graphique 4 : Part des dépenses de consommation privée de santé dans les dépenses de consommation privée totales

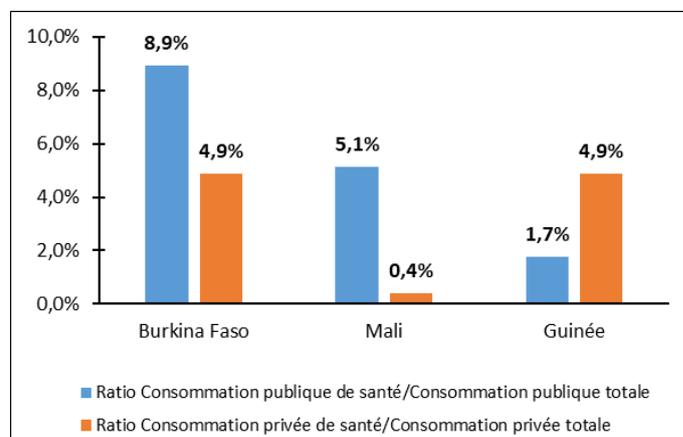


Source : CREG (2020) à partir de EMOP 2017 et autres données administratives 2017.

A la lecture du graphique ci-dessus, il ressort qu'à l'image de la part de la consommation publique de santé dans la consommation publique totale, la part des dépenses de consommation privée de santé ne représente qu'une proportion congrue des dépenses de consommation privée totale. Au niveau agrégé, seulement 0,6 % des dépenses de consommation privée totale sont consacrées à la santé pour les individus de 0 – 4 ans ; 0,5% pour ceux de la tranche d'âge 0 – 14 ans ; 0,3% pour les 15 – 34 ans et 35–64 ans et 0,4% pour les 65 ans et plus.

Une analyse comparative de la situation du Mali avec d'autres pays membres du partenariat de Ouagadougou montre une disparité de réalités en termes de part de la consommation publique et privée de santé dans la consommation publique/privée totale.

Graphique 5 : Ratio Consommation de santé / Consommation totale



Source : CREG (2020).

A l'image du Burkina Faso, la part de la consommation publique de santé dans la consommation publique totale est supérieure à celle de la consommation privée de santé dans la consommation privée totale. Cela signifie que les individus ont relativement plus recours aux services publics comparativement aux ménages pour les dépenses de consommation de santé. Toutefois, bien que les proportions demeurent très faibles au regard des enjeux de la santé dans le capital humain dans ces pays, le Burkina Faso présente une situation meilleure (8,9 %) que celle du Mali dont la part de la consommation publique de santé ne représente que 5,1 % de la consommation publique totale.

Cependant, la situation est toute autre pour le cas de la Guinée et le Mali. Alors que pour ce dernier, le service public est prioritairement dans la consommation de santé avec un ratio de 5,1%, ce ratio est très faible (1,7 %) en Guinée. En effet, la consommation de santé est principalement à la charge des ménages qui consacrent environ 4,9 % de leur consommation privée totale à la consommation de santé.

En somme, en termes de consommation publique de santé, le Mali (5,1%) se situe derrière le Burkina Faso (8,9 %) mais devant la Guinée (1,7 %). Mais, en termes de consommation privée de santé, le Mali (0,4 %) se situe après le Burkina Faso (4,9%) et la Guinée (4,9%).

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Dans les programmes de développement socio-économique, le Mali met un accent particulier sur le renforcement du capital humain notamment sur la santé de ses populations. Dans cette perspective, des efforts remarquables ont été notés dans le domaine de la santé. Toutefois, ces efforts restent relativement négligeables au regard de l'importance des enjeux de développement et du contexte socio-économique du pays.

En synthèse, les profils de consommation de santé au Mali montrent que :

- i. L'Etat supporte la charge la plus importante des dépenses de consommation de santé. En fait, indépendamment du groupe d'âge considéré, les dépenses de consommation publique de santé demeurent supérieures aux dépenses de consommation privée de santé ;
- ii. La part de consommation de santé prise en charge par les ménages est relativement très faible ;
- iii. La part de l'Etat dans la consommation de santé baisse progressivement avec l'âge de la population ;
- iv. Les parts (publique et privée) consacrées à la consommation de santé sont relativement très faibles.

Face à ces constats, il s'avère important pour les décideurs publics maliens de :

- ⊙ Améliorer le financement public des programmes de santé des Adolescents/jeunes en particulier dans le domaine de la SRAJ ;
- ⊙ Accélérer la mise en œuvre de l'engagement d'Abuja (15% des dépenses publiques allouées à la santé) afin de réduire la pression des dépenses privées de santé sur les revenus des ménages ;
- ⊙ Développer et renforcer les programmes de protection sociale notamment pour les personnes vulnérables en particulier celles du troisième âge.

REFERENCES

Anne J., Touré B., Ouedraogo H. et Derriennic Y. (2017) « Évaluation du Système de Santé au Mali ». Bethesda, MD: Health Finance and Governance Project, Abt Associates Inc.

Annuaire statistique (2018) Système Local d'Information Sanitaire du Mali, 195 pages.

Coulibaly A., Gautier L., Touré L. (2020) « Le Financement basé sur les résultats (FBR) au Mali : peut-on parler d'émergence d'une politique publique de santé ? », Revue internationale de politique de développement, 12 (12.1), 2020.

Dramani L. (2019) "Dividende démographique et développement durable : Fondements théoriques et modèles normatifs, Tome 1, Ed. L'Harmattan, Sénégal.

Institut National de la Statistique (INSTAT), Cellule de Planification et de Statistique Secteur Santé-Développement Social et Promotion de la Famille (CPS/SS-DS-PF) et ICF. (2019) « Enquête Démographique et de Santé au Mali 2018 », Bamako, Mali et Rockville, Maryland, USA : INSTAT, CPS/SS-DS-PF et ICF.

Républiques du Mali (2016), Rapport national sur le profil du dividende démographique au Mali en 2015, version définitive.

Républiques du Mali, Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social (PDDSS) 2014-2023, version validée.

Républiques du Mali, Programme de Développement Socio-Sanitaire 2014-2018 (PRODESS III), version finale.

Républiques du Mali (2019), Cadre Stratégique pour la Relance Economique et le Développement Durable (CREDD 2019-2023), version validée.

United Nations (2013). "National Transfer Accounts manual: Measuring and analyzing the generational economy, Department of Economic and Social Affairs, Population Division.

World Development Indicators (2020), données sur les Indicateurs de Développement dans le Monde, Banque mondiale

AUTEURS

Rédaction	Supervision	Relecture
Pr Latif Dramani Dr Sam Agbahoungba Dr Mamaye Thiongane	Pr Cheikh Tidiane Ndiaye M. Edem Akpo	M. Rachidou Yorou

