



DIVIDENDE DEMOGRAPHIQUE ET BUDGETISATION SENSIBLE A LA SANTE DE LA REPRODUCTION AU MALI



DIVIDENDE DEMOGRAPHIQUE ET BUDGETISATION SENSIBLE A LA SANTE DE LA REPRODUCTION AU MALI

CONTEXTE

En 2019, le Mali compte 19,97 millions d'habitants dont 36 % sont en milieu urbain, 48,6 % sont âgés de moins de 15 ans et la population féminine constituant les 49,6 %. L'enquête modulaire et permanente auprès des ménages (EMOP, 2019) met en exergue le fait que le Mali se caractérise par l'extrême jeunesse de sa population étant donné quasiment la moitié de sa population à moins de 15 ans. En fait, le Mali fait partie des pays dont les effectifs aux âges jeunes sont élevés et au fur et à mesure que l'âge augmente l'effectif aura tendance à diminuer ce qui est la caractéristique commune des pays où le taux de fécondité est encore à un niveau jugé élevé.

Compte tenu de l'objectif d'étendre la couverture sanitaire et d'assurer une meilleure accessibilité aux médicaments à toute sa population, la politique sectorielle de santé et de population du gouvernement Malien repose sur le principe de décentralisation de l'accès aux soins et de la participation communautaire. Le système de soins de santé a trois niveaux de prise de décision : le niveau opérationnel, le niveau intermédiaire et le niveau central. Pour le niveau opérationnel, nous avons un premier échelon avec 1368 centres de santé communautaire (CSCoM) fonctionnels ayant en charge l'offre du Paquet Minimum d'Activité (soins curatifs, préventifs et promotionnels). Le niveau opérationnel concentre aussi 62 structures de santé de première référence (ou deuxième échelon) devant assurer la prise en charge de la référence en provenance du premier échelon. Le niveau intermédiaire assure la deuxième référence et est constitué de 8 établissements publics hospitaliers (Kayes, Kati, Sikasso, Ségou, Mopti, Tombouctou, Gao, Hôpital mère-enfant). Le niveau central du système de soins de santé constituant la troisième référence est constitué d'établissements publics de santé ou des centres hospitaliers universitaires au nombre de 5 (Point « G », Gabriel TOURE, IOTA, CNOS, Hôpital du Mali) en 2018. (Annuaire SLIS, 2018)

Par rapport à l'accessibilité au Paquet Minimum d'Activité en 2018, 57 % de la population ont accès aux soins dans un rayon de 5 km et 86 % dans un rayon de 15 km. Il convient de signaler qu'entre 2017 et 2018, la proportion de centres de santé communautaire médicalisée est passée de 32 % à 34 %. En termes de personnel, le Mali dispose de 10913 professionnels de santé (médecin, infirmier et sage-femme) en 2018. Ainsi, le ratio de professionnel de santé est de 6 pour 10000 ce qui est nettement inférieur à norme de 23 professionnels de santé pour 10000 habitants recommandés par l'OMS. Dans le cadre de la loi no02-044 du 24 Juin 2002 au Mali, la santé de la reproduction est définie comme « le bien-être général, tant physique que mental et social, de la personne humaine, pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement et non seulement l'absence des maladies ou d'infirmités ». Une telle définition prend en compte toutes mesures à titres préventives, curatives et promotionnelles dont le but est d'améliorer la prise en charge des groupes vulnérables comme les femmes, les enfants et les jeunes adultes. Ces mesures à l'endroit de ces groupes vulnérables visent entre autres à réduire la mortalité et la morbidité maternelles, infanto-juvéniles et promouvoir le bien-être de tous les individus.

Selon EDS (2018), l'indice synthétique de fécondité (ou 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) est 6,3 enfants par femme avec un niveau beaucoup plus élevé en zone rurale (6,8) qu'en zone urbaine (4,9). Concernant la fécondité des adolescentes, 36 % ont commencé leur vie féconde dont 30 % ayant au moins un enfant et 6 % enceintes de leur premier enfant. Le niveau de la fécondité reste plus élevé pour les femmes du groupe d'âge 20-24 (278 ‰) et à partir de 25 ans, les taux de fécondité baissent jusqu'au niveau le plus faible de 97 ‰ pour le groupe d'âge 40-44 ans. Parmi la population féminine âgée de 25-49 ans, l'âge médian à la première naissance est de 19,2 ans.

La mortalité adulte et la mortalité maternelle sont des aspects essentiels pour appréhender l'état de santé de la population. Selon l'EDS (2018), la probabilité de décéder entre les âges exacts de 15 et 50 ans est estimée à 135 ‰ pour les femmes et à 137 ‰ pour les hommes. Le rapport de mortalité maternelle est estimé à 325 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes. A cela s'ajoute que, si les situations actuelles de fécondité et de mortalité demeurent, environ 1 femme sur 50 court le risque de décéder de causes maternelles au cours de sa vie reproductive. Le rapport de mortalité liée à la grossesse est de 373 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes. La persistance des décès liée à la grossesse peut s'expliquer par le fait que dans certaines zones l'accouchement assisté dans des structures sanitaires reste faible. En fait, même si le taux d'accouchement assisté dans les structures sanitaires est passé de 54,99 % en 2017 à 55,81 % en 2018, la région de Taoudénit enregistre un taux de 1,64 % (Annuaire SLIS, 2018).

La mortalité des enfants est un indicateur essentiel pour comprendre la qualité de vie d'un pays mais aussi les informations relatives à celle-ci permettent de définir des stratégies de lutte contre les risques élevés de mortalité. On note une tendance baissière de la mortalité néonatale, infantile et infanto-juvénile. En effet, la mortalité néonatale est passée de 98,8 ‰ en 1963 à 50,8 ‰ en 2000 puis à 33,3 ‰ en 2017. La mortalité infantile est passée d'un niveau 203 ‰ en 1963 à 101,8 ‰ en 2000 puis à 63,6 ‰. Quant à la mortalité infanto-juvénile, le Mali est passé d'un taux de 411,1 ‰ en 1963 à 188,1 ‰ en 2000 puis à 101,3 ‰ en 2017 (WDI, 2019).



En 2018, les informations sur la mortalité infantile montrent que sur 1000 naissances vivantes, 54 enfants sont décédés avant

le premier anniversaire. Concernant la mortalité infanto-juvénile, sur 1000 naissances vivantes, 101 enfants sont décédés avant d'atteindre leur cinquième anniversaire. (EDS, 2018) A ces situations liées à la mortalité maternelle, adulte et infanto-juvénile s'ajoutent des pratiques potentiellement dangereuses telles que l'excision. Au Mali, près de neuf (09) femmes de 15-49 ans sur dix (01), soit 89 %, sont excisées. Il convient de préciser que pour 76 % des femmes l'excision a eu lieu pendant la petite enfance (avant l'âge de 5 ans).

C'est compte tenu de tout ce qui précède que les politiques visant à promouvoir l'utilisation des services de santé en matière de reproduction sont au cœur des stratégies internationales et nationales visant à améliorer le bien-être des populations. Au Mali, la loi n°02-4 du 24 Juin 2020 considère comme services de santé en matière de reproduction « l'ensemble des méthodes, techniques et services qui contribuent à la santé et au bien-être en matière de procréation en prévenant et en résolvant les problèmes qui se posent dans ce domaine ». L'utilisation de la contraception entre ce cadre de prévention et de résolution des problèmes en ce qu'elle consiste à l'utilisation de méthodes ou moyens pour prévenir les grossesses non désirées et d'espacer les naissances. Parmi les femmes de 15-49 ans, 15 % utilisent une méthode contraceptive moderne avec une prévalence de 16 % pour celles en union contre 35 % pour les femmes non en union sexuellement actives. La proportion de femmes en union ayant des besoins non satisfaits en termes de planification familiale est de 24 %. Ces besoins non satisfaits sont orientés à 17 % vers l'espacement des naissances.



REVUE SELECTIVE DE LA LITTÉRATURE

Sylla et al. (2019) ont analysé les facteurs explicatifs de la pratique contraceptive moderne des femmes fréquentant les formations sanitaires du district de Youwarou au Mali. Grâce à une enquête réalisée de Mai à Juin 2015 et portant sur 200 femmes âgées de 15-49 ans fréquentant les sept (07) centres de santé du district de Youwarou, les auteurs ont utilisé une méthode d'analyse descriptive (analyse bi variée) et une méthode d'analyse explicative (analyse multivariée). Les résultats montrent que pour la contraception moderne la prévalence est de 8,8 % contre 4 % pour la contraception traditionnelle. Ce sont les femmes du centre de Guidio-sare avec un taux de 13 % qui utilisent davantage les pratiques contraceptives modernes. Les facteurs qui déterminent principalement la pratique contraceptive sont l'ethnie, l'âge et le statut matrimonial de la femme.

En effet, les femmes de l'ethnie sonrai ont 87 % moins de chances de ne pas utiliser la contraception moderne que les femmes peulh. Ce résultat s'explique par le fait qu'elles habitent les zones moins ouvertes aux valeurs modernes. L'âge est forte-

ment associé à l'utilisation de la contraception moderne. Les femmes de 15-24 ans (jeunes) utilisent moins la contraception moderne (4 %) suivie de celles des groupes d'âge 25-34 ans (adultes) avec 9 % alors que les femmes de 35 ans et plus en pratiquent assez largement (17 %). Ainsi, les femmes adultes ont près de 7 fois plus de chances d'utiliser la contraception moderne que les femmes jeunes. L'étude ne parvient pas à trouver une relation significative entre la possession d'un enfant et l'utilisation de la contraception mais l'analyse descriptive montre que le niveau d'utilisation de la contraception des femmes ayant au moins un enfant (9 %) est supérieur à celui des femmes qui n'ont pas d'enfants (4 %). En fait, 15 % des motifs d'utilisation de la contraception moderne sont liés au désir d'espacer ou d'arrêter les naissances. Toutefois, comparativement à leurs consœurs mariées, les femmes non mariées ont près de 7 fois plus de chances de recourir à la contraception moderne. Les analyses révèlent que la commune de résidence, le niveau d'instruction de la femme, la profession, la possession d'un enfant, le nombre d'enfants désirés, le désir de contracter une grossesse et la perception de diminution de la morbidité n'ont pas d'effets significatifs sur l'utilisation de la contraception moderne (Sylla et al., 2019).

Mariko et al. (2009) ont effectué une analyse approfondie de la pratique contraceptive et de l'importance des besoins non satisfaits en matière de planification familiale au Mali en utilisant les Enquêtes Démographiques de Santé de 1995-1996, de 2001 et 2006. Les analyses montrent que 7 % des femmes utilisaient en 2006 une méthode contraceptive dont 5 % pour espacer les naissances et 2 % une pour limiter leur descendance. Les analyses de Mariko et al. (2019) montrent que le niveau des besoins non satisfaits en matière de planification familiale des femmes au Mali est passé de 23 % en 1995-1996 à 25 % en 2001 et 27 % en 2006, soit une légère hausse. C'est parmi les femmes célibataires sexuellement actives que le niveau des besoins non satisfaits (plus orientés vers l'espacement) est le plus élevé (43 %). Dans le cadre de l'analyse des caractéristiques qui affectent le niveau des besoins non satisfaits en matière de planification des femmes maliennes, l'étude montre l'âge, le niveau d'instruction, le nombre d'enfants vivants, qui sont entre autres des facteurs essentiels. En effet, c'est les femmes de 40-44 ans qui ont les besoins les plus élevés (41 %) principalement orientés vers la limitation des naissances. Parmi les jeunes femmes de 15-19 ans, 35 % ont des besoins en matière de planification familiale et sont principalement orientés à l'espacement des naissances. Le niveau de besoins non satisfaits est plus élevé chez les femmes ayant au moins un niveau d'étude primaire (38 %) et leurs besoins sont liés à la nécessité d'espacer leur descendance. Le niveau des besoins non satisfaits en termes de planification familiale augmente avec le nombre d'enfants vivants.

ANALYSE DU CYCLE DE VIE ÉCONOMIQUE

Le dividende démographique (DD) désigne l'accélération de la croissance économique résultant d'une modification de la structure par âge d'une population suite à la baisse de la mortalité et de la natalité. La mesure du DD est opérationnalisée à partir des comptes nationaux de transferts (NTA ou *National Transfer Accounts*). Les NTA sont un nouvel outil permettant de comprendre la façon dont les flux économiques circulent entre les différents groupes d'âge d'une population pour un pays et pour une année donnée. Ils indiquent notamment à chaque âge les différentes sources de revenus et les différents usages de ces revenus en termes de consommation, que celle-ci

soit privée ou publique, et d'épargne (Nations-Unies, 2013). Ils permettent ainsi d'étudier les conséquences liées aux modifications de la structure par âge de la population.

La construction des NTA du Mali a permis d'analyser la consommation et le revenu du travail en fonction de l'âge des individus afin de repérer les groupes d'âge qui présentent un déficit de ressources et qui sont donc en situation de dépendance économique, et ceux qui dégagent un excédent de ressources permettant de "subventionner" les premiers. Les différents profils de consommation et de revenu du travail sont analysés au niveau microéconomique (individu) et macroéconomique (national). Au-delà de cette analyse du cycle de vie, les NTA ont également montré, à partir des projections démographiques, l'évolution du DD du Mali, et donc l'impact du changement de sa pyramide des âges sur la croissance économique du pays.

Une demande sociale de l'ordre de 1 479 milliards de FCFA

Encadré 1 : Notion de déficit de cycle de vie

Le déficit du cycle de vie pour les individus d'un âge a donné, noté LCD , se définit comme la différence de leur consommation $C(a)$ et leur revenu du travail $YL(a)$:

$$LCD(a) = C(a) - YL(a)$$

La consommation $C(a)$ comprend la consommation privée et publique d'éducation, de santé et autres (logements, électricité et eau, consommation non alimentaires et alimentaires, etc.).

Le revenu du travail $YL(a)$ est composé du salaire, des indemnités, de la cotisation de l'employeur aux programmes de prestations publiques (par exemple, les pensions et les soins de santé) et du revenu d'un travail indépendant.

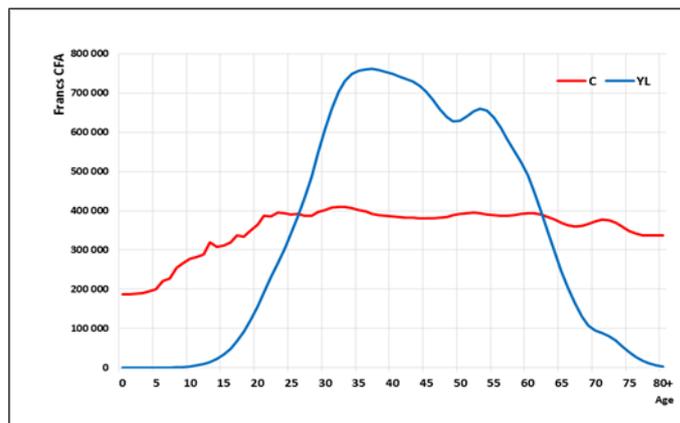
Le déficit du cycle de vie permet d'analyser les besoins de consommation à satisfaire à chaque âge en respectant le niveau des agrégats de consommation et de revenu du travail des comptes nationaux. Il permet également d'identifier les personnes qui sont économiquement dépendantes et celles qui ne le sont pas. En effet, la dépendance économique est une situation où un individu a une consommation qui excède son revenu du travail. C'est le cas des enfants et des personnes âgées par exemple.

Au Mali, la couche de la population comprenant les jeunes et les vieux est globalement déficitaire durant leur cycle de vie. Ainsi, même si en âge adulte ils (27 à 62 ans) dégagent un excédent, cette situation ne permet pas de couvrir le déficit dégagé lors de la période d'inactivité. Avant l'âge de 26 ans, les jeunes consomment plus qu'ils n'ont de revenus du travail. Ils contribuent pour 62,2% à la consommation totale et ne produisent que 18,6% du revenu du travail. Ils dégagent un déficit du cycle de vie de 2 608 milliards de FCFA et ce déficit devra être comblé par le surplus éventuels chez les autres tranches d'âge (transferts) et les éventuels revenus des actifs. En moyenne d'âge, ce déficit passe de 187 000 FCFA à plus de 300 000 FCFA entre 0 et 13 ans. A partir de cet âge, il baisse progressivement jusqu'à un solde nul vers l'âge de 26 ans.

Entre 27 et 62 ans, les personnes dégagent un surplus de 1 229 milliards de FCFA. Elles contribuent pour environ 35% à la consommation et produisent près des 4 / 5 du revenu du travail. Les personnes restent productifs nets assez tard dans la vie (62 ans). Vers 37 ans, le surplus produit individuellement atteint en moyenne 370 000 FCFA. Ce surplus baisse progres-

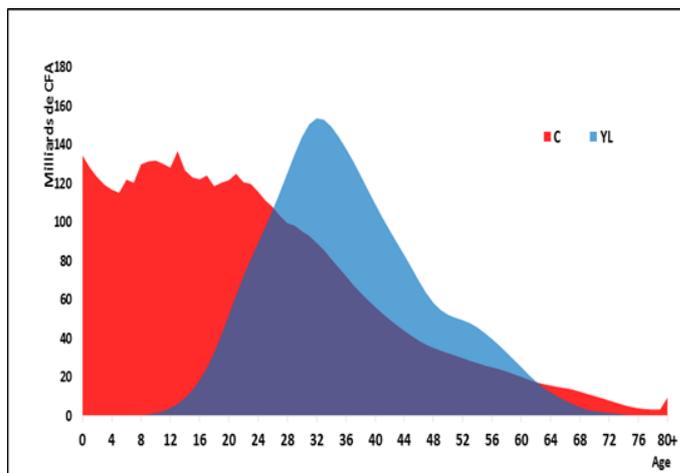
sivement jusqu'à l'âge de 49 ans avant de reprendre une allure positive pour atteindre un maximum d'environ 266 000 FCFA à 63 ans. Le surplus se transforme en déficit entre 62 et 63 ans, âge moyen de départ à la retraite ou d'arrêt des activités professionnelles. A partir de 62 ans, un déficit à la vieillesse apparaît dans le cycle de vie économique. Les personnes du troisième âge consomment 170 milliards de FCFA alors qu'ils dégagent un revenu du travail de 70 milliards de FCFA soit un déficit de 100 milliards de FCFA. Sur le plan individuel, se déficit varie d'environ 40 000 FCFA (à 63 ans) à plus de 333 000 FCFA à l'âge de 80 ans ou plus.

Graphique 1 : Profils moyens de consommation et de revenu du travail



Source : Policy Brief sur la dépendance économique au Mali, 2017.

Graphique 2 : Profils agrégés de consommation et de revenu du travail



Source : Policy Brief sur la dépendance économique au Mali, 2017.

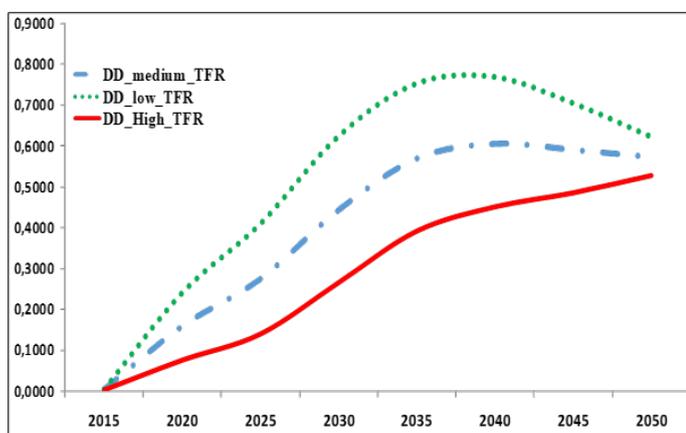
Le déficit du cycle de vie résume donc l'activité économique en une production et une consommation. Dans ce sens, seule une catégorie d'âge de la population est chargée d'assumer le rôle de la production afin de nourrir l'ensemble de la population : il s'agit des adultes actifs. Cette tranche d'âge dégagne un surplus de revenu du travail grâce aux activités de production qu'elle exerce, au moment où les jeunes et les personnes âgées enregistrent un déficit de leur cycle de vie. En utilisant cette variation de la production et de la consommation en fonction de l'âge, l'approche des NTA permet de donner également une mesure du dividende démographique suivant les différents scénarii de fécondité.

Faible fécondité pour un dividende démographique optimal

Dans le cadre de l'exploitation plus judicieuse du dividende démographique, des modèles de projection des effets dus aux changements politiques et aux investissements sociaux ont été élaborés. Ainsi, à partir des NTA, des méthodes ont été élaborées pour projeter le DD suivant les hypothèses de fécondité :

- Baisse rapide de la fécondité (ou fécondité faible) : chaque femme aura en moyenne 3,0 enfants à l'horizon 2050 ;
- Baisse tendancielle de la fécondité (ou fécondité moyenne) : chaque femme aura en moyenne 3,5 enfants à l'horizon 2050, soit 0,5 enfant de plus au niveau de l'hypothèse de fécondité faible ;
- Baisse lente de la fécondité (ou fécondité forte) : chaque femme aura en moyenne 4,0 enfants jusqu'à l'horizon 2050.

Graphique 3 : Projections du dividende démographique du Mali suivant les scénarii de fécondité



Source : Rapport national sur le DD au Mali, 2017.

L'analyse des projections démographiques élaborées à partir de la méthode NTA montre qu'au Mali, avec le niveau de fécondité actuel observé (6,1 enfants par femme, selon EDMS-V 2012 - 2013), le Mali ne tirera pas d'avantage du dividende démographique d'ici 2050. Avec une baisse modérée de la fécondité, il tirera peu de profit du dividende, alors qu'avec une baisse rapide de la fécondité, il pourra mieux profiter du dividende démographique. Ainsi, avec la baisse lente de la fécondité, l'accélération de la croissance économique due à la structure de la population sera d'environ 2% sur la période 2015 - 2025. Pour la même période, la croissance économique due à la baisse modérée sera d'environ 4% et, celle liée à la baisse rapide de la fécondité sera de 5% ; soit plus du double de celle obtenue avec 6,1 enfants par femme.

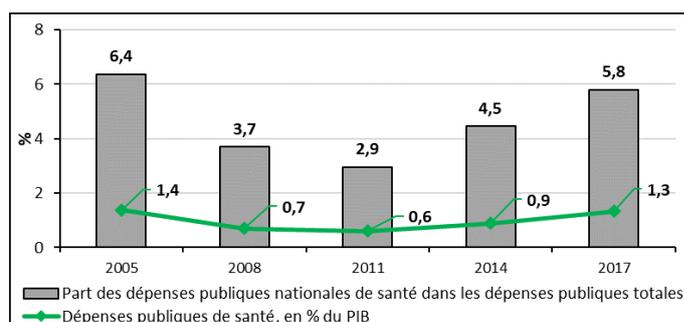
Ce déficit relativement important observé sur le cycle de vie et les projections démographiques en fonction des scénarii de fécondité montrent que d'importants efforts restent à être consentis en vue de la capture du dividende démographique. En relation avec la fécondité, la dimension santé en général et la santé de la reproduction en particulier nécessite une priorité particulière en termes de définition de politiques adéquates et d'investissements subséquents. Ainsi, une analyse de l'évolution des dépenses en santé et en santé de la reproduction, et des indicateurs de la SR offrirait des évidences pour cet aspect essentiel du développement humain et de la capture du dividende démographique.

ANALYSE DES DÉPENSES DE SANTÉ

Moins de 8% des dépenses publiques allouées à la santé

Entre 2005-2011, la part des dépenses publiques nationales de santé dans les dépenses publiques a baissé passant d'un niveau de 6,4 % en 2005 à 3,7 % en 2008 et à 2,9 % en 2011. Par contre une tendance haussière est observée à partir de 2011. En effet, 4,5 % des dépenses publiques totales concernent des dépenses publiques de santé en 2014 contre 5,8 % en 2017. Dans ce cadre, on note une augmentation de la part des dépenses publiques nationales de santé dans les dépenses publiques de 2,9 points de pourcentage. En 2005-2017, la même tendance est observée en ce qui concerne la part des dépenses publiques de santé dans le PIB. Ainsi, on passe d'une proportion de 1,4 % en 2005 à 0,7 % en 2008 et à 0,6 % en 2011. A partir de 2011 on observe une augmentation des dépenses publiques de santé s'établissant à 0,9 et à 1,3 % en 2014 et en 2017, respectivement. Soit, entre 2011-2017, la part accordée aux dépenses publiques de santé dans le PIB a augmenté de 0,7 point de pourcentage ce qui est relativement faible au vu des problèmes et enjeux de santé publique auxquels le Mali faisait face au cours de ladite période.

Graphique 4 : Dépenses publiques de santé, en % du PIB et en % des dépenses publiques totales



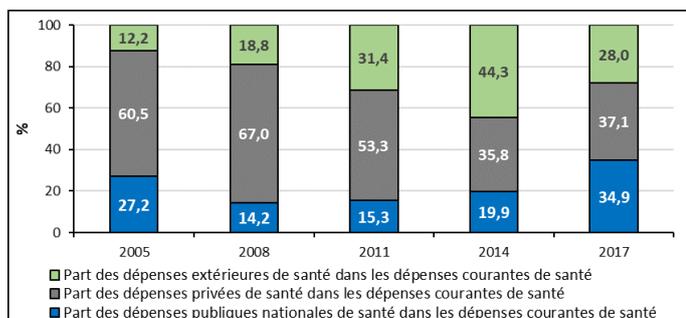
Source : CREG 2020, à partir des données de WDI.

Financement de la santé toujours important pour les ménages

L'analyse des sources des dépenses courantes de santé dans le temps montre que globalement ce sont les dépenses privées de santé qui constituent la part la plus importante même si cela a tendance à baisser depuis 2008. En effet, la part des dépenses privées de santé représente 60,5 % des dépenses courantes de santé en 2005 contre 27,2 % de dépenses publiques nationales et 12,2 % de dépenses de santé d'origine extérieure. En 2008, on observe que 67 % des dépenses courantes de santé proviennent des dépenses privées contre 14,2 % liées aux dépenses publiques nationales et 18,8% de dépenses extérieures de santé. De même, les dépenses privées de santé représentent 53,3 % des dépenses courantes de santé contre 15,3 % de dépenses publiques et 31,4 % de dépenses extérieures de santé. Contrairement aux autres années, pour l'année 2014 on observe que les dépenses courantes de santé sont constituées à 44,4 % de dépenses extérieures de santé, de 35,8 % de dépenses privées contre 19,9 % de dépenses publiques nationales. Il est essentiel de noter au passage la tendance haussière de la part des dépenses extérieures de santé dans les dépenses courantes de santé entre 2005 et 2014. En effet, sur cette période la part des dépenses extérieures a augmenté de 32,11 points de pourcentage. A l'inverse,

entre 2008-2014, la part des dépenses privées de santé a chuté de 31,2 points de pourcentage alors que les dépenses publiques ont continué à augmenter sur la même période. D'ailleurs en 2017, même si les dépenses privées de santé constituaient 37,1 % des dépenses courantes, les dépenses publiques nationales en constituaient 34,9 % contre 28 de dépenses de santé d'origine extérieure. Ainsi, entre 2008 et 2017, la part des dépenses publiques nationales de santé dans les dépenses courantes de santé a augmenté de 20,7 points de pourcentage.

Graphique 5 : Part (en %) des dépenses de santé d'origine publique intérieure, privée et extérieure dans les dépenses courantes de santé

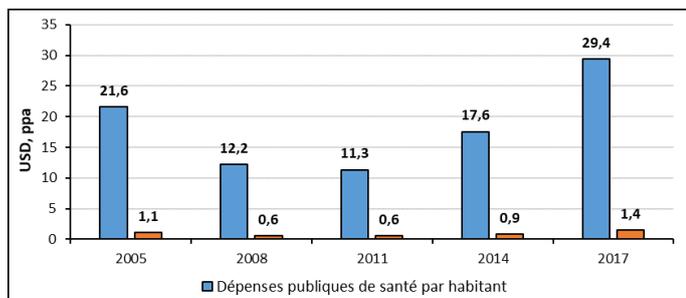


Source : CREG 2020, à partir des données de WDI.

Faible niveau des dépenses publiques en santé de la reproduction

En 2005, les dépenses publiques de santé par habitant étaient de 21,6 USD, dont 1,1 USD alloué à des dépenses en matière de santé de la reproduction. En 2008, 2011 et 2014 avec des niveaux de dépenses publiques de santé par habitant de 12,2 USD, 11,3 USD et 17,6 USD respectivement, les dépenses publiques par habitant en santé de la reproduction n'atteignaient pas 1 \$ USD. En effet, les dépenses par habitant consacrées à la santé de la reproduction s'établissaient à 0,6 USD en 2008 et en 2011 contre 0,9 USD en 2014. En 2017, malgré que les dépenses publiques de santé par habitant s'élèvent à 29,4 USD seul 1,4 USD concerne des dépenses publiques par habitant en santé de la reproduction. Ainsi, même si les dépenses publiques par habitant sont passés de 0,6 USD en 2011 à 1,4 USD en 2017 cela semble augmenter moins que proportionnellement à l'augmentation des dépenses publiques de santé par habitant qui passent de 11,3 USD à 29,4 USD sur la même période.

Graphique 6 : Dépenses publiques par habitant en santé générale et en santé de la reproduction



Source : CREG 2020, à partir des données de WDI.

Nécessité d'accroître les dépenses en santé de la reproduction pour améliorer les indicateurs de la SR

Encadré 2 : Indice de la santé de la reproduction (ISR) et élasticité budgétaire

En statistique, l'élasticité mesure la variation d'une grandeur provoquée par la variation d'une autre grandeur. Dans le cadre de la santé de la reproduction, l'élasticité budgétaire est une mesure de la sensibilité d'un indice de la SR par rapport aux variations des dépenses allouées à la SR.

Pour les besoins de calcul de l'élasticité des dépenses de la SR, il est nécessaire de disposer d'un indicateur « unique et synthétique » de la SR qui serait une agrégation de tous les indicateurs relatifs à la SR. Ainsi, nous avons construit un **indice synthétique de la SR**, en abrégé **ISR**, qui agrège les indicateurs relatifs de la SR.

Au regard de la littérature, les principaux indicateurs de la SR sont :

- Prévalence contraceptive (SR_1)
- Proportion de femmes enceintes recevant des soins prénataux (SR_2)
- Taux de naissances assistées par du personnel de santé qualifié (SR_3)
- Proportion de nouveau-nés protégés contre le tétanos (SR_4)
- Prévalence de l'anémie chez les femmes enceintes (SR_5)
- Prévalence de l'anémie chez les enfants de moins de 05 ans (SR_6)
- Risque de décès maternel (SR_7)
- Taux de mortalité des enfants de moins d'un an (SR_8)
- Prévalence des mutilations génitales féminines (SR_9)
- Proportion de nouveau-nés présentant une insuffisance pondérale (SR_{10})

Ces indicateurs interviennent dans la construction de l'indice composite **ISR**, à l'exception des deux derniers (SR_9 et SR_{10}) qui sont écartés pour des raisons de disponibilité des données.

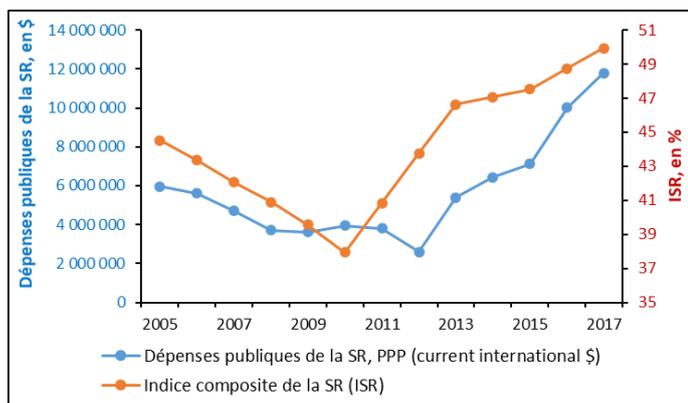
L'**ISR** est déterminé en prenant la moyenne géométrique des indicateurs relatifs à la SR, au moyen de la formule suivante :

$$ISR = \left(\prod_{j=1}^4 SR_j \times \prod_{j=5}^7 (1 - SR_j) \times \left(1 - \frac{SR_8}{10} \right) \right)^{\frac{1}{8}}$$

L'**ISR** est construit de sorte que sa valeur soit toujours comprise **entre 0 et 1**. Il donne une mesure des performances en matière de la santé de la reproduction pour un pays. Le niveau de la santé de la reproduction d'un pays donné est meilleur lorsque l'**ISR** tend vers **1**, et médiocre lorsque l'**ISR** tend vers **0**.

Comme le montre le graphique ci-après, l'indice de la santé de la reproduction (ISR) et les dépenses publiques de la SR présentent des allures quasi similaires montrant ainsi une forte corrélation entre les deux variables. Au Mali, les efforts consentis en dépenses publiques de la SR impactent positivement les produits de la santé de la reproduction.

Graphique 7 : Evolution des dépenses de la SR et l'IS



Source : CREG 2020, à partir des données de WDI.

A la suite de l'analyse de la dynamique des dépenses liées à la santé de la reproduction, il convient de mesurer la sensibilité de l'indice de la SR par rapport aux dépenses de la SR. Les résultats montrent que pour le Mali, l'élasticité des dépenses en santé de la reproduction (SR) par rapport à l'indice composite de la SR, est évaluée à 0,24. Ainsi, lorsque les dépenses en termes de santé de la reproduction augmentent de 1% l'indice de la SR devrait enregistrer une hausse de 0,24%. Comparativement aux autres pays de la sous-région, un accroissement de 1% des dépenses en santé de la reproduction devrait engendrer une augmentation de l'indice de la SR de près de 0,22% en Côte d'Ivoire et de 0,28% au Burkina Faso.

RECOMMANDATIONS

Au vu de l'analyse de la dynamique des indicateurs liés à la santé de la reproduction et de la mesure de la sensibilité de l'indice de la SR par rapport aux dépenses de la SR, les recommandations suivantes peuvent être formulées :

- Renforcer les structures en charge des services de la santé de la reproduction pour une meilleure campagne de sensibilisation auprès de population ;
- Augmenter les ressources publiques consacrées à la santé de la reproduction pour une meilleure la prise en charge des besoins spécifiques en SR ;
- Accompagner les partenaires techniques et financiers dans le cadre de leurs interventions spécifiques liées à la SR.

RÉFÉRENCES

Dramani (2019) : *Dividende démographique et développement durable : Fondements théoriques et Modèles normatifs*. Editions L'Harmattan

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.

Institut National de la Statistique (2019), « Enquête Modulaire et Permanente auprès des Ménages (EMOP), Rapport d'Analyse Premier passage ».

Mariko S. et al. (2009), « Pratique contraceptive et importance des besoins non satisfaits en matière de planification familiale au Mali, de 1995 à 2006 : Analyses approfondies des Enquêtes

Démographiques et de Santé au Mali, 1995-1996, 2001 et 2006 », *Rapports d'analyses approfondies des EDS No. 69*. Calverton, Maryland, USA : CPS/DNSI et ICF Macro.

République du Mali (2002), Loi no 02 - 044 / du 24 Juin 2002 Relative à la santé de la reproduction. [https:// mail.cnom.sante.gov.ml/loi-02-044-sante-de-la-reproduction](https://mail.cnom.sante.gov.ml/loi-02-044-sante-de-la-reproduction)

République du Mali (2017) « Rapport national sur le dividende démographique au Mali » ; Projet SWEDD

République du Mali (2017) « Dépendance économique au Mali : Un déficit global à hauteur de 22% du PIB » ; Policy Brief Dépendance économique au Mali

République du Mali (2018), « Annuaire statistique du Système Local d'Information Sanitaire (SLIS) du Mali », Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, 195 pages.

Sylla O et al. (2019), « Facteurs explicatifs de la Pratique Contraceptive Moderne des Femmes fréquentant les formations Sanitaires du District de Youwarou au Mali », *European Scientific Journal December 2019 edition Vol.15, No.36*.

United Nations (2013). *National Transfer Accounts Manual: Measuring and Analysing the Generational Economy*. Department of Economic and Social Affairs, Population Division

United Nations (2017). « World Population Prospects: The 2017 Revision », DVD Edition. Department of Economic and Social Affairs, Population Division

World Development Indicators (2019), Banque mondiale, données sur le Mali consultées le 21 Août 2020.

AUTEURS

Rédaction	Supervision	Relecture
Pr Latif Dramani	Dr Sam Agbahoungba	Mame Diaara Samb
Dr Sam Agbahoungba	Edem Akpo	
Edem Akpo		
Mamaye Thiongane		

