

Il est temps de capitaliser sur l'expansion de la capacité fiscale du gouvernement pour contribuer à la Couverture Sanitaire Universelle du Mali

Auteurs : Patrick Pascal Saint-Firmin
et Birama Diakité

Introduction

Compte tenu de l'essor économique récent de l'Afrique sub-saharienne, les bailleurs de fonds bilatéraux et multilatéraux ont manifesté un intérêt croissant à voir s'opérer dans la région une transition vers un plus grand financement domestique des programmes de santé. Cependant, en dépit de la hausse importante du produit intérieur brut (PIB) et des recettes publiques plus conséquentes dans de nombreux pays, dont le Mali, les allocations destinées au secteur de la santé n'ont pas augmenté de manière proportionnelle. Les ressources allouées à la santé sont en deçà de la croissance des revenus fiscaux et des allocations destinées à d'autres secteurs.

Ce résumé explore les facteurs déterminants du sous-investissement dans la santé au Mali, en dépit des engagements pris par le pays en faveur des Objectifs de Développement Durable (ODD), de ses avancées vers l'autosuffisance, et des progrès enregistrés en matière de la Couverture Sanitaire Universelle (CSU). Ce document évoque également plusieurs considérations à prendre en compte pour améliorer la mobilisation des ressources internes pour la santé et mettre en œuvre la CSU au Mali. Les défis et accomplissements du secteur de la santé malien pourraient également être utiles à d'autres pays de l'Afrique sub-saharienne où l'aide internationale à la santé plafonne, et qui enregistrent également un sous-investissement de ressources domestiques pour la santé.

Ces résultats sont le fruit d'entretiens menés avec des informateurs clés et d'analyses de données effectués par le projet Health Policy Plus (HP+), financé par l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID). Les entretiens ont été menés sur une période de trois mois à la mi-2018 avec des représentants de 23 institutions impliquées dans le financement de la santé au Mali. Par ailleurs, HP+ a analysé des données secondaires sur les ménages et le financement du secteur public de la santé, ainsi que des indicateurs macroéconomiques et fiscaux du pays.

Aperçu de la situation économique et de l'utilisation de la santé au Mali

Le Mali a connu une forte croissance économique depuis 2013, année à laquelle le pays enregistrait une baisse de 70% de ses investissements financiers en raison d'un coup militaire et d'un conflit armé (Taiclet et al., 2013). Au cours des cinq années qui ont suivi cette crise politique, le Mali est parvenu à générer une croissance importante de son PIB, impliquant des augmentations de revenus et du budget général du gouvernement (cf. Tableau 1). Le Fonds Monétaire International (FMI) estimait à 5,8% la croissance annuelle moyenne du PIB du Mali entre 2014 et 2018. Par ailleurs, tel que l'illustre le Diagramme 1, la performance macro-fiscale du Mali a largement dépassé les cibles et les seuils internationaux et régionaux.

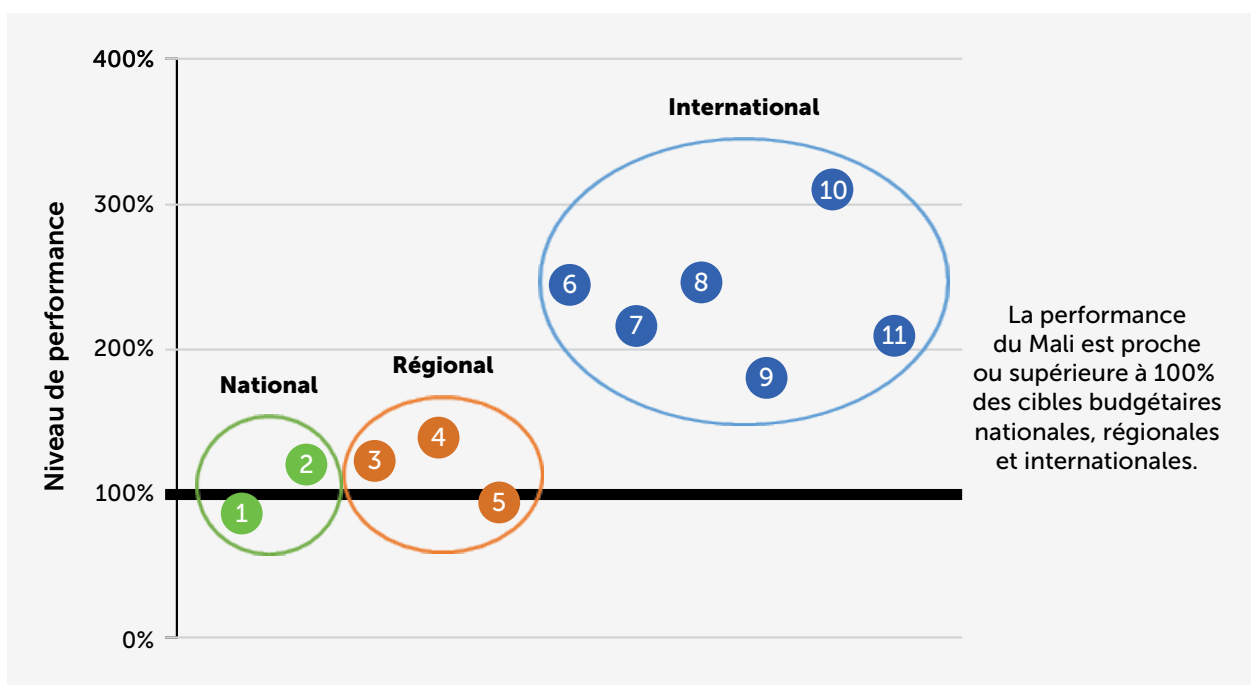
Tableau 1. Agrégats fiscaux globaux du Mali

Indicateur	2014	2015	2016	2017*	2018**
Solde budgétaire (en pourcentage du PIB)	-1,2	-0,5	-1,9	-0,9	-1,3
Recettes de l'État (en pourcentage du PIB)	14,9	16,4	16,7	18,4	19,4
Dépenses budgétaires du gouvernement (en pourcentage du PIB)	18,4	19,2	21,1	21,2	22,7
Revenu fiscal (en pourcentage du PIB)	12,5	14,0	14,9	15,2	15,8
Taux de croissance du PIB réel (pourcent)	7,1	6,2	5,8	5,3	5,4

* 2017 reflète des données estimées ; pour la croissance du PIB réel, 2017 reflète des données programmées.

** 2018 reflète des données programmées ; pour la croissance du PIB réel, 2018 reflète des données estimées.

Source : FMI, 2018b

Diagramme 1. Performance moyenne du Mali (2012–2016) comparée aux cibles et seuils nationaux, régionaux et internationaux

Cibles nationales (tirées du Cadre de stratégie pour la croissance et la réduction de la pauvreté, et des objectifs annuels de la politique budgétaire nationale) :

1. Solde budgétaire de base (exceptés les dons sur budgets d'investissement spéciaux et le soutien externe sur budget) en % du PIB
2. Déficit budgétaire global (exceptés les dons sur budget spécial d'investissement) en % du PIB

Cibles régionales (tirées du Pacte de convergence et compétitivité de l'Afrique de l'Ouest) :

3. Base d'engagement pour le solde budgétaire global, dons inclus, en % du PIB
4. Taux de croissance du revenu fiscal en % du PIB
5. Ratio déficit budgétaire global (hors dons) en % du PIB

Cibles internationales (tirées du Cadre de viabilité de la dette établi conjointement par la Banque mondiale et le FMI pour les pays à faible revenu) :

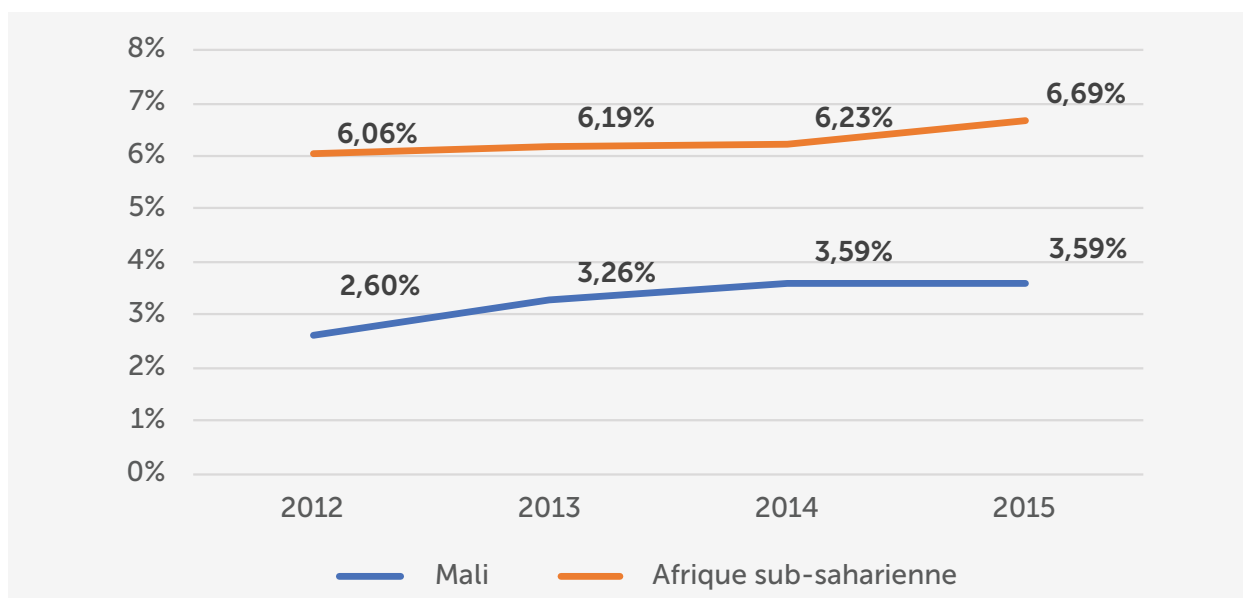
6. Valeur actuelle de la dette externe en % des exportations
7. Valeur actuelle de la dette externe en % du PIB
8. Valeur actuelle de la dette externe en % des revenus
9. Service de la dette en % des exportations
10. Service de la dette en % des revenus
11. Valeur actuelle de la dette publique totale en % du PIB

NB : À l'exception de la cible 4 (revenu fiscal), la performance s'accélère au fur et à mesure que les résultats du pays s'éloignent des seuils.

Les tendances des estimations du budget validées par le gouvernement révèlent que les dépenses et les recettes publiques ont augmenté en moyenne de 11% et 16% par an, respectivement, entre 2013 et 2017. Les recettes publiques ont augmenté 42,3% plus vite que les dépenses, maintenant les déficits (mesurés comme solde négatif du budget) légèrement au-dessus de 1,1% du PIB. Les données du FMI indiquent que les recettes fiscales ont augmenté de manière importante, stimulées par la forte croissance économique et la mise en œuvre d'une série de réformes fiscales et de mesures administratives. Entre 2012 et 2016, le ratio impôts/PIB du Mali a augmenté plus rapidement que celui des autres pays de l'Union économique et monétaire ouest-africaine, avec une augmentation moyenne de 13% par an, élevant le ratio impôts/PIB à 14,9% (FMI, 2018a). Les projections illustrées dans le Tableau 1 suggèrent une augmentation additionnelle de 6% d'ici 2018.

Malgré une tendance positive de ces indicateurs économiques généraux, le Mali est derrière la plupart des autres pays de l'Afrique sub-saharienne en matière de CSU et de financement interne des dépenses publiques de santé. Le Rapport mondial de suivi 2017 : la couverture-santé universelle de l'Organisation mondiale de la Santé et de la Banque mondiale a classé le Mali en avant-avant dernière position sur les 132 économies mondiales et les 35 économies d'Afrique sub-saharienne pour l'année 2015. Enregistrant un score de couverture des services de 32, le Mali se situait 10 points indiciaires en dessous de la moyenne des autres pays de l'Afrique sub-saharienne. Les faibles dépenses publiques domestiques pour la santé pourraient en partie expliquer pourquoi le Mali a peiné à améliorer sa couverture des services essentiels. Par ailleurs, 45% des dépenses totales pour la santé sont payées directement de la poche de la population (MSHP et al., 2016). Les estimations des transferts moyens des revenus internes alloués à la santé en pourcentage des dépenses générales du gouvernement entre 2012 et 2015 représentent près de la moitié de la moyenne de l'Afrique sub-saharienne (cf. Diagramme 2).

Diagramme 2. Transferts émis à partir des recettes publiques internes du gouvernement à des fins de santé, en pourcentage des dépenses générales du gouvernement



Source : Base de données sur les dépenses de santé mondiales de l'Organisation mondiale de la Santé

L'organisation des fonds publics exacerbe les inégalités persistantes en termes d'accès aux services de santé et de résultats de santé chez différents groupes socioéconomiques. Les services de santé clés fournis dans les structures sanitaires publiques bénéficient de manière disproportionnée aux populations urbaines les plus aisées ; en comparaison aux populations pauvres, les plus riches ont 4,7 fois plus de chances d'utiliser des méthodes de contraception

moderne et 3,7 fois plus de chances d'avoir fait le test du VIH (CPS et al., 2014). En 2016, le gouvernement a investi environ 17,7 millions de dollars américains dans des régimes de protection sociale en santé, dont 63% ont été dépensés dans des exemptions ciblant certains groupes (comme les femmes enceintes et les enfants), certaines maladies, et certains services clés spécifiques (MSHP et al., 2017). Malheureusement, les données indiquent que les bénéficiaires reviennent proportionnellement aux groupes les plus aisés. Par exemple, seules 24% des femmes bénéficiant de césariennes gratuites étaient issues de groupes socioéconomiques plus pauvres (MSHP et al., 2017).

Lors du Sommet des Nations Unies pour le développement durable de 2015, le Président Keïta a souligné les priorités sanitaires clés du pays, dont le contrôle du VIH, l'infrastructure de santé, et l'investissement du gouvernement à travers des subventions permettant de fournir gratuitement des interventions vitales, comme les césariennes. Pour progresser dans ces domaines et remplir les Objectifs de Développement Durable du pays, le gouvernement devra répondre aux insuffisances des systèmes de santé marqués par de faibles progrès vers la CSU, des inégalités d'accès aux services et de résultats de santé, et de faibles dépenses gouvernementales dans le secteur de la santé.

L'allocation budgétaire pour la Couverture Sanitaire Universelle et le financement de la santé

Les directives et décisions politiques pour le financement de la santé et de la CSU sont demeurées largement inappliquées ces dernières années.

Une ébauche de politique nationale pour le financement de la santé élaborée en 2014 a établi les bases pour accéder à des soins de qualité en fonction des besoins. Les priorités du financement de la santé définies dans ce document (cf. Encadré 1) permettraient de répondre aux problèmes connus et documentés du financement de la santé en effectuant des réformes recommandées (cf. Diallo et al., 2012 ; Ministère de l'Action Humanitaire, de la Solidarité et des Personnes Âgées, 2003 et 2011 ; Touré et al., 2014). Ces recommandations plaident pour la mobilisation de ressources domestiques en faveur du secteur de la santé, tout en réduisant la fragmentation des régimes d'assurance existants et en en promouvant l'efficacité. En 2017, le Conseil des ministres a demandé à ce que cette politique, qui n'avait pas encore été endossée, soit révisée et adaptée en stratégie en lien avec la politique nationale de protection sociale existante. Les parties prenantes interrogées ont fait remarquer que ce processus d'endossement a manqué d'appropriation institutionnelle adéquate des ministères du secteur social, soit le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (maintenant le Ministère de la Santé et des Affaires Sociales), le Ministère de l'Action Humanitaire, de la Solidarité et des Personnes Âgées, et le Ministère de la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille. Ce manque d'appropriation a donné lieu à un faible engagement en faveur de la politique et de son endossement. Les parties prenantes interrogées ont également indiqué que la capacité limitée de l'entité coordinatrice mandatée pour superviser la mise en œuvre et assurer le suivi du progrès vers la CSU avait davantage contribué à l'inertie de cette politique entre 2014 et 2017.

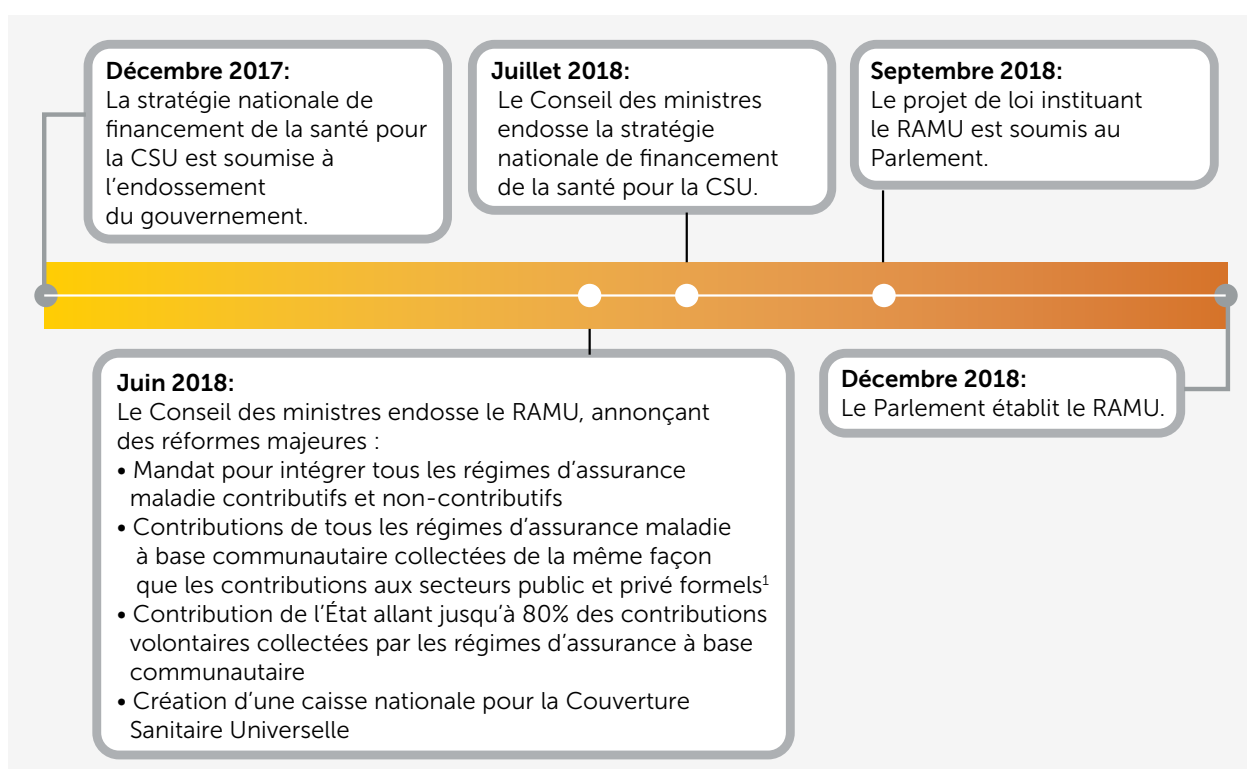
Encadré 1. Les priorités du financement de la santé pour la Couverture Sanitaire Universelle

1. Augmenter les dépenses publiques
2. Assurer une meilleure allocation des ressources
3. Mettre en œuvre la Couverture Sanitaire Universelle via un mécanisme adéquat, cohérent et intégral
4. Améliorer la gouvernance financière

Source : MSHP et al., Non publié

Le Gouvernement du Mali s'est engagé à créer un mécanisme pour accélérer le progrès vers la CSU, tout en répondant aux barrières financières qui entravent l'accès aux services essentiels. En 2018, des décisions et réformes politiques clés (décrites dans le Diagramme 3) ont mené à l'endossement officiel de la stratégie nationale de financement de la santé pour la CSU et à l'adoption d'une loi établissant une caisse nationale et un régime d'assurance-maladie universelle (CNAMU et RAMU respectivement). Ce nouveau mécanisme a le mandat d'intégrer tous les régimes d'assurance maladie contributifs et non-contributifs existants. Capitalisant sur le potentiel d'une réorganisation du secteur de la santé, en février 2019, le Président Ibrahim Boubacar Keïta nouvellement réélu a officiellement annoncé la gratuité des services de santé pour les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans dans le cadre des soins de santé primaire, mettant fin à l'Initiative de Bamako instaurée il y a 30 ans, qui avait institué des frais d'usager pour l'offre de ces services. Cet engagement politique renouvelé pour la CSU au plus haut niveau du gouvernement est sans précédent au Mali. Cependant, de nombreuses questions relatives à la politique de financement de la santé demeurent sans réponse.

Diagramme 3. Les tournants décisifs de la Couverture Sanitaire Universelle au Mali



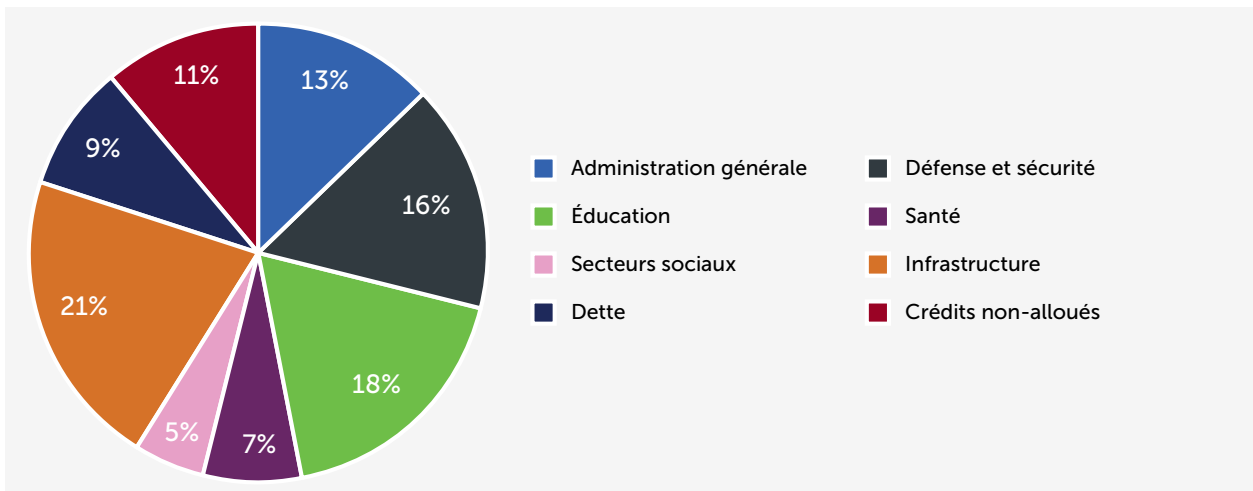
« C'est clair que c'est une priorité du gouvernement qui va dans le sens de la concentration que veut donner le Président de la République à son second mandat s'il devait être reconduit. Ce second mandat va se focaliser sur les aspects sociaux, en particulier l'accès à la santé, aux soins de qualité et à la couverture médicale.»

– Citation d'un fonctionnaire interviewé après l'endossement du Régime d'Assurance-Maladie Universelle par le Conseil des ministres

¹ Spécifiquement, l'Union Technique de la Mutualité (UTM) aura le même statut légal que les deux autres entités administratives déléguées et actuellement responsables du recouvrement des contributions auprès du secteur formel pour la Caisse Nationale d'Assurance Maladie au Mali. Selon le plan de Couverture Sanitaire Universelle, les contributions des régimes d'assurance à base communautaire seront collectées par l'UTM et transférées vers la Caisse nationale pour la CSU.

Le secteur de la santé n'a bénéficié de la croissance économique du Mali que de manière limitée. Entre 2015 et 2017, le budget du gouvernement issu des ressources internes du Mali a été alloué à sept secteurs, dont le secteur de la santé, qui a reçu la deuxième plus petite part du budget total du gouvernement (cf. Diagramme 4). L'infrastructure, l'éducation, et la défense et la sécurité ont été priorisés, représentant 55% du budget total validé par le Parlement. Les montants nominaux totaux approuvés ont augmenté de 33% entre 2015 et 2017, se traduisant par une augmentation significative des allocations aux secteurs bénéficiant déjà d'enveloppes budgétaires historiquement élevées, comme le secteur de la défense, dont le budget a augmenté de 85% en trois ans. Par contraste, l'enveloppe budgétaire déjà faible du secteur de la santé n'a augmenté que de 36% (MEF, 2017).

Diagramme 4. Allocations par secteur en pourcentage du budget total du gouvernement, de 2015 à 2017



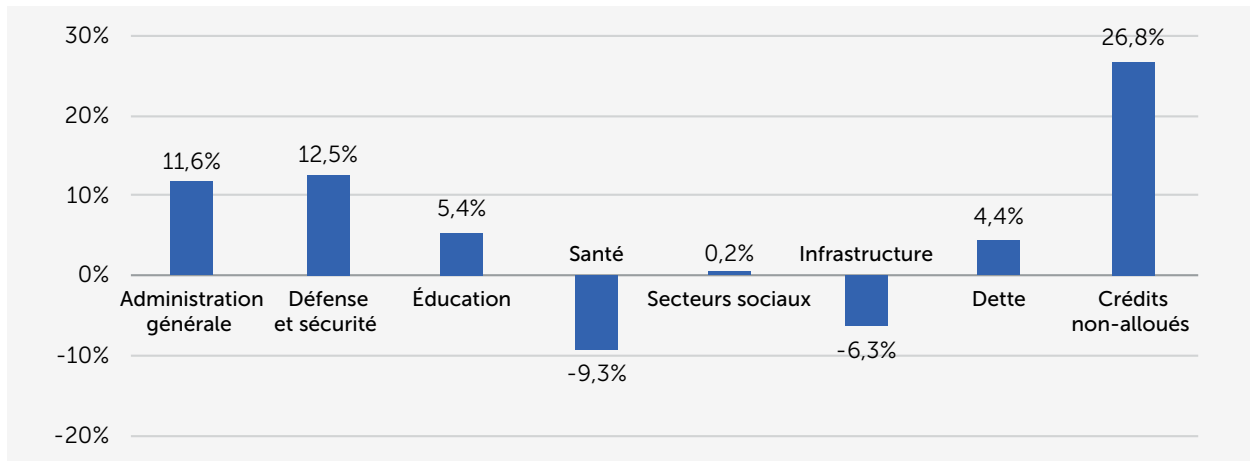
Source : Ministère de l'Économie et des Finances (MEF), 2017

La santé est encore moins priorisée lorsque des coupures budgétaires sont appliquées aux allocations initiales dans le cadre d'ajustements périodiques. Tous les secteurs sont soumis à des ajustements de leurs allocations budgétaires initiales pendant l'année, cependant, entre 2015 et 2017, le budget de la santé a été revu à la baisse, enregistrant les plus grandes coupes budgétaires (cf. Diagramme 5). Pendant cette période, le budget total du gouvernement a augmenté, injectant 306 milliards de FCFA additionnels (6% du PIB) aux budgets de tous les secteurs.² Ces ajustements ont mené à une augmentation globale de 6% des estimations budgétaires initiales pour cette période, mais cela ne s'est pas traduit en augmentation des allocations dans tous les secteurs.³ Tel que l'illustre le Diagramme 5, six secteurs ont bénéficié d'une augmentation d'allocations en comparaison à leurs budgets initiaux, tandis que des coupes budgétaires ont été imposées à la santé (-9,3%) et à l'infrastructure (-6,%). Ces ajustements budgétaires dans le domaine de la santé ont représenté une baisse de 33,6 milliards de FCFA (valeur nominale) entre 2015 et 2017. Compte tenu de la capacité d'absorption du secteur de la santé, de 91% (taux moyen d'exécution du budget pour 2015-2017), les ajustements annuels ont engendré une perte cumulative en dépenses estimée à 30,6 milliards de FCFA. Ce montant aurait pu financer le programme des Agents de Santé Communautaire (dont les coûts ont été estimés dans Saint-Firmin et al., 2018) pendant près de cinq ans.

² PIB du Mali constant en devise locale pour 2017.

³ Sous les lois de rectification des finances, le gouvernement effectue généralement des ajustements budgétaires une fois par année fiscale.

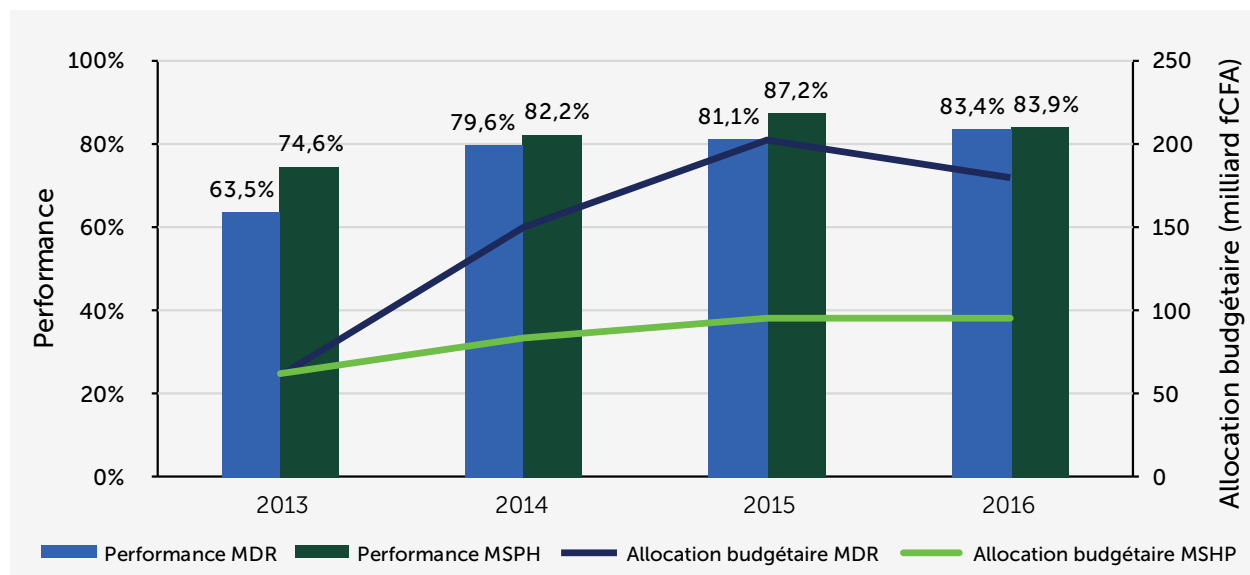
Diagramme 5 . Changements dans les allocations par secteur entre budgets initiaux et budgets ajustés, 2015 à 2017



Les décisions d'allocation budgétaire sont influencées par des facteurs allant au-delà de la performance. Le Diagramme 6 compare les allocations budgétaires du gouvernement central et la performance des programmes du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique et du Ministère de l'Agriculture (aujourd'hui le Ministère du Développement Rural) entre 2013 et 2016. La performance a été mesurée par la moyenne de tous les indicateurs de performance rapportés par les ministères. Les allocations budgétaires du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique ne représentaient que 57% des montants en comparaison à ceux alloués au Ministère de l'Agriculture, en dépit d'une performance plus élevée rapportée par le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (82,0% contre 79,6%).

Selon les parties prenantes interrogées, la décision de prioriser les investissements du secteur agricole a été basée sur des raisons politiques plutôt que sur la performance, avec des décisions provenant des plus hauts échelons du pouvoir exécutif. L'investissement du gouvernement dans l'agriculture, dont l'objectif est d'augmenter la production pour répondre à la demande locale et augmenter les exportations, a été décrit comme un facteur clé de l'essor économique récent (FMI, 2018c). L'expansion du secteur agricole au Mali démontre combien la volonté politique et les ressources publiques peuvent être utilisées efficacement pour catalyser des résultats positifs pouvant être potentiellement répliqués dans le secteur de la santé.

Diagramme 6 . Allocation et performance des programmes du Ministère de l'Agriculture (MDR) et du Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique (MSHP)



Considérations pour améliorer la mobilisation des ressources domestiques pour la santé et mettre en œuvre la CSU

Il sera nécessaire d'assurer la coordination des ministères, un plus grand accès aux financements disponibles à travers des dépenses publiques ciblées, et le plaidoyer pour la priorisation de la santé dans le budget du gouvernement. Certains financements de bailleurs de fonds et mesures d'efficacité sont sous le contrôle du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique. Cependant, les réformes qui permettraient au ministère de capitaliser sur la croissance des revenus fiscaux pour soutenir l'expansion de l'espace fiscal en faveur de la santé, et revisiter les priorités budgétaires, sont des changements que seul le Ministère de l'Économie et des Finances peut mandater. Pour aligner les objectifs économiques et ceux du système de santé du Mali, les deux ministères devront débloquer les goulots d'étranglement communicationnels et utiliser des données robustes pour la prise de décision tout au long du cycle budgétaire. Les prises de décision en matière d'allocation de ressources supportant l'augmentation des exportations pourrait expliquer pourquoi le secteur agricole a été priorisé au détriment de la santé. Plaider auprès des décideurs du financement au niveau central en positionnant la santé comme un autre investissement clé conduisant à la croissance économique pourrait changer les décisions d'allocations budgétaires aux différents secteurs. La recherche émergente sur l'Afrique sub-saharienne indique que l'augmentation des dépenses publiques dans la santé a un impact positif direct et quantifiable sur la croissance économique, et peut potentiellement contribuer à ce changement de paradigme (Maingi, 2017). L'Encadré 2 offre des informations additionnelles sur l'augmentation de l'impact des ressources internes pour les ressources de santé et le plaidoyer.

L'élimination des frais d'utilisateur est une avancée majeure vers la CSU et suscite une discussion et des décisions importantes autour de l'achat stratégique des services de santé. Avec l'établissement légal du régime et de la caisse nationale pour l'assurance-maladie universelle, le Gouvernement du Mali prévoit d'utiliser un payeur unique et couverture unique du risque pour financer l'achat des services dans le cadre de la CSU. Avec la gratuité des soins de santé primaires pour les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans, les financements du gouvernement devront compenser le manque à gagner des prestataires. Dans le cas contraire, ces derniers risqueraient de chercher à récupérer les recettes perdues directement auprès des bénéficiaires ou de faire des économies au détriment de la qualité. L'achat stratégique des services de santé peut ouvrir la voie au prépaiement, ou alternativement, à la capitation, ou encore aux remboursements à taux fixe pour les prestataires. Néanmoins, des questions déterminantes liées au modèle de paiement des prestataires doivent être élucidées : Quel sera le paquet de services définis ? Quels services seront achetés et à quel prix ? Comment le RAMU effectuera des achats ? Quels prestataires seront éligibles ? D'où viendront les fonds pour l'achat stratégique ?

Il sera nécessaire d'apporter des changements aux domaines traditionnels de dépenses du budget santé bénéficiant de ressources internes pour mettre en œuvre le RAMU. Bien que le budget du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique puisse être considéré comme un pool à risque financé par les impôts, il ne comprend pas d'achat stratégique pour un paquet de services couverts par un système national d'assurance maladie. Le RAMU introduit la vision à long terme de l'achat stratégique du gouvernement et ouvre la voie vers un mécanisme basé sur un système d'assurance. Cette vision nécessite des changements d'allocation des ressources domestiques pour la santé. Des estimations de l'allocation budgétaire et des dépenses par catégories montrent que la plus grande partie des dépenses publiques sur ressources internes ne permettraient de financer le RAMU que de manière indirecte (MEF, 2017). En 2017, le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique a dépensé environ 53% de son budget financé par des ressources internes dans les coûts d'opération, suivi d'investissements dans

Encadré 2. Améliorer la mobilisation des ressources internes à travers l'expansion de l'espace fiscal

Que pouvons-nous faire ?

L'impact des ressources internes mobilisées pour la santé au Mali peut être optimisé selon trois angles d'approche :

1. Cibler les dépenses pour maximiser la portée du financement gouvernemental existant pour la santé
2. Capitaliser sur le contexte de croissance économique (générant plus de recettes publiques)
3. Soutenir la priorisation de la santé dans le budget du gouvernement.

Comment ?

- En mettant à profit les informations macroéconomiques, des données robustes et la connaissance des contraintes existantes pour initier un dialogue actif et informé avec le Ministère de l'Économie et des Finances afin de déterminer les sources de financement potentielles de la CSU.
- En utilisant en temps opportun des données macroéconomiques et budgétaires robustes et récentes pour améliorer la compréhension des opportunités concrètes de ressources additionnelles pour la santé dans le contexte macro-fiscal actuel.
- En appliquant le principe des trois T au plaidoyer budgétaire pour la santé afin de capitaliser sur l'augmentation des dépenses publiques (Prabhakaran et al., 2017):
 - o Timing (Trouver le moment opportun) : Tirer profit des opportunités de plaidoyer clés pour que les messages soient transmis au moment où les décideurs y seront le plus réceptifs, maximisant ainsi leur efficacité.
 - o Targeting (Cibler) : Cibler le bon public, que ce soit le personnel du Ministère de l'Économie et des Finances, des influenceurs tels que des membres de l'exécutif, ou des leaders de la société civile.
 - o Telling (Raconter) : Tenir un discours commun convaincant sur le changement désiré et pourquoi il est important pour le pays.

l'infrastructure (34%). Seulement 13% des ressources budgétaires ont été dépensées dans des transferts et subventions soutenant directement les services, comme les programmes spéciaux (santé de la reproduction), les interventions gratuites (césariennes) ou les maladies (cancer).

Il est essentiel d'initier un dialogue actif avec le Ministère de l'Économie et des Finances pour déterminer les principales sources de financement de la CSU. Choisir entre le financement basé sur les impôts et/ou les primes d'assurance (volontaire ou obligatoire) est une décision politique déterminante qui requiert l'implication des autorités financières. Le Ministère de l'Économie et des Finances est l'ultime décisionnaire de la combinaison la plus adaptée des sources financières. Le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, et d'autres ministères du secteur social, devront alors connaître et comprendre les données macroéconomiques et fiscales du pays pour se préparer aux discussions avec les Ministères de l'Économie et des Finances.

Les budgets basés sur les programmes offrent l'opportunité d'appliquer les leçons tirées de l'exécution du budget pour catalyser une meilleure prise de décision et renforcer l'imputabilité par rapport aux cibles de performance et résultats.

Le Ministère de l'Économie et des Finances publie régulièrement des rapports annuels de réalisation des budgets programmes. Les parties prenantes interrogées estiment que ce passage à des budgets fondés sur les programmes permet aux rapports d'être utilisés pour la prise de

décision, en évaluant si les objectifs ont été remplis, et en mesurant l'efficacité, l'efficience et la cohérence des services publics.

Le financement externe du secteur de la santé peut catalyser la mobilisation des ressources domestiques. Des outils financiers innovants promouvant la CSU et le renforcement des systèmes de santé à travers une plus grande mobilisation des ressources domestiques pourraient être mis à profit pour relever les défis majeurs du financement au Mali. Par exemple, le Mécanisme de financement mondial (GFF) est un fonds fiduciaire multi-bailleurs opérant sous forme de dons aux pays, qui pour chaque dollar apporté par les bailleurs de fonds met à profit quatre dollars de financement concessionnel de la Banque mondiale. Ce nouveau modèle d'investissement vise à faire progresser les Objectifs de Développement Durable en matière de santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et de l'adolescent, et de nutrition, en comblant le gap financier mondial annuel estimé à 33,3 milliards de dollars américains (Fernandes et Sridhar, 2017). Après s'être officiellement joint au Mécanisme de financement mondial en juin 2018, le Mali peut, à travers des prêts concessionnels et des dons, allouer des fonds au secteur de la santé, si doté d'un plan priorisé.

Conclusion

Les gouvernements du monde entier, dont le Mali, font face à des pressions croissantes les incitant à adapter des réformes du financement de la santé à leurs situations macro-fiscales spécifiques, et à intensifier la mobilisation des ressources internes comme partie intégrante de leur avancée vers l'autosuffisance. En plus des réformes encouragées par une forte volonté politique, le contexte macroéconomique amélioré du Mali et l'expansion de son espace fiscal ouvrent de nouvelles possibilités d'allocations de ressources, comme à travers les réformes sur les achats des services de santé. L'élan politique renouvelé du Gouvernement malien, mettant la santé et la CSU au-devant de l'agenda politique, offre l'opportunité d'initier un débat inclusif entre les parties prenantes du financement de la santé dans le pays, centré sur la mise en œuvre des réformes pour la CSU en priorisant l'utilisation efficace et équitable des ressources domestiques à la fois publiques et privées. Des données macroéconomiques robustes peuvent donner au Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, et à d'autres parties prenantes, les moyens de capitaliser sur l'élan politique actuel, d'articuler les besoins, et de s'engager activement dans un dialogue informé avec le Ministère de l'Économie et des Finances. Par ailleurs, les responsables politiques peuvent bénéficier de meilleures données pour mieux comprendre les opportunités concrètes de ressources additionnelles pour la santé dans un contexte macro-fiscal donné (Barroy et al., 2018).

Le Gouvernement du Mali a accéléré de nombreuses décisions réformatrices importantes en peu de temps, promettant des changements majeurs du système de santé. Ces décisions soulèvent toutefois des questions qui demeurent encore sans réponse :

- Quel niveau d'allocations budgétaires pour la santé le gouvernement peut-il se permettre compte tenu de son espace fiscal plus large et de son engagement politique pour la CSU ?
- Quelles ressources internes pour la santé pourront être effectivement mises en commun (par le RAMU et le budget de la santé du gouvernement) ?
- Quels objectifs spécifiques du plan de Couverture Sanitaire Universelle peuvent être suivis sur le moyen terme ?

Au fur et à mesure que des mesures concrètes vers la CSU seront prises dans le pays, une compréhension claire de ces questions cruciales sera requise et nécessitera des recherches supplémentaires.

Barroy, H., J. Kutzin, A. Tandon, C. Kurowski, G. Lie, et al. 2018. "Assessing Fiscal Space for Health in the SDG Era: A Different Story." *Health Systems & Reform* 4(1): 4–7.

Cellule de Planification et de Statistique/Mali (CPS), Institut National de la Statistique/Mali (INSTAT), Centre d'Études et d'Information Statistiques/Mali (INFO-STAT), et ICF International. 2014. *Enquête Démographique et de Santé au Mali 2012-2013*. Rockville, Maryland: CPS, INSTAT, INFO-STAT, et ICF International.

Diallo M., C. Toure, M. Coulibaly, et A. Bigeard. 2012. *Étude de la faisabilité de passerelles entre l'AMO, le RAMEL et l'assurance mutualiste d'une part et les autres dispositifs de couverture sanitaire instaurés par l'État*. Ministère de l'Action Humanitaire, de la Solidarité et des Personnes Âgées.

Direction Générale du Budget. 2014. *Budget-Programmes 2015. Tome II : Réalisation 2013*. Ministère de l'Économie et des Finances, République du Mali.

Direction Générale du Budget. 2015. *Budget-Programmes 2016. Tome II : Réalisation 2014*. Ministère de l'Économie et des Finances, République du Mali.

Direction Générale du Budget. 2016. *Budget-Programmes 2017. Tome II : Réalisation 2015*. Ministère de l'Économie et des Finances, République du Mali.

Direction Générale du Budget. 2017. *Projet de Loi de Règlement 2016. Budget-Programmes. Tome II : Réalisation 2016*. Ministère de l'Économie et des Finances, République du Mali.

Enquêtes Démographiques et de Santé. "Mali: MIS, 2012-2013 Survey Datasets." Disponible sur: <https://dhsprogram.com/what-we-do/survey/survey-display-487.cfm>.

Fernandes, G. et D. Sridhar. 2017. "World Bank and the Global Financing Facility." *BMJ* 358: j3395.

Fonds Monétaire International (FMI). 2018a. *Mali: Selected Issues*. Rapport pays du FMI No. 18/142. Washington DC: FMI.

Fonds Monétaire International (FMI). 2018b. *Seventh Review under the Extended Credit Facility Agreement and Request for a Derogation for Nonobservance of Performance Criterion - Press Release Report of IMF Services and Statement by the Administrator for Mali*. Rapport pays du FMI No. 18/360. Washington, DC: FMI.

Fonds Monétaire International (FMI). 2018c. *Staff Report for the 2018 Article IV Consultation and Eighth and Ninth Reviews under the Extended Credit Facility Agreement*. Rapport pays du FMI No. 18/141. Washington, DC: FMI.

Keïta, Ibrahim Boubacar. 2015. *70ème session de l'Assemblée Générale des Nations Unies, Sommet des Nations Unies pour l'adoption du programme de développement pour l'après – 2015. Allocution de S.E.M Boubacar Keïta*. Disponible: <https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/20673mali.pdf>.

Maingi, J.N. 2017. "The Impact of Government Expenditure on Economic Growth in Kenya: 1963–2008." *Advances in Economics and Business* 5(12): 635–662.

Ministère de l'Action Humanitaire, de la Solidarité et des Personnes Âgées. 2003. *Rapport Mali sur la couverture sociale de la maladie*.

Ministère de l'Action Humanitaire, de la Solidarité et des Personnes Âgées. 2011. *État des lieux de la couverture maladie universelle au Mali : Rapport Final*.

Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (MSHP) ; Cellule de Planification et de Statistique Secteur Santé, Développement Social et Promotion de la Famille. 2016. *Comptes de la santé du mali, édition 2014*.

Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (MSHP) ; Ministère de la Solidarité et de l'Action Humanitaire; et Ministère de la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille. 2017. *Stratégie Nationale de Financement de la Couverture Sanitaire Universelle*.

Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (MSHP) ; Ministère du Travail, des Affaires Sociales et Humanitaires ; et Ministère de la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille. Non publié. "Politique nationale de financement de la santé pour la couverture universelle 2014-2023."

Organisation mondiale de la Santé et Banque mondiale. 2017. *Rapport mondial de suivi 2017: la couverture-sanitaire universelle*. Organisation mondiale de la Santé et Banque internationale pour la reconstruction et le développement/Banque mondiale.

Prabhakaran, S., M. Ginivan, et A. Dutta. 2017. *Beyond Abuja: A Primer on Approaches for Timely and Targeted Health Budget Advocacy—Building on the Tanzanian Experience*. Washington, DC: Palladium, Health Policy Plus.

Saint-Firmin, P., B. Diakite, S. Stratton, et C. Ortiz. 2018. *Community Health Worker Program in Mali Under Threat: Evidence to Drive Advocacy Efforts*. Washington, DC: Palladium, Health Policy Plus.

Secrétariat Général, Ministère de l'Économie et des Finances (MEF). 2013. *Rapport Provisoire sur la Situation d'Exécution du Budget d'État au 31 décembre 2013*.

Secrétariat Général, Ministère de l'Économie et des Finances (MEF). 2014. *Rapport Provisoire sur la Situation d'Exécution du Budget d'État au 31 décembre 2014*.

Secrétariat Général, Ministère de l'Économie et des Finances (MEF). 2016. *Rapport Provisoire sur la Situation d'Exécution du Budget d'État au 31 décembre 2016*.

Secrétariat Général, Ministère de l'Économie et des Finances (MEF). 2017. *Rapport Provisoire sur la Situation d'Exécution du Budget d'État au 31 décembre 2017*.

Taiclet, B., J. Biguey, et C. Trupin. 2013. *Reprendre la mise en œuvre du cadre harmonisé des finances publiques de l'UEMOA dans le contexte d'après crise*. Washington DC: Fonds Monétaire International.

Touré, L., V. Ridde, and L. Queuille. 2014. *Rapport d'Évaluation des besoins de plaidoyer en appui à la couverture universelle santé au Burkina-Faso, Mali et Sénégal*. Disponible sur : http://www.miselimali.org/fs/Root/cay8r-rapport_definitif_mali_janv_14.pdf.

CONTACTEZ NOUS

Health Policy Plus
1331 Pennsylvania Ave NW, Suite 600
Washington, DC 20004
www.healthpolicyplus.com
policyinfo@thepalladiumgroup.com

Health Policy Plus (HP+) est un accord coopératif de 5 ans financé par l'Agence Américaine pour le Développement International sous l'égide de l'accord No. AID-OAA-A-15-00051, qui a pris effet le 28 août, 2015. Les activités liées au VIH SIDA sont supportées par le Plan d'Urgence du Président Américain en matière de Lutte contre le VIH-Sida (PEPFAR). HP+ est mis en oeuvre par Palladium, en collaboration avec Avenir Health, Futures Group Global Outreach, Plan International USA, Population Reference Bureau, RTI International, ThinkWell, et l'Alliance du Ruban Blanc pour une Maternité sans Risque.

Cette présente publication a été conçue pour examen par l'United States Agency for International Development (USAID). Elle a été préparée par HP+. Les informations fournies dans ce document ne sont pas des informations officielles du gouvernement des États-Unis et ne reflètent pas nécessairement les points de vue ou positions de l'USAID ou du gouvernement américain.