



## **Impacts de l'Aide Publique au Développement sur le Secteur de la Santé au Mali.**

## **Impacts of Official Development Assistance on the Health Sector in Mali.**

**SANGARE Amadou Tiéman**

Enseignant – Chercheur

Institut des Sciences Appliquées (ISA), Département : Chimie Appliquée  
Université des Sciences Techniques et Technologiques de Bamako (USTTB)-Mali  
Laboratoire FST/ISA-USTTB  
**sanats06@yahoo.fr**

**Date de soumission : 02/10/2021**

**Date d'acceptation : 07/11/2021**

**Pour citer cet article :**

SANGARE. A T (2021) «Impacts de l'Aide Publique au Développement sur le Secteur de la Santé au Mali»,  
Revue Internationale du Chercheur «Volume 2: Numéro 4» pp : 95 - 120

## Résumé

La coopération internationale au développement se manifeste de plusieurs formes. C'est ainsi que des pays à besoins de financement font recours aux pays à capacité de financement pour résorber leurs déficits budgétaires. Deux mécanismes sont généralement utilisés à cet effet : l'aide et l'endettement.

Il existe plusieurs formes d'appuis financiers extérieurs : APD, prêts non concessionnels, transferts des migrants, etc. Mais on a préféré analyser l'APD à cause de son composant don, de ses larges domaines d'utilisation et surtout de ses souples conditions de remboursement, contrairement aux prêts non concessionnels.

L'objectif de cette étude est de faire ressortir l'impact de l'aide extérieure au financement du secteur de la santé au Mali pour une période allant de 1980 à 2017. Pour intercepter cette relation, nous procéderons à différents tests de diagnostic et de validation pour interpréter les résultats. Toutes ces estimations se feront avec le logiciel EVIEWS. Les résultats de cette étude nous indiquent que l'aide extérieure à travers l'APD affecte positivement et significativement la qualité de la santé par les canaux de l'investissement, les revenus, l'éducation, aide à la santé et les dépenses publiques.

**Mots-clés :** APD ; développement ; financement ; pauvreté ; santé.

## Abstract

International development cooperation manifests itself in several forms. This is how countries with financing need resort to countries with financing capacity to reduce their budget deficits. Two mechanisms are generally used for this purpose: aid and debt.

There are several forms of external financial support: ODA, non-concessional loans, migrant transfers, etc. But we preferred to analyze ODA because of its grant component, its broad areas of use and above all its flexible repayment conditions, unlike non-concessional loans.

The objective of this study is to highlight the impact of external aid to financing the health sector in Mali for a period from 1980 to 2017. To intercept this relationship, we will carry out various diagnostic and diagnostic tests validation to interpret the results. All these estimations will be done with the software EVIEWS. The results of this study tell us that external aid through ODA positively and significantly affects the quality of health through the channels of investment, income, education, health aid and public spending.

**Keywords:** APD; development; financing; poverty; health.

## Introduction

Le Mali est un pays vaste d'une superficie de 1.241.238 km<sup>2</sup>. Situé au cœur de l'Afrique de l'Ouest, le Mali partage plus de 7.000 km de frontière avec 7 pays limitrophes, à savoir : l'Algérie au nord, le Niger et le Burkina Faso à l'est, la Côte d'Ivoire et la Guinée - Conakry au sud, le Sénégal et la Mauritanie à l'ouest. Cette position fait du Mali un pays charnière entre l'Afrique du nord arabo-berbère et l'Afrique noire subsaharienne.

Le Mali s'est engagée depuis 1992 dans un vaste processus de décentralisation et de déconcentration, qui marque la volonté irréversible des autorités du pays à responsabiliser les populations dans la gestion de leur propre développement. Ce processus a permis de remodeler le paysage administratif du Mali en 20 régions opérationnelles et le district de Bamako, 78 Cercles au lieu de 49 et 384 Arrondissements contre 285 actuellement. Ce nouveau découpage administratif du pays est propice à la conception et à la mise en œuvre d'actions de développement répondant mieux aux préoccupations des communautés de base.

En 1980 la population totale du Mali était estimée à 7 090 126 habitants, 18 934 455 habitants en 2018 pour passer à 20 537 000 habitants en 2020 selon la direction du plan et de la statistique et la Banque Mondiale. Le taux de variation de la population était à 1,92% en 1980 ; 2,66% en 2018 pour passer à 3,6 en 2020. Cet élan démographique donne une idée de l'importance des besoins à satisfaire en matière d'alimentation, de santé, d'eau potable, d'éducation et d'emploi.

La situation politique et sociale du pays s'est substantiellement dégradée au cours de ces dernières années d'une part par la crise sécuritaire, politique et institutionnelle ayant occasionnée trois coups d'états entre 2012-2021 et d'autre part la crise sanitaire engendrée par la COVID19.

A cet effet, nous nous sommes posé la question de recherche suivante à savoir : l'Aide publique au développement est-elle mieux adaptée pour promouvoir le développement du secteur santé au Mali ? De manière spécifique, il s'agira d'apporter des éléments de réponses aux questions suivantes :

- L'APD affecte-t-elle positivement et significativement la qualité de la santé au Mali ?
- Si non, quelles en sont les raisons et comment construire les dynamiques ?

Pour atteindre ces objectifs, l'hypothèse suivante sera testée :

H0: l'Aide extérieure à travers l'APD affecterait positivement et significativement le secteur santé par les canaux de l'investissement, les revenus, l'éducation, aide à la santé et les

dépenses publiques.

Dans le but de mener à bien cette étude, nous procéderons par une méthode économétrique qui permettra de quantifier l'impact de l'aide publique au développement sur la santé au Mali.

Le papier sera organisé de la manière suivante : le premier axe sera consacré à une littérature sur le financement de la santé évoquant les fondements théoriques et empiriques sur la question. Le deuxième axe sera accordé à la discussion des résultats obtenus.

### **1. Financement de la santé au Mali**

Les indicateurs de santé restent préoccupants au Mali, d'importante disparité existe entre milieu urbain et rural, régions et groupes socioéconomiques. La surmortalité des groupes les plus pauvres reste malgré tout largement due à des affections évitables. Les ménages les plus pauvres voient leur comportement en matière de santé influencé par le faible niveau d'éducation des mères, le faible accès géographique à des services fonctionnels et le manque d'information.

Les dépenses de santé des ménages apparaissent d'un ordre de grandeur fondamentalement différente entre non pauvres et pauvres. En moyenne chaque ménage Malien dépense quinze mille (15000) FCFA par an dont 94% en médicaments (source Direction Nationale de la Santé du Mali).

Certaines prestations de santé présentent de forte externalité (vaccination, etc.) et sont considérées par la théorie économique comme des biens publics. La garantie du financement adéquate de ces biens relève de l'état. Certains de ces biens, en raison de leur impact au niveau international ou 'global', sont en outre considérés comme des Biens Publics Mondiaux (BPM) justifiant un financement international.

**Tableau 1:** Ressource pour la santé, Contribution en % des sources de financement 1999-2017 en milliards de FCFA

Recettes des régimes de financement des soins de santé		Montant		%
Transferts issus des revenus nationaux de l'administration publique (alloués à la santé)	Transferts internes et allocations	45 003,09	50 966,01	12,70
	Transferts par l'administration publique pour le compte de groupes particuliers	5 773,32		
	Subventions	189,61		
Transferts d'origine étrangère distribués par l'administration publique	Appui budgétaire sectoriel (ABS)	6821,77	39231,61	9,78
	Appui par programme/projet	32409,83		
Cotisations d'assurance sociale	Cotisations d'assurance sociale venant des employés	5 196,18	12 241,09	3,05
	Cotisations d'assurance sociale venant des employeurs	7 044,91		
Prépaiement obligatoire	Prépaiement obligatoire venant des employeurs	8,41	8,41	0,00
Prépaiement volontaire	Prépaiement volontaire venant des individus/des ménages	1 820,71	3061,80	0,77
	Prépaiement volontaire venant des employeurs	1241,09		
Autres revenus nationaux	Autres revenus venant des ménages	189 034,03	190440,77	47,45
	Autres revenus venant des entreprises	1359,68		
	Autres revenus venant des ISBLSM.	47,06		
Transferts directs étrangers	Transferts financiers directs étrangers	105354,14	105360,68	26,25
	Aide directe étrangère en nature	6,54		
<b>Total</b>		401310,37	401310,37	100,00

Source : Calcul de l'auteur à partir des données sur loi de finance 1999-2017

Le tableau 1 montre qu'en 2017, ce sont les autres revenus nationaux qui ont mobilisé 47,45% des revenus des régimes de financement. Dans cette part, les ménages occupent l'essentiel des revenus avec 99,26%. Le deuxième poste, le plus important des revenus des régimes de financement est celui des transferts directs étrangers avec 26,25%, dont la quasi-totalité revient aux transferts financiers directs étrangers avec 99,99%. Ensuite viennent les transferts

issus des revenus nationaux de l'administration publique (alloués à la santé) avec 14,70 %.

Les transferts d'origines étrangères distribués par l'administration publique représente 9,78 % .Il faut retenir de cette répartition que le financement de la santé est assuré pour la plus grande partie par les fonds nationaux, soit 60,15%, les fonds du reste du monde représentent 39, 84%. Ce qui est une situation rassurante, car elle rend moins dépendant le système de financement de la santé vis-à-vis de l'extérieur.

Mais, une bonne partie des fonds étrangers affectés au financement de la santé échappent au contrôle du Ministère de la santé. En effet, seulement 21,11% des fonds étrangers passent par l'administration publique. Ce qui n'est pas sans conséquence sur la pertinence et l'efficacité des décisions prises par le Ministère de la santé en matière de planification du financement de la santé.

**Tableau 2:** Evolution des dépenses courantes de santé par agent de financement de 2014-2017) en milliards de FCFA

Agents de financement		Montant en F CFA		%
<b>Administrations publiques</b>	<i>Administration centrale</i>	101280,77	<b>103004,49</b>	25,67
	<i>Administration provinciale/régionale/ locale</i>	1030,54		
	<i>Agence de sécurité sociale</i>	693,18		
<b>Sociétés d'assurance</b>	<i>Sociétés d'assurances commerciales</i>	2585,51	2585,51	0,64
<b>Sociétés (hors sociétés d'assurances)</b>	<i>Sociétés de gestion de la santé et de prestataires</i>	11,61	<b>1262,39</b>	0,31
	<i>Sociétés (hors prestataires de services de santé)</i>	1250,78		
<b>Institutions sans but lucratif au service des ménages (ISBLSM)</b>		105423,95	105423,95	26,27
<b>Ménages</b>		189 034,03	<b>189 034,03</b>	47,11
	<i>Gouvernements étrangers</i>			
<b>Total</b>			<b>401 310,37</b>	100

Source : Calcul de l'auteur à partir des données sur loi de finance 1999-2017

Le tableau 2, montre que ce sont les ménages qui ont géré la plus importante part des dépenses courantes de santé avec 47,10 %, puis viennent les Institutions sans but lucratif au service des ménages avec 26,27 %. Les administrations publiques en ont géré 25,67 %.

**Tableau 3:** Répartition des dépenses par facteur de prestation en 2017 en milliards de FCFA

Facteurs de prestation		Montant		%
<b>Rémunération des employés</b>	Traitements et salaires	124189,01	124264,91	30,96
	Tous autres coûts relatifs aux employés	75,93		
<b>Rémunération des professionnels particuliers</b>		429,25	429,25	0,11
<b>Equipements et services utilisés</b>	Services de soins de santé	4598,14	276558,43	68,91
	Biens de santé	229587,54		
	Services non sanitaires	21441,43		
	Biens non sanitaire	19277,38		
	Autres équipements et services utilisés	1 653,94		
<b>Autres rubriques de dépenses en ressources (entrées)</b>	Autres rubriques de dépenses	13,20	13,20	0,003
<b>Facteurs de prestation de soins de santé non spécifiés</b>		44,57	44,57	0,017
<b>Total</b>		<b>401 310,37</b>	<b>401 310,37</b>	<b>100,00</b>

**Source :** Calcul de l'auteur à partir des données sur loi de finance 1999-2017

En s'intéressant aux dépenses engagées dans les facteurs de prestation dans le tableau 3, on constate que ce sont les équipements et services utilisés qui ont coûté plus de la moitié (68,91%) des dépenses. Ce poste est constitué à 83,01% de biens de santé.

Quant aux produits pharmaceutiques, les dépenses s'élèvent à 155, 792 milliards de FCA soit 67,85% des biens sanitaires. Ce qui veut dire que l'épineux problème du poids des médicaments dans les dépenses de santé demeure en 2017.

Ensuite, c'est la rémunération des employés qui occupe le deuxième poste le plus grand de ces dépenses 30,96%. La quasi-totalité de ce poste revient aux traitements et salaires avec 99,94%.

Les autres, à savoir autres facteurs de prestation de soins de santé et rémunération des

professionnels particuliers, n'ont utilisé chacun que moins de 1 % du total.

Les prestataires de soins hospitaliers ont réparti leurs dépenses en facteurs de prestation entre les « services et équipements utilisés » pour 66,29 % ; les « rémunérations des employés » pour 33,34% et 0,37 % pour « autres facteurs de prestation de soins de santé ».

Les prestataires de soins ambulatoires ont réparti leurs dépenses en facteurs de prestation entre « services et équipements utilisés » pour 70,34 % et « rémunérations des employés » pour 29,66% et « services et équipements utilisés » pour 64,69 %.

Quant aux prestataires de soins préventifs, ils ont réparti leurs dépenses en facteurs de prestation comme suit : 87,94 % pour « services et équipements utilisés » et 12,06% pour « rémunérations des employés ».

Les prestataires de services administratifs et financement du système de soins de santé ont utilisé tous les quatre importants facteurs de prestations avec respectivement 40,07% pour « services et équipements utilisés » ; 59,70 % pour « rémunérations des employés », 0,99 % le reste est reparti entre pour les « autres facteurs de prestation des soins de santé et 0,05 % et pour « rémunérations des professionnels particuliers ».

### 1.1. Financement Interne

La santé est sous-financée par le gouvernement du Mali et dépend du financement extérieur. Bien que les dépenses du gouvernement soient en hausse (8% par an en moyenne depuis 2009) 70% des dépenses étaient financées par les ressources extérieures et 30% par le gouvernement. La part de ressources intérieures finançant le budget du Ministère de la Santé dans le budget général de l'État est bien en-deçà du niveau d'allocation de 10% recommandé par l'OMS et la déclaration d'Abuja (15%), avec une évolution négative de 2010 à 2017 due à l'effet de la crise de 2012 et la suspension de l'aide de certains partenaires. Ces ressources intérieures publiques dédiées à la santé ne représentaient en moyenne que 9,57%.

Les dépenses du Ministère de la Santé ne suivent pas la croissance démographique. L'écart grandissant entre la croissance démographique et économique mentionné en début de section entraîne une certaine inélasticité des dépenses en santé du gouvernement par rapport à la croissance démographique. L'analyse des dépenses du Ministère de la Santé entre 1980 et 2017 indique qu'une augmentation de 1% de la population correspondrait à une augmentation de 0,23% des dépenses exécutées annuellement. Après ajustement de l'inflation, une augmentation de 1% de la population correspond à une augmentation de 0,02% des dépenses annuelles exécutées. À ce rythme, si la population double, les dépenses n'augmenteraient que

de 2%. Le budget du secteur de la santé en 2017 estimé à 60 .704.318. 000 FCFA contre 80. 503.433.000 FCFA, finance en grande partie les opérations courantes de fonctionnement et le personnel au détriment des opérations d'investissement, soutenues en grande majorité par l'aide publique au développement venant des partenaires techniques et financiers.

Le financement de la santé a pour objet de dégager des fonds suffisants et de mettre en place des incitations financières appropriées pour que toutes les personnes aient accès à la prévention et aux soins nécessaires. Un financement correct permet de réduire ou d'éliminer le risque pour un individu ou un ménage de se trouver confronté à de graves difficultés financières ou de s'appauvrir par ce qu'il doit s'acquitter du coût des soins (OMS).

Une stratégie suppose que l'on recherche en permanence le meilleur moyen d'augmenter au maximum la performance, l'efficacité et l'équité du système de santé en décidant quelles interventions, il y a lieu d'acquiescer ? Comment et auprès de qui ?

Comme, il n'existe pas d'approche unique qui vaille pour tous les pays, chacun doit trouver les modalités de financement de la santé qui lui conviennent le mieux.

On peut distinguer quatre (4) grandes formes de financement :

- ❖ **Système national de santé** : mutualisation des risques la plus large possible, pas de sélection des risques mais difficultés pour dégager les moyens budgétaires suffisants lorsque les priorités des finances publiques sont fixées ; par ailleurs problème d'accès pour les plus pauvres.

La question se pose également de la part des prestations devant ou pouvant bénéficier de la gratuité.

- ❖ **Assurance sociale de santé** : appartenance obligatoire à une base professionnelle, mutualisation large, sanctuarisation du financement de l'assurance maladie qui est moins sensible aux arbitrages budgétaires et implication des acteurs dans la gouvernance.

En revanche, le secteur informel n'est pas pris en compte, ni l'accès des plus pauvres et les recettes sont extrêmement sensibles à la conjoncture.

- ❖ **Affiliation** : l'affiliation se fait sur la base de l'appartenance à une communauté mais elle n'est pas obligatoire. Ces systèmes relèvent souvent d'une forme traditionnelle de solidarité.

- ❖ **Les assurances maladies volontaires** : dans la plupart des pays riches, les deux tiers au moins de la consommation de soins sont financés par les budgets publics. Il peut être

utile, dans les pays en voie de développement de réserver aux revenus les plus élevés des assurances privées.

Les principaux acteurs sont : la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CANAM), l'Institut National de Prévoyance Sociale (INPS), l'Agence Nationale d'Assistance Médicale (ANAM) et les mutuelles de santé.

Les différents mécanismes à travers lesquels les fonds du budget d'Etat sont mobilisés pour financer la santé sont :

- Budget alloué au Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique ;
- Budget alloué aux autres Ministères dans le volet « Fonction Santé » ;
- Appui Budgétaire Général (ABG) ;
- Appui Budgétaire Sectoriel (ABS).

A travers le budget alloué au Ministère de la Santé, l'état fournit une dotation minimum en matériel de soins, de laboratoires, etc.

Les dépenses de santé directement à la charge des particuliers entrent pour plus de 51,6% de la dépense totale de santé et 98,7% de leurs dépenses sont faites sous forme de paiements directs.

Aussi paradoxalement que cela puisse paraître, c'est dans les pays pauvres que la part relative des ménages aux financements du secteur de la santé est la plus importante. Dans ces pays, les usagers sont d'avantage contraints à payer directement les services consommés et non pas à les financer collectivement à travers un système de taxe ou d'assurance sociale comme nous la connaissons. En Europe, employés et employeurs doivent payer une contribution obligatoire proportionnelle au salaire brut pour financer l'accès aux soins. Les personnes en bonne santé partagent les risques financiers avec les malades, les personnes aisées favorisent l'accès aux soins des plus pauvres.

Les régimes de santé et de protection sociale à travers l'Europe se sont organisés autour de deux grands modèles :

- Le premier est dit **Bismarck**, car il a été inventé par Bismarck, le chancelier d'Allemagne pour protéger les ouvriers de l'industrie alors naissante.

Il s'agit d'un modèle essentiellement paritaire qui fait appel aux partenaires sociaux lesquels sont contrôlés par l'état. Ce modèle est financé par la cotisation à la fois patronale et syndicale. La protection sociale est offerte en échange de travail et les prestations sont

proportionnelles aux revenus.

- Le deuxième est dit **Beveridge** (Britannique) apparu en **1942**, il s'agit d'un modèle étatique, financé par l'impôt, gouverné par **3 U** : Uniformité, Universalité, Unicité.

Le type modèle bismarckien, c'est aujourd'hui notre caisse nationale d'assurance maladie, des travailleurs salariés et financé par les cotisations (salariés et patronales). Le type beveridgien (défini comme service de santé de l'état) est financé par l'état (impôts).

Dans la société Africaine, les risques sociaux sont pris en compte, mais les risques maladies ne le sont pas souvent. On épargne de l'argent pour payer la dote lorsqu'une fille se marie ou des produits alimentaires sont stockés après la récolte. D'habitude la population ne se protège pas contre les maladies qui peuvent les atteindre à l'avenir. Elles ne contribuent pas régulièrement de l'argent pour un problème qui n'est pas visible. Les personnes ne mettent pas de l'argent de côté pour des maladies imprévisibles, qui sont souvent considérées comme tabous.

Le simple fait de parler d'une maladie peut l'attirer. La solidarité existe principalement pour les cas d'urgence, mais les gens attendent jusqu'à ce que la maladie surgisse. L'assurance maladie n'est pas un concept traditionnel africain mais a été introduite de l'extérieur.

Ces différentes formes de financement peuvent ne pas suffire par rapport aux besoins de financement du Mali par ce que les revenus sont mal connus, l'assiette trop sensible à la conjoncture, les populations pas assez identifiées et la solidarité trop faible.

**Tableau 4** : Evolution du budget d'Etat alloué à la fonction santé et au Ministère de la Santé de 2004-2017

Années	Budget d'Etat	Ministère de la Santé	Fonction Santé	Ratios Charges Récurrentes Santé
2004	787 198 778 000	40 932 494 000	53 436 448 000	10,47
2005	850 631 194 000	42 318 305 000	57 099 789 000	10,17
2006	935 759 371 000	49 785 000 000	72 684 302 000	10,63
2007	994 399 544 000	33 556 471 000	65 307 175 000	10,75
2008	1 055 680 132 000	44 521 644 000	78 867 434 000	11,17
2009	1 154 813 824 000	53 506 411 000	90 503 138 000	11,27
2010	1 276 294 430 000	57 849 307 000	96 794 094 000	11,64
2011	1 423 744 885 000	74 965 007 000	120 078 239 000	12,08
2012	988 605 521 000	29 015 791 000	72 979 278 000	11,37
2013	1 482 575 026 000	35 328 791 000	84 634 562 000	12,07
2014	1 559 440 392 000	49 766 631 000	105 757 813 000	12,04
2015	1 785 452 446 000	44 973 213 000	106 091 759 000	12,11
2017	56 944 054 135 00	52 723 325 000	110 070 610 000	12,23

Source : Direction Générale du Budget du Mali

Nous constatons dans le tableau 4, que le budget alloué à la santé par l'Etat Malien a connu une augmentation de 2004 à 2017.

### **1.2. Financement par les ressources extérieures**

Pour le financement de la santé, les fonds des partenaires extérieurs sont mobilisés à travers des mécanismes à savoir :

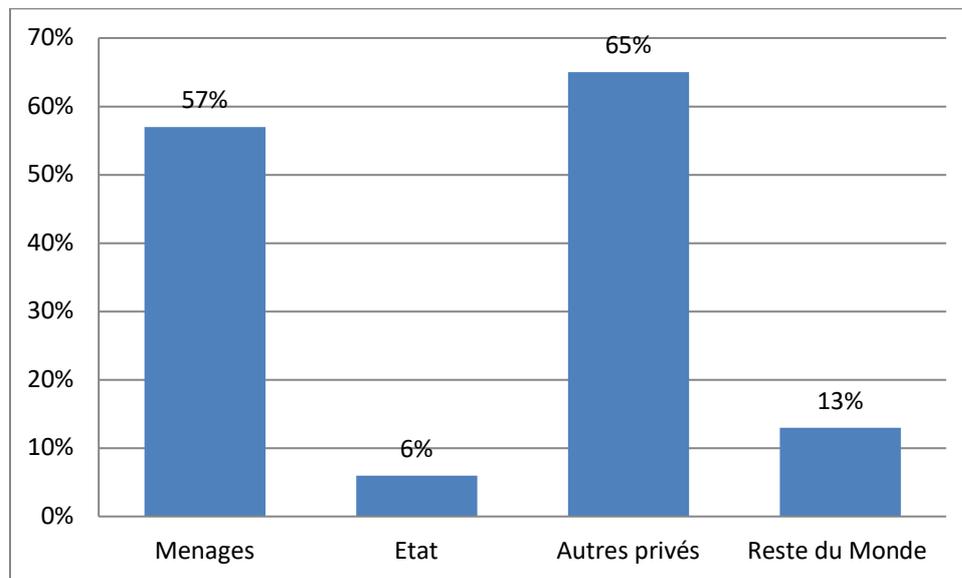
- Les procédures du Budget d'Etat ;
- Les appuis directs aux services des départements ;
- Le financement des ONG et autres organisations de la société civile ;
- L'assistance technique.
- Le fonds d'investissement
- La lutte contre certaines maladies
- Le fonds alloué à la recherche

Les fonds des partenaires sont le plus souvent utilisés en fonction de leurs domaines d'intervention (Ragbi S. & Ragbi A, 2021) qui mettent l'accent sur une analyse sectorielle dans son article. Le contexte actuel où une part importante des financements des projets de développement sanitaires est soutenue par les partenaires au développement, la coordination des partenaires constitue un élément central qui doit être assuré sous le leadership clairement affirmé du MSHP. Les efforts de partage d'informations et de coordination quant à l'utilisation des financements extérieurs doivent être redoublés pour améliorer leur efficacité et leur impact. Ces efforts sont nécessaires pour pérenniser les appuis des PTF déjà engagés dans le secteur de la santé en général, et auprès du MSHP en particulier. Il convient de continuer à soutenir l'institutionnalisation et le développement de la capacité technique nationale dans la production des Comptes de la Santé (CS). Les CS permettent à l'ensemble des parties prenantes de disposer des données essentielles sur les flux de financements dont bénéficie le système de santé, en particulier sur les paiements directs faits par les ménages, et sur le suivi de l'impact des efforts de mutualisation et de protection sociale (AMO, promotion des Mutuelles). Ils produisent aussi des informations sur l'orientation des financements du MSHP vers les priorités programmatiques définies dans ses documents de politique. Dans ce sens, les CS constituent un outil de planification essentiel pour soutenir les décisions, orienter et réorienter les actions, etc. L'effort de production requiert toujours un soutien technique pour une institutionnalisation pérenne qui permettra de disposer des CS régulièrement et avec promptitude. Soutenir la mise en œuvre de la politique nationale de financement de la santé

vers la couverture universelle. Cette politique regroupe les efforts autour de quatre axes :

- Mobilisation des ressources efficace, équitable et pérenne ;
  - Accès aux soins plus équitable en vue de réduire le poids financier des dépenses de santé pesant encore largement sur les ménages ;
  - Meilleure allocation des ressources et d'une amélioration de la gouvernance financière ;
  - Engagement du secteur privé. Le MSHP doit s'engager à accroître l'efficacité des ressources mobilisées par l'amélioration de la gestion des ressources publiques en introduisant non seulement plus de transparence dans l'allocation et l'utilisation des ressources, mais aussi plus de pratiques de la reddition serait-il possible de trouver un synonyme plus courant ? Des comptes, constitue un préalable pour accroître l'efficacité des ressources mobilisées.
- Ressources humaines. Entre 1980 et 2017, le Mali a enregistré une augmentation de plus de 54 % de ses ressources humaines de sante (RHS) qualifiées, médecins, infirmiers et sages-femmes. Cette augmentation ne répond pas encore à la recommandation de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) de 23 membres du personnel de santé qualifiés pour 10 000 habitants. Une forte concentration de ces RHS qualifiées est également identifiée dans le district de Bamako, et les besoins demeurent importants dans les régions de Mopti, de Ségou, de Koulikoro, de Kayes, de Sikasso de Gao et Kidal. En tant qu'interface entre les communautés et les services de santé, les Agents de Santé Communautaire (ASC) constituent une option pertinente soutenue par le MSHP pour continuer à étendre la couverture sanitaire et l'accès aux soins au niveau le plus périphérique. Cependant, la pérennisation de leur prise en charge financière demeure problématique, tout comme leur encadrement technique et la qualité de leur formation, pour l'essentiel résultant des formations privées dont l'encadrement est insuffisant. Plusieurs autres défis apparaissent en ce qui concerne les recrutements et les affectations. Si la Direction des Ressources Humaines (DRH) et les Directions Régionales de la Santé (DRS) disposent depuis 2015 des outils (Système d'Information – Gestion des Ressources Humaines –SI-GRH) permettant une bonne planification des besoins nationaux et opérationnels tenant compte des zones dans lesquelles doivent être affectés en priorités les agents de santé, elles n'ont pas le pouvoir de décision qui relève en fin de compte au niveau national du Secrétariat Général du MSHP sous l'autorité du ministre, et au niveau régional, du gouverneur.

**Figure1:** Contribution pour le financement de la santé

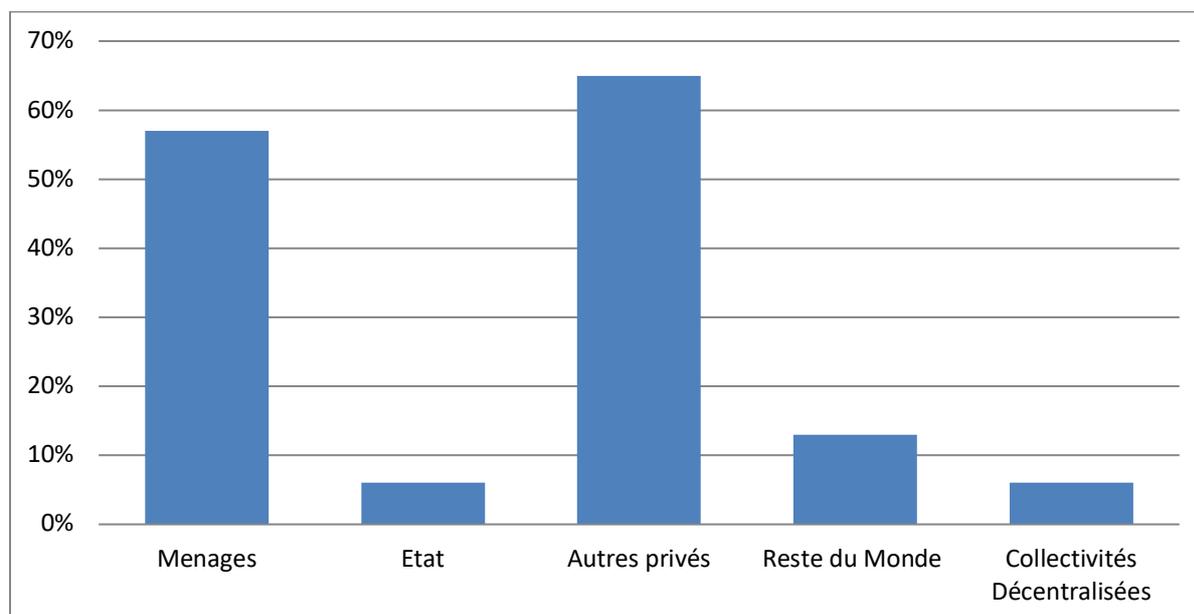


**Source :** Auteur à partir des Comptes Nationaux de Santé 2017

Le graphique 1, nous indique qu'en ce qui concerne les PTF, leur contribution peut être appréhendée de deux manières:

Si l'on se réfère donc aux données issues seulement de la DFM, la contribution des PTF correspond en moyenne au tiers du budget mobilisé pour la santé, et ce depuis les cinq dernières années (excepté en 2012) ou beaucoup de partenaires ont suspendus leur aide à cause de la crise. Mais en prenant en compte la part des ménages dans le calcul de la part de chaque entité de financement: Les PTF contribuent à environ 12% du budget total.

**Figure 2:** Structure du financement de la santé d'après les CNS en 2017



**Source :** Auteur à partir des Comptes nationaux de la santé 2017

Selon le graphique 2, l'Etat contribue au financement de la santé par l'offre et la production de services à travers la construction et l'équipement des formations sanitaires, la mise à disposition des ressources humaines aux fins de fourniture de services, le fonctionnement de l'administration sanitaire. Cette contribution est surtout basée sur le financement de l'offre de soins à travers les ressources (inputs).

Par ailleurs, l'Etat finance des programmes développés en vue d'alléger les charges financières des ménages à travers des mécanismes d'exemption totale ou partielle comme les cas d'opérations césariennes, du paludisme chez les enfants de moins de 5ans, et aussi la prise en charge des indigents ; à cet effet un régime non-contributif d'assistance médicale est mis en place au bénéfice des indigents et des plus démunis à hauteur de 5% de la population.

Les collectivités territoriales sont responsabilisées pour mobiliser les ressources nécessaires à injecter pour le financement des plans locaux de développement sanitaire. Jusqu'à présent, l'essentiel du financement des collectivités va à la réalisation d'infrastructure presque exclusivement au niveau périphérique telle que la construction de CSCom. Cependant les sommes mobilisées par les collectivités territoriales dans la santé demeurent très faibles (moins de 3% en 2017).

Des accords de financement avec les PTF sont établis suivant diverses modalités (appui direct, appui budgétaire général ou sectoriel). Certains partenaires utilisent leurs propres procédures pour financer la santé au niveau central et/ou opérationnel.

Les responsables politiques ont constaté que le « système de santé » génère par lui-même beaucoup d'inefficience dans l'utilisation des ressources et favorise l'iniquité à la fois dans le financement et dans l'accès aux soins de santé.

La question qui se pose est « Comment le système de santé peut-t-il mieux faire? « Une des pistes pour l'avenir serait l'instauration d'un « Financement basé sur la Performance ».

Le FBP est différent du financement classique de type input (intrants) où les structures de soins recevaient tous les intrants nécessaires à leur fonctionnement sans aucune obligation de résultats. Il consiste à financer les soins et services de santé en fonction de la performance réalisée par les structures de santé et sur la base des indicateurs définis préalablement. Il a pour objectif de s'assurer que les décisions de financement reposent sur une évaluation transparente des résultats par rapport aux cibles assorties d'échéance.

### **1.3. La santé dans les pays à faible revenu**

La santé est un droit humain, c'est de nos jours incontestable. Il paraît en effet injuste

que certaines populations, parce qu'elles sont pauvres en ressources, souffrent de maladies évitées dans les pays riches, comme les affections liées à la malnutrition, mais aussi les rougeoles, etc., dont souffrent beaucoup d'enfants des pays en développement. Les taux de mortalité infanto-juvénile passent ainsi de 7 pour mille naissances dans les pays à revenu élevé à 122 pour mille en moyenne dans les pays à revenu faible. De même, l'espérance de vie à la naissance est de 79 ans dans les pays à revenu élevé contre 59 ans en moyenne dans les pays à revenu faible, et 46 ans dans les pays d'Afrique subsaharienne (Schieber, 2007).

Quelles sont les raisons à ces différences ? La santé est un bien public et l'implication des Etats est nécessaire pour garantir de bons résultats de santé. Les différentes conférences internationales sur la promotion de la santé (Ottawa 1986, Adélaïde 1988, etc.) ont amené à recommander aux gouvernements d'investir dans les politiques pour la santé et dans la promotion de la santé afin d'améliorer l'état de santé de tous leurs citoyens. Leurs buts principaux doivent être d'instaurer un environnement physique et social propice, de faciliter les choix des citoyens en faveur de leur santé, de combler les écarts de santé entre les personnes défavorisées et les autres. Il est néanmoins probable que certains gouvernements ne réalisent pas cet effort : on ne peut bien sûr nier le rôle des responsabilités nationales ni même individuelles dans la situation sanitaire pauvre de certains pays. Mais il est également nécessaire de prendre en compte les handicaps structurels de ces pays et individus.

Plus particulièrement, la structure des économies des pays à faible revenu leur donne des difficultés à prélever des impôts : les pays à faible revenu collectent 17% de leur PIB en Moyenne pour leurs ressources domestiques, contre 35% pour les pays à revenu élevé (Schieber,2007). Ainsi, dans les pays à revenu faible, 76% des dépenses de santé sont privées, c'est l'inverse dans les pays riches, où 60% des dépenses de santé sont publiques. Parallèlement, les dépenses de santé par personne dans les pays à revenu élevé sont plus de 150 fois élevées que dans les pays à faible revenu (Schieber,2006). Or, l'atteinte des besoins dits essentiels nécessite des dépenses. La communauté internationale utilise comme référence le critère de la Commission Macroéconomie de Santé qui estime que l'atteinte d'objectifs de santé de base nécessitait 34 dollars par personne et par an (Sachs,2002). Néanmoins, même si les pays à revenu faible étaient capables de collecter 1 ou 2% de PIB supplémentaires pour financer la santé, cela ne serait

pas suffisant (Schieber,2007).

L'opinion publique souhaite plus de justice dans le monde, au moins en matière de santé. Les partenariats mondiaux de santé, comme le GAVI et le GFATM, sont par ailleurs très populaires, et comptent, en 2007, pour 13% des flux internationaux affectés à la santé. La plus grande partie des flux d'aide à la santé est néanmoins de source publique. Selon l'IHME, en 2007, plus d'un tiers de l'assistance à la santé provient d'agences de développement bilatérales, le reste provenant des Nations Unies (15%), de la Banque Mondiale (5%), de la Commission Européenne (2%) et des Banques Régionales de Développement (2%). Enfin, toujours selon l'IHME, plus de 60% des flux d'aide à la santé sont des flux financiers. Les autres correspondent à de l'aide en nature : dons de médicaments et marchandises ou assistance technique, services, gestion et recherche. Nous observons un engouement certain pour la santé dans le monde, autant de la part de l'opinion publique que des gouvernements et institutions multilatérales. Mais l'aide étrangère permet-elle vraiment d'améliorer la santé des populations en manque de ressources ? Certains programmes ou projets bien définis démontrent leur efficacité, même si nous pouvons supposer qu'elle ne peut être qu'efficace. En réalité, la solution de l'aide étrangère ne fait pas l'unanimité. Les bénéfices de l'aide étrangère sont en effet sérieusement mis en doute par (Easterly,2007) qui parle de l'aide comme d'un « fardeau » et, plus récemment, par l'économiste zambienne (Dambisa,2009) dans son ouvrage intitulé l'«Aide fatale : les ravages d'une aide inutile et de nouvelles solutions pour l'Afrique».

Ces écrits, bien qu'extrémistes dans leurs propos, ont l'avantage de dénoncer les effets pervers de l'aide publique au développement. Il est vrai que l'aide peut être associée à la corruption: elle peut davantage bénéficier aux caisses des dirigeants du peuple qu'au peuple lui-même.

On peut citer notamment les dérives liées à la « Françafrique », dénoncées par (Verschave,2003), qui auraient davantage servi les intérêts des dirigeants africains (et français) que ceux de leurs citoyens. D'autres effets pervers de l'aide comme le syndrome hollandais ou bien les problèmes de gestion de l'aide sont également mis en avant. Concernant ce dernier, sont décriés notamment le manque de prévisibilité des flux d'aide ainsi que la fragmentation de l'aide et les multiples procédures administratives qui en découlent et qu'imposent un lourd travail administratif à des bureaucraties initialement faibles

(Easterly,2008).

Enfin, un autre effet néfaste de l'aide est la dépendance créée, et le manque d'incitations aux gouvernements à rassembler des ressources publiques au niveau national (Easterly,2008). Cependant, le problème des incitations pour la fourniture de biens publics a toujours existé, mais il ne remet pas en cause leur nécessité. En effet, malgré ces éventuels dérapages, pour les raisons citées auparavant, les fonds publics extérieurs paraissent fondamentaux pour améliorer la santé des populations vivant dans des régions manquant de ressources. La santé est un bien public et en tant que tel, tout pays souhaitant assurer une santé de base à sa population doit s'en donner les moyens.

## 2. Méthodologie

La spécification du modèle, puis une analyse des résultats est entreprise avant de présenter les recommandations de politiques économiques qui découlent de l'analyse.

Les données proviennent essentiellement de la base de données de l'INSTAT (Institut National de la Statistique du Mali), du World Bank Indicator 2017 (WDI) et des statistiques du Fonds Monétaires Internationales (FMI) 2017, du PNUD, du cadre stratégique de lutte contre la pauvreté(CSLP).

Nous procéderons ensuite à différents tests de diagnostic et de validation pour interpréter les résultats. Toutes ces estimations se feront avec le logiciel EVIEWS.

En effet, L'Aide a commencé à avoir une grande considération au début des années 1980 avec le début des programmes d'ajustement structurel initiés par la Banque Mondiale et le Fonds Monétaire International (FMI) d'où la période d'estimation est celle de 1980 à 2017.

Nous prendrons en compte un aspect fondamental de la modélisation des séries temporelles, qui est la dynamique, de ce fait, il sera nécessaire d'étudier la stationnarité des variables, à travers différents tests de vérification, nous retiendrons notamment celles des tests de racines unitaires de Dickey- Fuller Augmentés. Quant au test d'autocorrélation, nous retiendrons celui de Durbin et Watson, toutefois en cas de présence d'autocorrélation, nous utiliserons la méthode de Cochrane et Orcutt (modèle avec terme d'erreur auto-corrélé à l'ordre 1).

A la suite de ces tests, si les variables évoquées dans le modèle sont stationnaires, alors nous étudierons directement les régressions, à travers la loi de Student, Fisher,...

A contrario, en cas de non stationnarité des variables (cas le plus fréquent dans les séries temporelles), situation dans laquelle l'espérance, la variance et/ou la covariance ne serait pas constante dans le temps. Il y aura une nécessité d'étudier la Co-intégration, et à

partir de là, faire apparaître une « composante de Long Terme » s'apparentant à une relation d'équilibre, qui s'obtient par une reparamétrisation, autrement dit par l'utilisation de « modèle correcteur d'erreur » (MCE).

Ce sujet n'a pas été souvent exploré, le débat étant essentiellement focalisé sur l'efficacité de l'aide à apporter de la croissance. L'une des raisons à cela est la « mode de la croissance » dans les années 90 et l'idée selon laquelle la croissance du PIB synthétise à elle seule le développement d'une économie et l'amélioration du bien-être dans toutes ses dimensions. Il est intéressant par ailleurs d'évaluer par quels canaux l'aide améliore la santé ? La santé peut être améliorée par des fonds directement affectés au système de santé mais aussi par une amélioration globale de l'environnement.

$$\text{Logit}(\text{QSanit}) = \alpha_0 + \alpha_1 \cdot \text{AideSanit} + \alpha_2 \cdot \text{Yit} + \alpha_3 \cdot \text{Educit} + \alpha_4 \cdot \text{DépPubSanNetit} + \mu_i + \epsilon_{it}$$

La variable dépendante est le Logit de la qualité santé. La variable  $\text{Yit}$  représente le revenu moyen par tête de la période, exprimé en logarithme car les revenus jouent un rôle primordial sur la santé.

La variable  $\text{Educit}$  représente le logarithme du taux d'alphabétisation des adultes et permet d'approximer le niveau d'éducation des adultes.

Les dépenses publiques de santé ( $\text{DépPubSanit}$ ), en % du PIB ou par habitant, correspondent aux dépenses de santé consolidées à tous les niveaux du gouvernement. Elles permettent de mesurer l'effort réalisé par un gouvernement pour la santé de sa population. Enfin, les effets inobservables spécifiques aux pays sont stockés par  $\mu_i$  et  $\epsilon_{it}$  est le terme d'erreur.

## 2.1. Résultat

Notre objectif est d'examiner l'impact, supposé bénéfique de l'aide publique au développement affectée à la santé des populations dans un sens large. L'aide censée être la plus bénéfique pour la santé des populations est celle qui est axée vers des activités ayant un impact direct sur la santé, à savoir vers les soins de santé, la fourniture d'eau potable ou de sanitaires de qualité, et vers la prévention des maladies etc.

- *Etude de la stationnarité des séries*

Etant donné qu'on exploite des séries chronologiques, il y a la nécessité d'effectuer des tests de stationnarité pour déterminer le degré d'intégration des variables. Parmi les différents tests

de vérification de la stationnarité, on retient les tests de racine unitaire de Dickey-Fuller Amélioré (ADF) et pour le choix du nombre optimal de retards, on utilise le critère d’Akaike (AIC) qui permet de retenir le nombre de retards pour lequel la statistique d’AIC se révèle la plus faible. Le tableau 5 résume l’issue des différents tests :

**Tableau 5:** Stationnarité des variables

Variables	Q.san	AP D/sa n	Ysan	Dpub /san	Infr a	Espé/ vie	TSC OL	TMOR T
<b>Ordre d’intégration</b>	I(0)	I(0)	I(1)	I(1)	I(1)	I(1)	I(0)	I(1)

**Source:** Auteur de cette étude

• **Le test de normalité**

Le test de normalité est sensé confirmer l’hypothèse importante des moindres carrés ordinaires de la distribution normale des écarts aléatoires : c’est le premier test à effectuer.

La règle de décision du test de normalité est la suivante :

- Au seuil de 5% on accepte l’hypothèse de normalité si la valeur de la probabilité est supérieure à 0.05 ;
- Au seuil de 5%, on rejette l’hypothèse de normalité si la valeur de la probabilité est inférieure ou égale à 0.05

Dans notre étude, la probabilité est de 0.7973 (supérieure à 0.05). On accepte alors, l’hypothèse de normalité des résidus au seuil de 5%.

• **Test d’homocédasticité des résidus (test de White) hypothèses**

Le test de WHITE permet de détecter une éventuelle hétéroscédasticité. Il est fondé sur une relation significative entre le carré du résidu et une ou plusieurs variables explicatives en niveau et au carré au sein du modèle. En effet, le modèle est :

- Homocédastique si la probabilité associée au F-statistic est supérieure à 5% ;
- Hétéroscédastique si la probabilité associée au F-statistic est inférieure ou égale à 5%

Les résultats du test d’homocédasticité sont présentés comme suit :

**Heteroskedasticity Test: White**

F-statistic	2.687723	Prob. F (20, 7)	0.0921
Obs*R-squared	24.77390	Prob. Chi-Square (20)	0.2102

**Source :** Calculs de l’auteur à partir d’Eviews 6

L'observation de ce résultat montre que les deux probabilités sont supérieures à 5%. Plus spécifiquement, la probabilité associée au F-Statistic est de 9,21%, ce qui est supérieur à 5%. On conclut donc à une homoscedasticité des résidus. Les estimations obtenues sont donc optimales.

- **Test de significativité globale (Test de Fisher)**

La validation statistique de la qualité globale du modèle est appréciée par le coefficient de détermination du modèle et par le test de Fisher.

L'analyse de la qualité globale du modèle s'effectue à travers le coefficient de détermination du modèle ( $R^2$ ). Ce coefficient explique la part de l'évolution de la variable dépendante qui est expliquée par les variables exogènes.

Le test d'adéquation d'ensemble est fait à travers le test de Fisher. La règle de décision est la suivante : si le Fischer calculé est supérieur au Fischer théorique, ou la Prob (F - statistic) < 5%, on rejette l'hypothèse nulle, la qualité de la régression est bonne au seuil de 5%. Dans le cas contraire, on accepte hypothèse nulle au même seuil, la qualité de la régression n'est pas bonne. En effet, l'analyse du tableau n° 6 ci-dessus, permet d'obtenir les interprétations suivantes :

- Le F-Statistic, qui teste l'égalité jointe des coefficients à 0, est de 3.134, avec une probabilité critique de 0.02761 : on rejette l'hypothèse ainsi au seuil de 5% ; donc l'hypothèse  $H_0$ . Alors, la qualité de la régression est bonne.

- Le  $R^2$  (coefficient de détermination) s'élève à 0.5159. Le pouvoir explicatif du modèle est très significatif. Le modèle explique donc 51,59% de l'effet de l'aide sur la santé.

En conclusion, le modèle est globalement significatif.

**Tableau 6:** Résultats de l'estimation

<b>Variable dépendante: Qualité Santé(Qsan)</b>				
Variable	Coefficient	Ecart type	t-Statistic	Probabilité.
C	-22.87808	9.791682	-2.336481	0.0290
AIDsan	0.578203	0.262290	2.204440	0.0583
DépPubsan	0.100553	0.182901	0.549768	0.5880
Rev Y	0.316961	0.184251	1.720268	0.0994
TINV	1.202744	0.432986	2.777790	0.0110
TMort	-0.083236	0.128155	-0.649492	0.5227

Coefficient de détermination	0.515990	Mean dependent var	3.078012
F-statistic	3.134122	Statistique de Durbin-Watson	2.897324
Probabilité (F-statistic)	0.027615		

Source : Calculs de l'auteur à partir d'Eviews 6

### • Test d'autocorrélation des résidus (test de Durbin et Watson) hypothèses

Le test de Durbin et Watson permet de détecter une autocorrélation des erreurs d'ordre 1. La statistique de Durbin et Watson (DW) est de 2.897324. Les valeurs critiques de la statistique sont tabulées au seuil de 5% en fonction des 28 valeurs observées et des 5 variables explicatives. La lecture de la table de Durbin et Watson détermine deux valeurs  $d_1$  et  $d_2$ . La règle de décision du test est la suivante :

- Si  $d_2 < DW < 4 - d_2 \Rightarrow$  absence de d'autocorrélation des résidus ;
- Si  $0 < DW < d_1 \Rightarrow$  autocorrélation positive des résidus ;
- Si  $4 - d_1 < DW < 4 \Rightarrow$  autocorrélation négative des résidus ;
- Si  $d_1 < DW < d_2$  ou  $4 - d_2 < DW < 4 - d_1 \Rightarrow$  zone de doute, c'est-à-dire qu'on ne peut pas conclure dans un sens comme dans l'autre.

$$d_1 = 1.03 ; 4 - d_1 = 2.97 ; d_2 = 1.83 ; 4 - d_2 = 2.15$$

L'interprétation du schéma ci-après en fonction de la position de DW montre que  $4 - d_2 < DW < 4 - d_1$  ( $2.15 < 2.89 < 2.97$ ). Nous concluons donc à une absence d'autocorrélation des résidus.

DW= 2.89



Source : Calculs de l'auteur à partir d'Eviews 6

## 2.2 Discussion

L'état de santé d'un pays peut être mesuré à travers plusieurs indicateurs : dans notre étude la santé peut être amélioré par des fonds directement affectés au système de santé mais aussi par une amélioration de l'environnement globale (Dambisa,2009) qui dénoncent les effets pervers de l'aide publique au développement appuyé par (Verschave,2003) qui pensent que l'APD serve les intérêts des dirigeants que de leurs citoyens. Les tests de normalité et de White confirment avec une probabilité supérieure à 5%.

Il est à noter que les dépenses de santé représentent un coût important dans le dispositif sanitaire, la communauté internationale utilise comme référence le critère de la Commission macroéconomie de santé qui estime que l'atteinte d'objectifs de santé de base nécessitait 34 dollars par personne et par an (Sachs, 2002). Néanmoins, même si les pays à revenu faible étaient capables de collecter 1 ou 2% de PIB supplémentaires pour financer la santé, cela ne serait pas suffisant (Schieber, 2007). En moyenne chaque ménage Malien dépense 15 000 FCFA par an dont 94% en médicament (DNS).

En effet, un autre effet néfaste de l'aide est la dépendance créée et le manque d'incitation aux gouvernements à rassembler des ressources publiques au niveau national (Easterly, 2008).

Par rapport au test de Fisher, le F-statistique est de 3,134 avec une probabilité critique de 0,02761, rejette notre hypothèse à savoir que l'aide publique au développement n'a pas d'effet positif sur la santé au Mali, tout comme le test de Durbin et Watson montrant une absence d'autocorrélation des résidus (Verschave, 2003), cela dénote au fait que les assistances déployées par de nombreuses organisations non gouvernementales ne sont toujours pas comptabilisées.

### **Conclusion**

L'OMS et la déclaration d'Abuja ont recommandé aux gouvernements d'investir dans les politiques pour la santé afin d'améliorer l'état de santé de tous leurs citoyens. Or la part de ressources intérieures (9,57%) finançant le budget du Ministère de la Santé du Mali dans le budget général de l'État est bien en-deçà du niveau d'allocation de 10% recommandé par l'OMS et la déclaration d'Abuja (15%), avec une évolution négative de 2010 à 2017 due à l'effet de la crise de 2012 et la suspension de l'aide de certains partenaires. La mission de l'État doit être d'instaurer un environnement physique et social propice, de faciliter les choix des citoyens en faveur de leur santé, de combler les disparités de santé entre les personnes défavorisés et les autres. On ne peut bien sûr nier le rôle des responsabilités nationales ni même individuelles dans la situation sanitaire pauvre de certains pays dont le Mali.

Malgré une abondance de travaux macroéconomiques sur l'efficacité de l'aide publique au développement sur la croissance et la réduction de la pauvreté, peu traitent de son efficacité en matière de santé.

L'objet de notre recherche était d'évaluer l'impact de l'aide publique au développement sur le secteur de la santé au Mali. Bien que la démarche analytique adoptée nous ait permis de vérifier notre hypothèse de recherche, notre étude incarne pourtant des limites comme toute

recherche dont les principales sont liées à des données à savoir qu'une bonne partie de l'aide publique au développement affectée au financement de la santé échappent au contrôle de l'administration publique soit 78,89% selon le ministère de la santé. Ce qui n'est pas sans conséquence sur la pertinence et l'efficacité des décisions prises par le ministère de la santé en matière de planification du financement de la santé. Ce constat par ailleurs, peut impacter nos résultats. Il serait souhaitable pour d'autres chercheurs, d'engager une étude approfondie sur cette question car la santé est vitale.

Notre étude nous a permis de savoir que le manque de moyens, d'éducation, d'infrastructures, d'équipements, en somme de « capacités » peuvent créer l'instabilité économique et des tensions sociales et l'APD bien utilisée pourrait permettre de compenser les effets négatifs de ces facteurs dans l'amélioration de la santé au Mali.

La question qui se pose est « Comment le système de santé peut-t-il mieux faire? « Une des pistes pour l'avenir serait l'instauration d'un « Financement basé sur la Performance ».

En somme l'aide extérieure à travers l'APD affecte positivement et significativement le secteur santé par les canaux de l'investissement, les revenus, l'éducation, aide à la santé et les dépenses publiques

## BIBLIOGRAPHIE

1. Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD) [Mali], et ICF International (2017). Enquête Démographique et de Santé Continue au Mali (EDS-Continue) 2017-2018. Calverton, Maryland, USA : ANSD et ICF International. 2018 pages (34)
2. Banque Mondiale, (2006). Rapport sur le développement dans le monde 2006. Equité et Développement. Banque Mondiale, Washington.
3. Berg E (2003). Augmenter l'efficacité de l'aide : une critique de quelques points de vue actuels. *Revue d'économie du développement* 17(4), 11-42.
4. Comité d'aide au développement, (2009). Base de données "Système de Notification des Pays Créanciers" du CAD. Comité d'Aide au Développement, OCDE.
5. Dambisa M(2009). Aide fatale : les ravages d'une aide inutile et de nouvelles solutions pour l'Afrique, Paris, Jean-Claude Lattès, 2009, 250p. (ISBN 978-2-7096-3360-4)
6. Easterly (2007). Was development assistance a Mistake? *American Economic Review*, vol.97, NO.2, May 2007 (pp.328-332)
7. Nations Unies, (2005). Investir dans le développement, Plan pratique pour réaliser les Objectifs du Millénaire pour le Développement, Résumé. *Rapport du « Millenium Project »*, dirigé par Sachs, J. D., Nations Unies, New York.
8. Nations Unies, (2008). Base de données de l'UNICEF.
9. Organisation mondiale de la santé, (2003). Rapport sur la santé dans le monde, 2003 – façonner l'avenir. Ed : Tim Evans, R. B. Organisation Mondiale de la Santé, Genève.
10. Organisation mondiale de la santé, (2009). Vaccins et vaccination : la situation dans le monde. Troisième édition. En partenariat avec l'Unicef et la Banque Mondiale. Publication Organisation Mondiale de la Santé.
11. Ragbi S. & Ragbi A. (2021). « L'impact de l'ouverture de l'économie marocaine sur le marché du travail : une estimation de la balance en emplois des échanges extérieurs au Maroc », *Revue Française d'Economie et de gestion* « Volume 2 : Numéro9 » pp : 179-202
12. Sachs, J. D. (2002). Macroéconomie et Santé. Investir dans la santé pour le développement économique. Organisation Mondiale de la Santé.
13. Schieber, G. J., L. K. Fleisher & P. Gottret, (2006). Financement de la santé : une chance à saisir. *Finances et Développement*, 43(4), 46-50.



14. Schieber, G. J., P. Gottret, L. K. Fleisher A. & A. Leive, (2007). Financing Global Health: Mission Unaccomplished. *Health Affairs*, 26(4), 921-934.
15. Verschave, F.-X., (2003). La Françafrique : le plus long scandale de la République. Stock.
16. YUBI IDRISSE. Z (2021) « Facteurs transactionnels et rationnels, Quel impact sur la fidélité inter-acteurs ? », Revue Internationale du Chercheur « Volume 2 : Numéro 3 » pp : 1575-1597