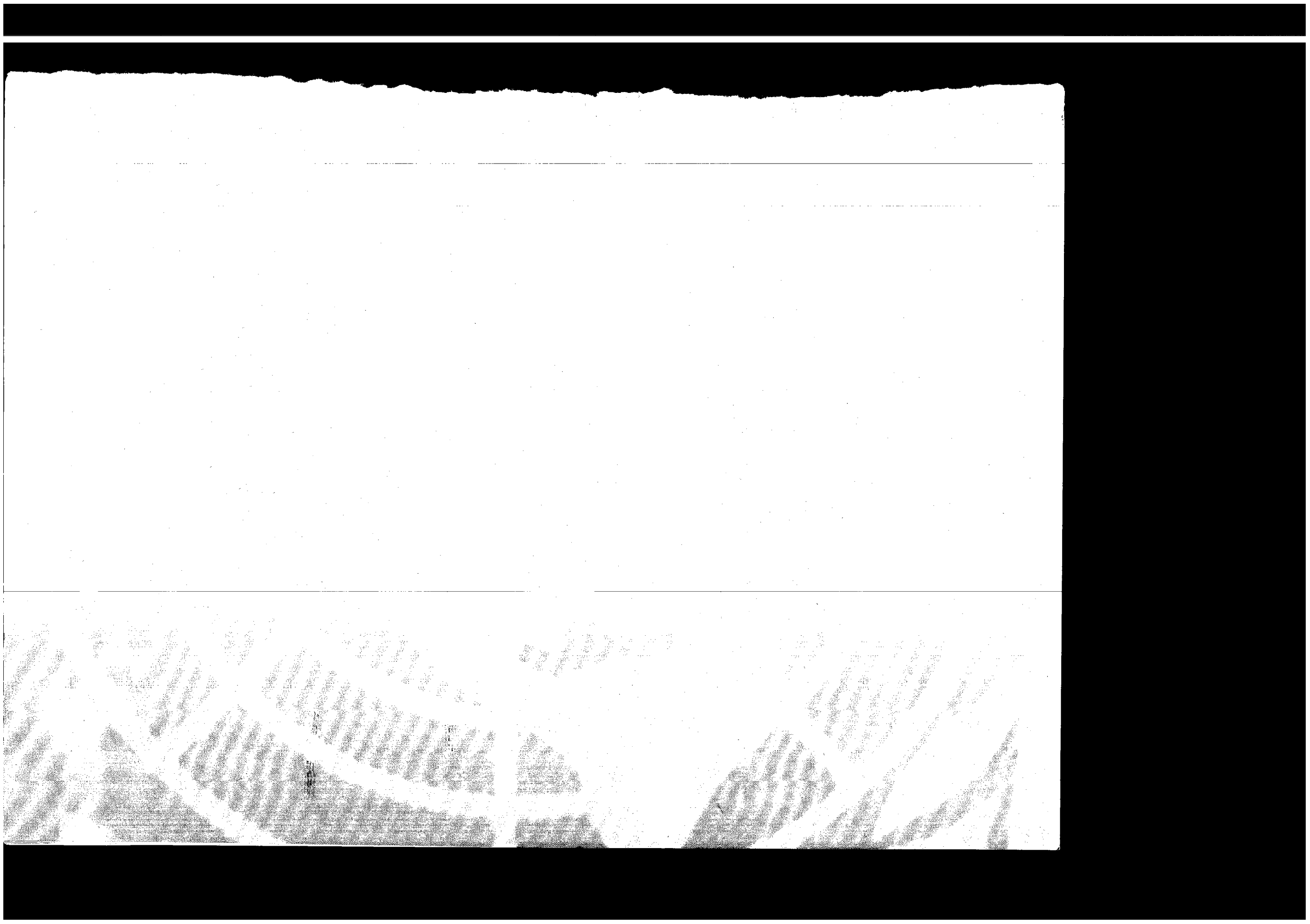
PCB

RÉPUBLIQUE DU MALI
UN PEUPLE • UN BUT • UNE FOI

SYSTEME DES NATIONS UNIES
AU MALI

# RAPPORT DE SUIVI DE LA MISE EN ŒUVRE DES OJECTIFS DU MILLÉNAIRE POUR LE DÉVELOPPEMENT (OMD)

*Bamako, décembre 2004*



# Table des matières


Préface 1

Sigles et abréviations 2

Introduction 3

1. Contexte national de développement 5
- 1.1. Situation géographique, administrative et politique 5
- 1.2. Situation économique et indicateurs clés de développement 5
- 1.3. Principales politiques, stratégies de développement et de lutte contre la pauvreté 6

2. Mise en œuvre des OMD au Mali 9
- 2.1. Objectif 1. Eliminer l'extrême pauvreté et la faim 9
  - 2.1.1. Progrès réalisés dans la lutte contre la pauvreté au Mali 10
  - 2.1.2. Défis à relever pour atteindre l'objectif de la lutte contre la pauvreté 11
  - 2.1.3. Progrès réalisés dans la lutte contre la faim et la malnutrition 11
  - 2.1.4. Défis à relever pour atteindre l'objectif de la lutte contre la faim et la malnutrition 13

- 2.2. Objectif 2. Assurer l'éducation primaire pour tous d'ici l'an 2015 14
  - 2.2.1. Progrès réalisés dans l'atteinte de l'objectif d'éducation pour tous 15
  - 2.2.2. Défis à relever pour atteindre l'objectif d'éducation pour tous d'ici 2015 17

- 2.3. Objectif 3. Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes 18
  - 2.3.1. Progrès réalisés dans la promotion des femmes au Mali 19
  - 2.3.2. Défis à relever pour atteindre l'égalité des sexes 20

- 2.4. Objectif 4. Réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans 21
  - 2.4.1. Progrès réalisés dans la lutte contre la mortalité infanto - juvénile 22
  - 2.4.2. Défis à relever dans le cadre de la lutte contre la mortalité infanto - juvénile 22

- 2.5. Objectif 5. Améliorer la santé maternelle 23
  - 2.5.1. Progrès réalisés dans la lutte contre la mortalité maternelle 24
  - 2.5.2. Défis à relever pour la réduction de la mortalité maternelle 25

- 2.6. Objectif 6. Combattre le VIH/SIDA, le paludisme et d'autres maladies 26
  - 2.6.1 Progrès réalisés dans la lutte contre le VIH/SIDA, le paludisme et les autres maladies 27
  - 2.6.2 Défis à relever pour atteindre l'objectif de lutte contre le VIH/SIDA et les autres maladies 28

- 2.7. Objectif 7. Assurer un environnement durable 29
  - 2.7.1 Progrès réalisés dans la protection de l'environnement, l'approvisionnement en eau potable et l'accès aux logements économiques et sociaux au Mali 30
  - 2.7.2. Défis à relever pour la protection de l'environnement, l'approvisionnement en eau potable et l'accès aux logements économiques et sociaux 31

- 2.8. Objectif 8. Mettre en place un partenariat mondial pour le développement 32
  - 2.8.1. Progrès réalisés dans la mise en place d'un partenariat pour le développement au Mali 33

3. Défis à relever pour un réel partenariat mondial pour le développement 36

Conclusion 37

Références bibliographiques et documentaires 38

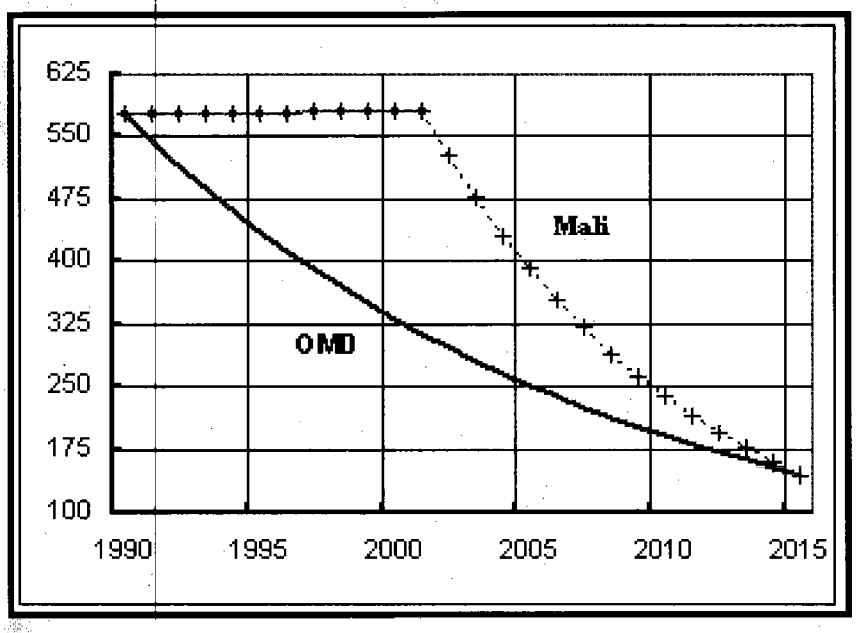
Annexes 39

Annexe 1. Tableau récapitulatif des OMD – Mali (cibles et indicateurs convenus pour le Mali) 40
Annexe 2. Situation nationale en un clin d'œil : OMD – atteints, soutien ambiant 42
Annexe 3. Capacités de suivi – évaluation des OMD au Mali 43
Annexe 4. Note méthodologique 44

### 2.5.1. Progrès réalisés dans la lutte contre la mortalité maternelle

Selon les résultats de l'EDSM-III (2001)[4], pour la période 1990-2000, le taux de mortalité maternelle varie entre 500 et 600 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes. Autrement dit, au Mali, une femme court un risque de 1 sur 24 de décéder pour cause maternelle (durant la période de grossesse et d'accouchement) pendant les âges de procréation. Malgré la baisse continue de la mortalité infantile au cours des deux dernières décennies et l'amélioration des soins prénataux au cours des cinq dernières années, la mortalité maternelle reste élevée au Mali, comme dans le reste des pays de la sous-région subsaharienne.

**Graphique 2.5.1. Evolution du taux de mortalité maternelle (pour 100.000 naissances vivantes)**




Paradoxalement, au regard de ce graphique, le Mali semble s'écarter dangereusement de la trajectoire susceptible de le conduire à la réalisation de l'objectif en 2015. Du coup, l'atteinte de la cible consistant à **réduire de 3/4, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle, c'est-à-dire de 577 en 1990 à environ 144 pour 100 000 naissantes vivantes en 2015** semble être compromise chaque année un peu plus. **Aussi, faut-il s'interroger sur l'efficacité des mécanismes d'implémentation de nos politiques et stratégies dans le domaine sanitaire et social voire sur ces politiques elles-mêmes.**

Parallèlement, la proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié est demeurée faible et en quasi stagnation aux alentours de 40% au cours de la période 1995-2002. De ce fait, les objectifs de la composante Santé du Cadre Stratégique Lutte contre la Pauvreté (CSLP) ne sont guère très optimistes et ne prévoient qu'un taux d'accouchements assistés de 50% à l'horizon 2006.

Cette situation est en contraste avec les efforts réels déployés par le Gouvernement, appuyé par ses partenaires techniques et financiers, dans l'élaboration et la mise en œuvre de la politique sectorielle de santé et dans l'allocation des ressources budgétaires conséquentes au secteur :

**Tableau 2.2.1. Evolution de la part de la Santé dans le Budget d'Etat en %**

| Désignations | 2003 | 2004 | 2005 |
|---|---|---|---|
| Part de la Santé (sans les autres secteurs sociaux) par rapport aux charges récurrentes | 10,07 | 10,65 | 10,15 |
| Rang occupé par la Santé par rapport à l'ensemble des autres secteurs | 4ème | 4ème | 4ème |
| Part de la Santé (sans les autres secteurs sociaux) par rapport à l'ensemble du Budget y compris le financement extérieur du BSI | 7,06 | 6,79 | 6,68 |
| Rang occupé par l'éducation nationale par rapport aux autres secteurs | 7ème | 8ème | 8ème |

*Source : DNB : Note de présentation du Budget d'Etat 2005.*

[4] CPS-Santé/DNSI : Mali : Enquête Démographique et de Santé 2001, Rapport de synthèse, page 7.

Le Plan décennal de développement sanitaire et social – PDDSS (1998-2007) et le Programme quinquennal de développement sanitaire et social (PRODESS) servent de cadre de référence à la mise en œuvre de la politique sectorielle de santé au Mali. La phase II du PDDSS dénommée PRODESS II (2005-2009), élaborée sur une base participative tout comme la première, est en cours de validation. Les priorités de l'action sanitaire sont réservées à la prévention des maladies, à la promotion sanitaire et au bien-être de la famille en milieu rural et périurbain ainsi qu'à l'amélioration de l'accès des populations les plus pauvres aux soins de santé.

**En somme, compte tenu de ce qui précède et si aucun changement significatif n'est opéré en matière de politique et stratégie de santé, le Mali ne pourra pas atteindre la cible relative à la réduction de 3/4, entre 1990 et 2015, du taux de mortalité maternelle.**

### 2.5.2. Défis à relever pour la réduction de la mortalité maternelle

La stratégie de la politique nationale de santé est basée sur les principes des soins de santé primaires adoptés par la conférence mondiale d'Alma Ata depuis 1978, sur l'initiative de Bamako et sur la stratégie africaine de développement sanitaire.

La concrétisation de cette stratégie passe par la réalisation des objectifs intermédiaires suivants :

- améliorer l'état de santé des populations afin qu'elles participent plus activement au développement socio-économique du pays ;
- étendre la couverture sanitaire tout en rendant les services accessibles aux populations et ;
- rendre le système de santé viable et performant.

Dans le cas spécifique de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale, la politique sanitaire privilégie un certain nombre d'approches stratégiques, contenues dans les plans de développement sanitaire de cercle (PDSC), en particulier :

- le système de référence/évacuation ;
- l'approche des besoins obstétricaux non couverts ;
- l'approche des soins obstétricaux d'urgence.

La réalisation de cette politique passe par:

- la mise en œuvre de la Vision 2010 de réduction de la mortalité maternelle et néonatale;
- la prise en charge prioritaire des complications obstétricales.

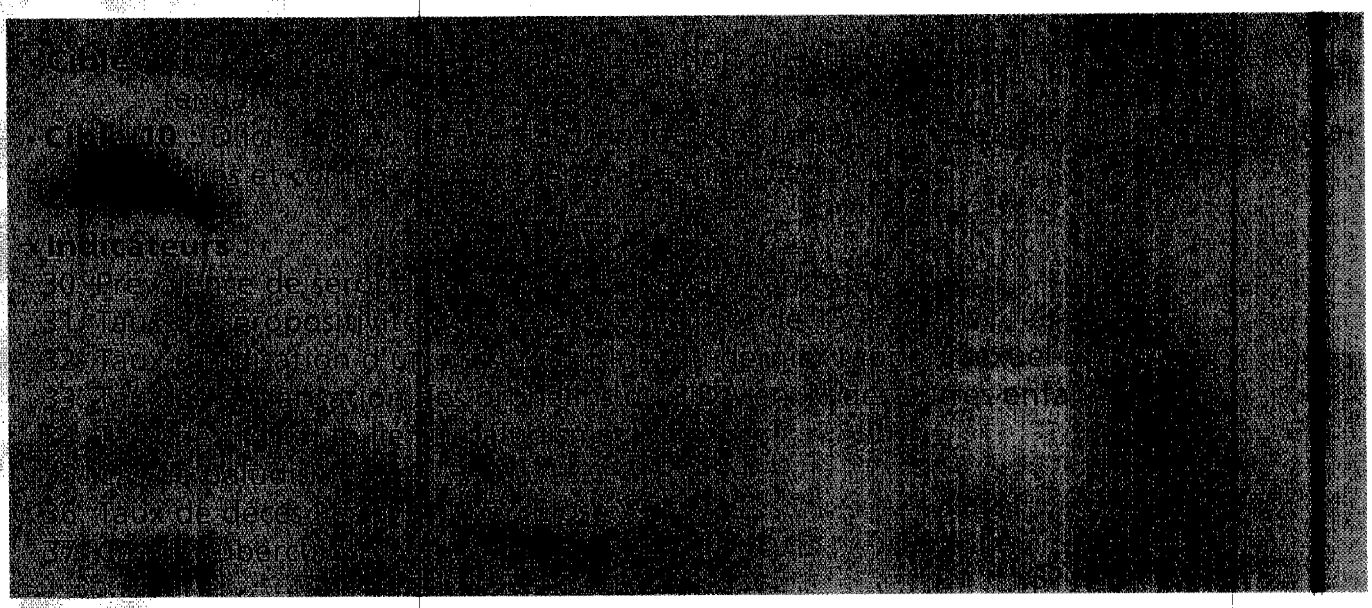
En perspectives, le Cadre de Dépenses à Moyen Terme (CDMT) 2003-2007 du secteur de la Santé, déjà élaboré, et la deuxième phase du PRODESS (2005-2009), en cours de validation, permettront l'affectation et l'absorption de davantage de ressources financières afin d'atteindre les objectifs du CSLP et les OMD dans le secteur de la Santé. En effet, l'approche CDMT et l'élaboration du PRODESS II visent à corriger les principales faiblesses et goulots d'étranglement constatés au niveau de ce secteur et améliorer ses performances. Les **principaux axes du PRODESS II** sont :

- l'accessibilité géographique et financière aux services de santé et des districts sanitaires ;
- la disponibilité des ressources humaines qualifiées ;
- la disponibilité des médicaments, vaccins et consommables sanitaires ;
- l'amélioration de la qualité des services de santé dans les hôpitaux et les établissements socio - sanitaires ;
- le renforcement des capacités institutionnelles.

Il est à espérer que la mise en œuvre du **PRODESS II** puisse donner une nouvelle impulsion au secteur de la Santé car les sous-programmes associés à ces axes ci-dessus intègreraient des stratégies novatrices et des interventions efficaces, **notamment sur la mortalité info-juvénile et maternelle**[5].

[5] CPS/Santé (2004) : Note technique sur le 1er Rapport de suivi de mise en œuvre des OMD au Mali, p. 4

## 2.6. Objectif 6. COMBATTRE LE VIH/SIDA, LE PALUDISME ET D'AUTRES MALADIES



### 2.6.1. Progrès réalisés dans la lutte contre le VIH/SIDA, le paludisme et les autres maladies

Selon les données de l'EDSM-III (2001), la quasi-totalité des hommes (98%) et des femmes (90%) ont entendu parler du sida. De même, dans sa grande majorité, la population connaît les divers moyens de se prémunir du sida. Pour 31% des femmes et 51% des hommes, le condom est le moyen de prévention du sida le plus fréquemment cité.

Concernant la prévalence du sida, le test de dépistage du VIH a donné un taux de séroprévalence nationale de **1,7%** en 2001 (EDSM-III). Les femmes sont plus touchées avec un taux de 2% contre 1,3% chez les hommes. Le District de Bamako (avec 2,5%) a le taux de séroprévalence le plus élevé, suivi des régions de Kayes, de Ségou et de Koulikoro (avec 1,9% chacune).

En somme, bien que le niveau de prévalence du VIH/SIDA soit relativement faible au Mali par rapport à la sous-région, il est nécessaire de prendre des mesures urgentes pour éviter toute augmentation. Cela nécessite l'amélioration de l'éducation des populations dans ce domaine à travers, entre autres, des campagnes de sensibilisation et des actions de promotion des moyens de protection contre cette pandémie.
Au Mali, le Programme national de lutte contre le SIDA (PNLS) repose sur l'engagement politique le plus élevé, étant coordonné par la Présidence de la République et exécuté par beaucoup de départements ministériels dont le Ministère de la Santé.
En effet, le Plan sectoriel 2005-2009 de la santé portant sur la lutte contre le VIH/SIDA vient d'être validé. Il prévoit des actions dans le domaine de la prévention de la transmission mère - enfant du VIH (PTME) dont le financement se fera à travers le Budget d'Etat et sur l'apport des partenaires techniques et financiers.

Le PNLS vise, entre autres, à :

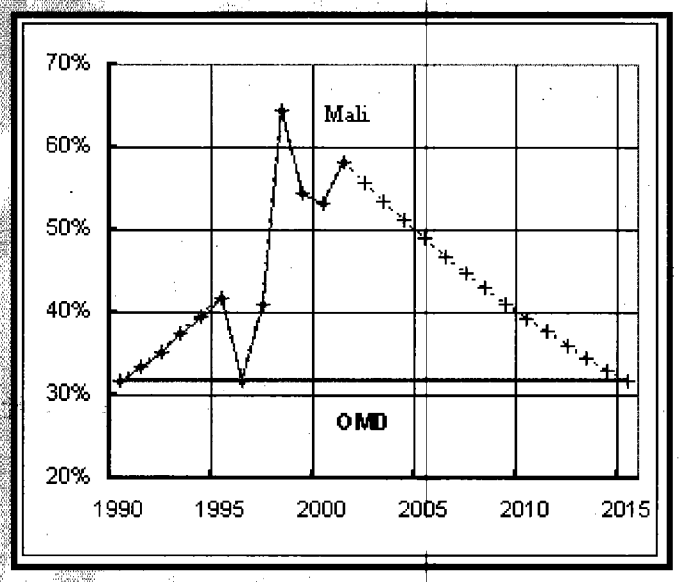
- prévenir la transmission dans la population dans son ensemble, avec un accent particulier sur les groupes cibles les plus vulnérables, notamment en empêchant la transmission mère – enfant ;
- améliorer la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH et alléger le poids de l'impact sur les familles affectées et sur la communauté ;
- réduire l'impact sur les services de santé ;
- instaurer un environnement éthique et juridique favorable au respect des droits de la personne.

Les actions déjà entreprises dans le cadre du PNLS seront bientôt renforcées par le démarrage, courant 2004, d'un projet multisectoriel d'appui à la lutte contre le VIH/SIDA, d'un coût de 25 millions USD (soit plus de 13 milliards de FCFA), financés par la Banque Mondiale. Le projet "VIH/SIDA MAP" va permettre l'élaboration d'un ensemble de documents stratégiques dont :

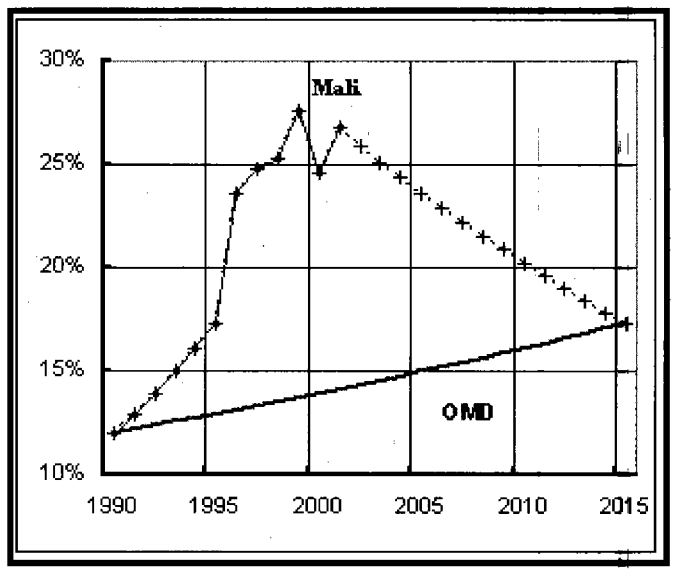
- le nouveau dispositif institutionnel de lutte contre le SIDA au Mali qui prévoit, entre autres, un Haut Conseil National de Lutte contre le SIDA (HCNLS) mis en place par Décret 01 598/P-RM du 21 décembre 2001;
- la déclaration de politique nationale de lutte contre le VIH/SIDA, conformément à la nouvelle approche multisectorielle ;
- les plans d'actions sectoriels quinquennaux (2005-2009) au niveau de certains départements ministériels clés et le Plan d'action global au niveau national.

Les autres grandes maladies comme le paludisme, la tuberculose, la lèpre, la dracunculose, etc., font l'objet de programmes spécifiques de lutte et d'éradication, avec l'appui de divers partenaires techniques et financiers. Le VIH/Sida aurait occasionné la recrudescence de la tuberculose, amplifiant du coup l'ampleur de cette maladie. La lutte contre le paludisme passe aussi par la promotion de mesures préventives telles que l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticides et par des mesures d'assainissement telles que l'évacuation des eaux usées et le traitement des gîtes larvaires.

**Graphique 2.6.1. Taux de mortalité liée au paludisme**




**Graphique 2.6.2. Taux de décès lié à la tuberculose**




Au regard des deux graphiques, il apparaît que des efforts importants restent à faire en matière de lutte contre le paludisme et la tuberculose pour stopper la tendance actuelle qui semble être, malheureusement, à l'augmentation dans les deux cas.

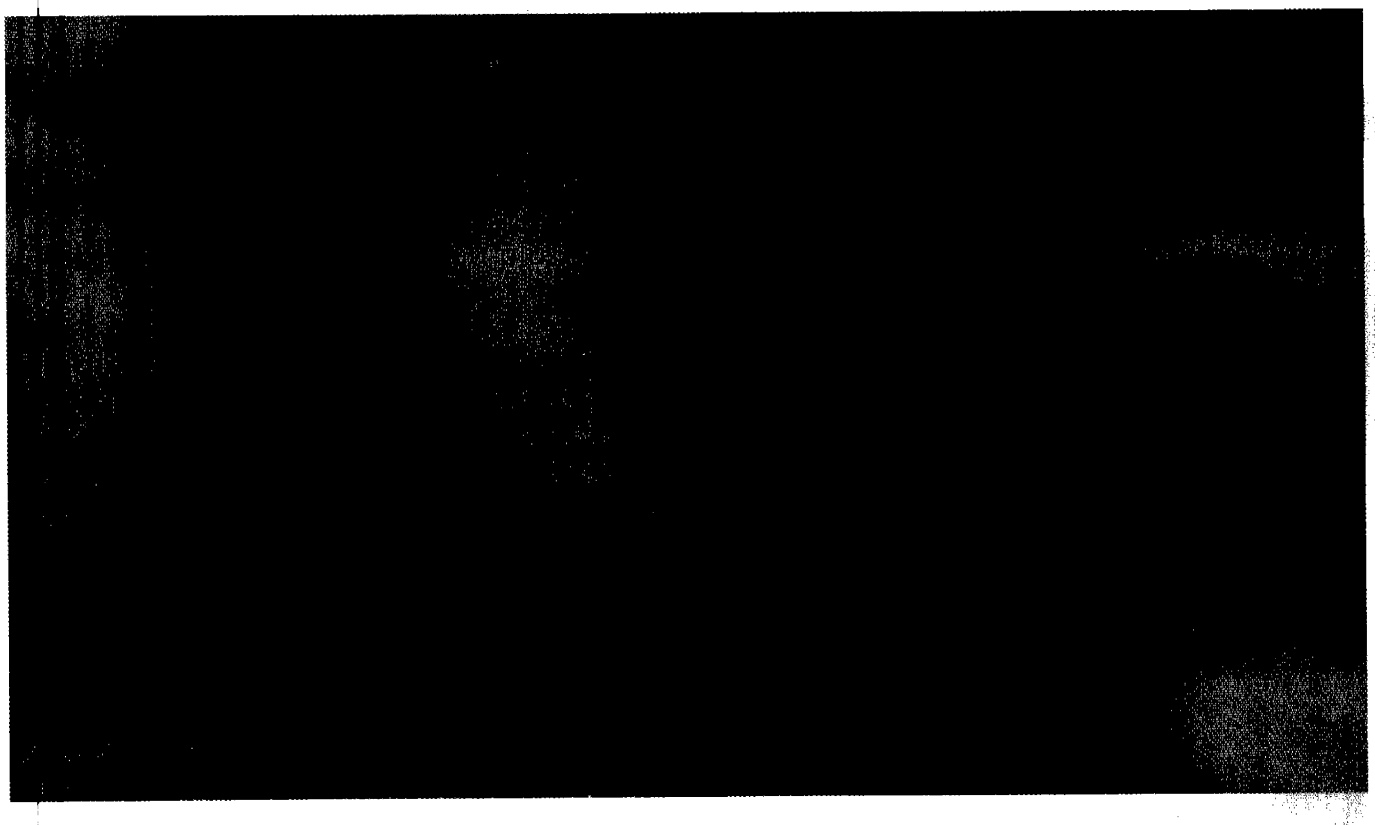
**L'atteinte de l'objectif consistant à enrayer, d'ici 2015, la propagation du VIH/SIDA, du paludisme et d'autres grandes maladies et commencer à inverser les tendances actuelles, dépendra non seulement des politiques et stratégies mises en place par le Gouvernement, mais aussi du changement rapide des comportements des populations maliennes vis à vis de ces maladies ainsi que des progrès réalisés par la médecine, au niveau international, dans la mise au point des vaccins et autres médicaments, à des prix accessibles pour les malades, contre ces fléaux. C'est dire toute l'incertitude qui plane sur l'atteinte de cet objectif d'ici 2015.**

### 2.6.2. Défis à relever pour atteindre l'objectif de lutte contre le VIH/SIDA et les autres maladies

Face à l'incertitude d'atteindre l'objectif de lutte contre la maladie, un certain nombre de défis sont à relever :

- des stratégies novatrices en matière d'accès aux traitements et de changement des comportements face à ces maladies ;
- des efforts dans la recherche de vaccins et de médicaments plus efficaces ;
- la réussite de la déconcentration/décentralisation et du transfert des ressources aux Collectivités ;
- l'adhésion des partenaires au développement aux politiques nationales de santé et du développement social du Gouvernement.

## 2.7. Objectif 7. ASSURER UN ENVIRONNEMENT DURABLE



### 2.7.1. Progrès réalisés dans la protection de l'environnement, l'approvisionnement en eau potable et l'accès aux logements économiques et sociaux au Mali

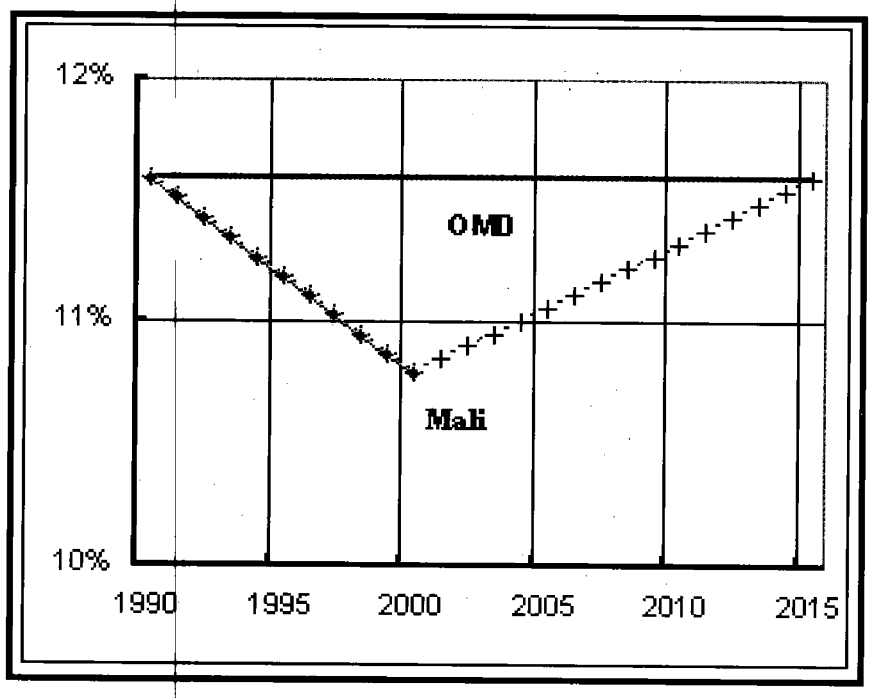
L'absence de données sur la plupart des indicateurs retenus au niveau de cet objectif ne permet pas de faire ressortir, de façon claire, l'évolution de la tendance dans le domaine de la gestion de l'environnement.

Cependant, sur le plan institutionnel et réglementaire, le Mali s'est doté d'un cadre approprié de gestion des questions environnementales :

- Secrétariat technique permanent de gestion des questions environnementales chargé de la mise en œuvre des différentes conventions sur la Désertification et la Biodiversité ratifiées par le Mali ;
- Programme national d'action environnementale (PNAE) ;
- Direction nationale chargée de lutter contre les pollutions et les nuisances ;
- Décret instituant en 1999 l'Etude d'impact environnementale, etc.).

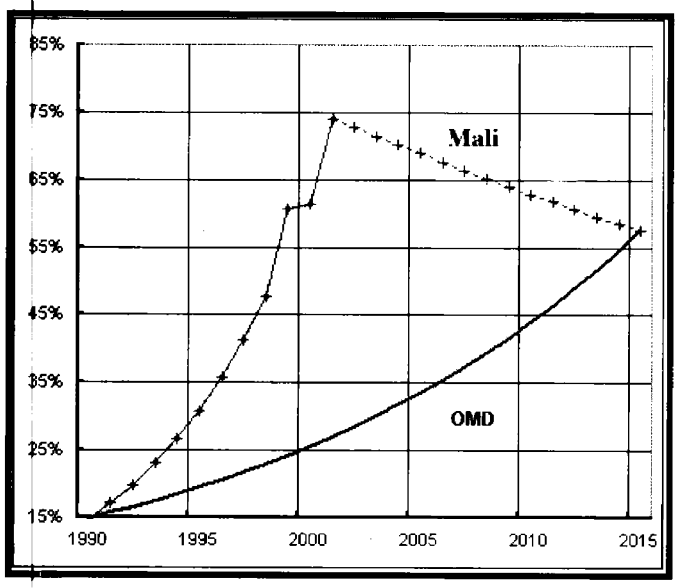
Toutefois, en ce qui concerne les ressources forestières, selon des données très parcellaires dont on dispose, on assiste, sous l'effet conjugué de la pression démographique et de la désertification, à une dégradation de la situation. En effet, si en 1990, la proportion des zones forestières représentait 11,6% de la superficie totale du pays, en 2000 on a estimé que seulement 10,8% de l'étendue du pays était couverte de forêts. Ainsi, la tendance nationale est en train de s'écarter dangereusement de l'évolution souhaitée par l'OMD. Aussi, mérite t–elle d'être rapidement freinée et inversée, ou au moins stabilisée d'ici l'horizon 2015.

**Graphique 2.7.1. Evolution de la proportion des zones forestières par rapport à l'étendue totale du pays (en %)**

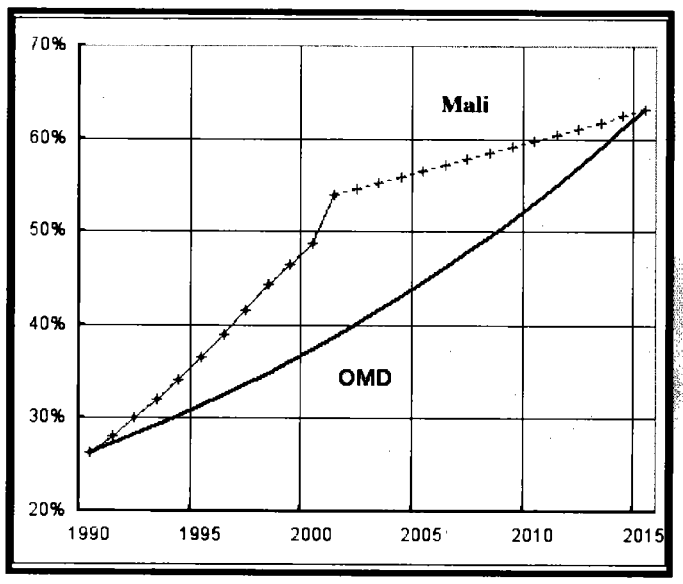



En revanche, concernant la mise en valeur des ressources en eau on note des progrès importants dans l'accès des populations, tant en milieu urbain que rural, à des sources d'eau potable. En effet, entre 1991 et 2002, la proportion de la population rurale ayant accès à une source d'eau meilleure (robinet, borne fontaine, forage, puits à grand diamètre) est passée de 38,0% à 54,1%. La progression a été plus importante en milieu urbain car ce pourcentage est passé de 36,0% en 1991 à 83,2% en 2002.

**Graphique 2.7.2.**
**% population urbaine ayant accès eau potable**




**Graphique 2.7.3.**
**% population rurale ayant accès eau potable**




En outre, la **Carte de l'Eau** récemment établie, révèle que sur la base d'un (1) point d'eau moderne pour 400 habitants, le taux de couverture en milieu rural est estimé à **62,0%** en 2003. Ainsi, ce sont environ 6.224 villages/fractions ou sites pastoraux qui bénéficient d'une source d'eau potable. Cependant, les besoins demeurent encore élevés, car lors de la Table Ronde sur le CSLP tenue les 30-31 mars 2004 à Genève, on a estimé que plus de 2.226 villages maliens n'ont pas encore accès à l'eau potable de qualité, car dépourvus de points d'eau modernes. Le Mali et ses partenaires au développement se sont engagés à réduire de moitié ce nombre (soit de 1.113 villages) d'ici 2015. A cet effet, le Gouvernement, à travers le Département chargé de l'eau, a élaboré un Plan national d'accès à l'eau potable (PNAEP) sur la période 2004-2015 qui vise à porter le taux de couverture des besoins en eau potable en milieu rural à **70%** en 2010 et à **75%** en 2015, tout en améliorant sensiblement les performances du sous-secteur (diminution du taux de panne des installations d'eau potable). Ce Plan, assorti d'un programme d'investissement, sera le document de base de la consultation sectorielle sur l'eau potable prévue en décembre 2004 à Bamako.

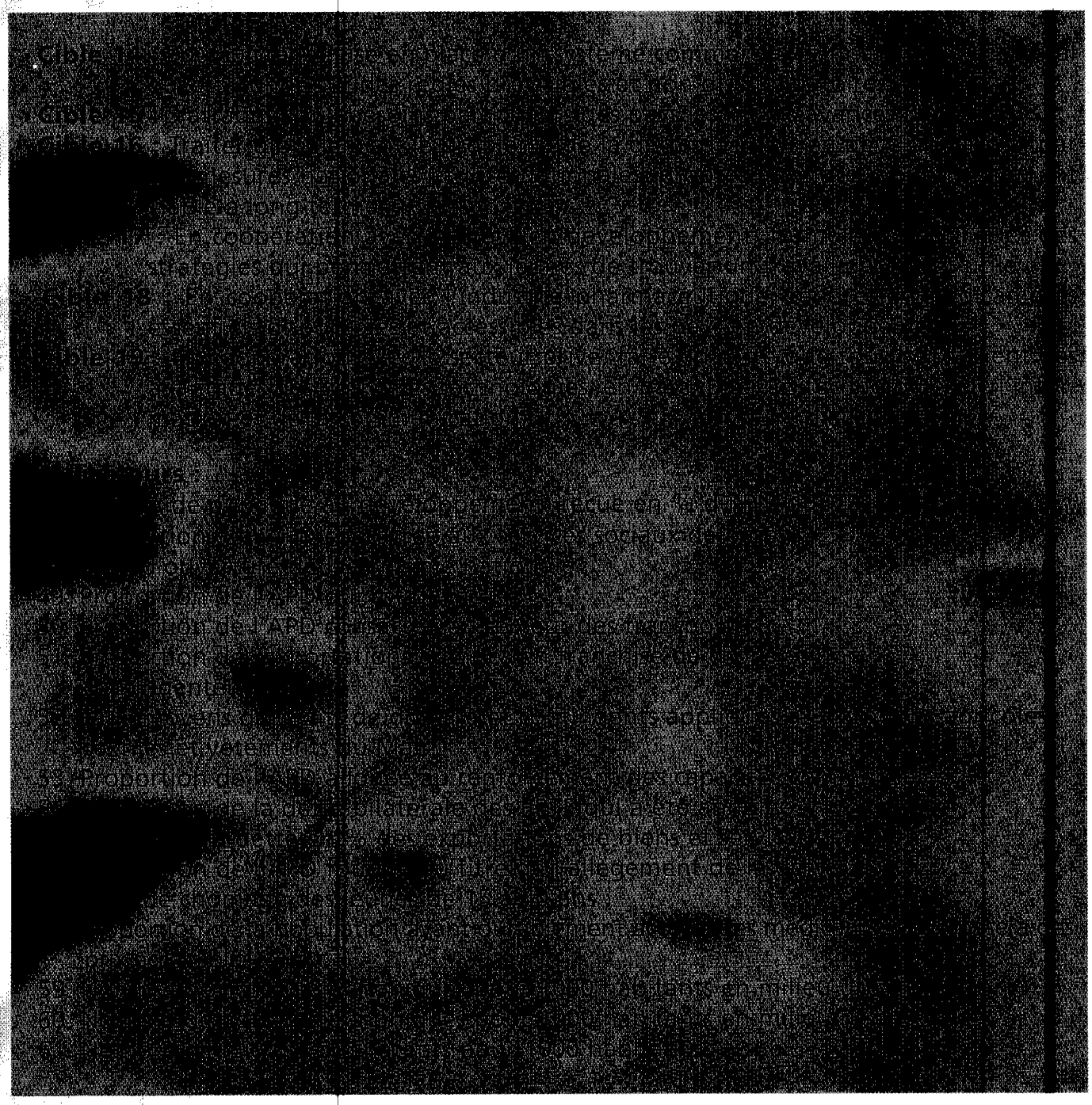
**Compte tenu des progrès sensibles réalisés en matière d'approvisionnement en eau potable au cours des trois dernières décennies par le Mali avec l'appui de ses partenaires au développement et vu les actions en perspective dans ce sous-secteur, l'espoir peut être permis pour l'atteinte de l'OMD en 2015 en ce qui concerne l'approvisionnement en eau potable.**

### 2.7.2. Défis à relever pour la protection de l'environnement, l'approvisionnement en eau potable et l'accès aux logements économiques et sociaux

En ce qui concerne l'alimentation en eau potable, si la tendance actuelle se poursuit, il devra être facile pour le Mali de réduire au moins de moitié d'ici à 2015 (soit de **38%** à **19%**), le pourcentage de la population n'ayant pas accès, de façon durable, à un approvisionnement en eau potable. Pour relever ce défi, le Gouvernement du Mali compte mettre en œuvre les mesures suivantes :

- élaboration et adoption d'un Plan national d'accès à l'eau potable, pour la période 2004-2015, visant la réalisation de 10.000 nouveaux points d'eaux modernes, prioritairement, dans les zones non encore desservies ;
- création prochaine, de l'Agence malienne de l'eau potable, en partenariat avec la Banque africaine de développement dans le cadre de sa "Politique de gestion intégrée des ressources en eau" en Afrique ;
- mobilisation des financements nécessaires auprès des partenaires au développement.

# 2.8. Objectif 8. METTRE EN PLACE UN PARTENARIAT MONDIAL POUR LE DÉVELOPPEMENT



Il convient d'abord de rappeler que le huitième OMD, qui concerne le partenariat global pour le développement, s'adresse surtout aux pays industrialisés, au niveau mondial. Cependant, il est important pour les pays en développement, dont le Mali, de s'intéresser à sa mise en œuvre par les pays industrialisés à travers des paramètres qui permettent d'apprécier ses retombées sur les économies des pays en développement. C'est ainsi que lors de l'Atelier de lancement des OMD au Mali, tenu en décembre 2003, certaines cibles et plusieurs indicateurs liés au huitième OMD ont été revus et adaptés au contexte malien, afin de permettre "un suivi par ricochet" de cet OMD.

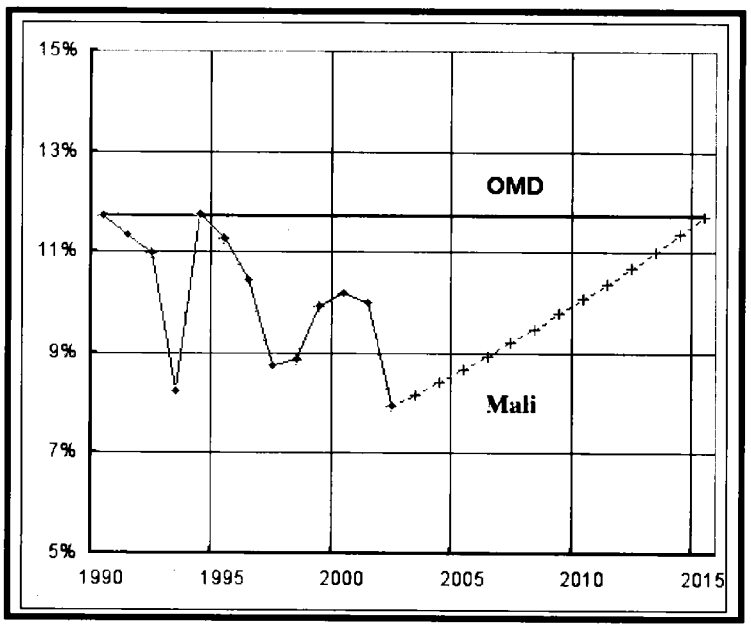
### 2.8.1. Progrès réalisés dans la mise en place d'un partenariat pour le développement au Mali

Au plan économique et financier, le Mali a entrepris depuis 1982, avec l'appui des institutions de Bretton Woods, des programmes d'ajustement structurels (PAS) visant à rétablir les équilibres macroéconomiques, la viabilité des finances publiques et à faire du secteur privé le moteur de la croissance.

Le Mali a élaboré et adopté en mai 2002 son Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté (CSLP) qui constitue désormais le cadre unique de référence pour un horizon de moyen terme (2002 – 2006) et le document de négociation avec les partenaires techniques et financiers.

Les efforts dans l'application et la mise en œuvre des réformes axées sur la réduction de la pauvreté, ont permis au Mali de bénéficier de l'attention constante de la Communauté internationale, malgré la tendance à la baisse, constatée ces dernières années, de l'aide publique au développement (APD) aussi bien bilatérale que multilatérale.
Ainsi, entre 1993 et 2002 l'aide publique au développement (APD) reçue par le Mali a représenté, en moyenne annuelle, environ 10% de son Produit Intérieur Brut (PIB), avec un pic de 11,7% observé en 1994 pour faire face au choc de la dévaluation de 50% du franc CFA.

**Graphique 2.8.1. Evolution de l'ADP reçue par le Mali en % de son PIB courant**




Par ailleurs, le Mali est devenu, en mars 2003, le 7ème pays à atteindre son point d'achèvement dans le cadre de l'Initiative renforcée Pays pauvres très endettés (PPTE) après la Bolivie, le Burkina Faso, la Mauritanie, le Mozambique, la Tanzanie et l'Ouganda. Il a bénéficié, à ce titre, d'un allègement important de sa dette extérieure.

Les ressources ainsi libérées grâce à cette initiative sont allouées aux secteurs sociaux prioritaires et

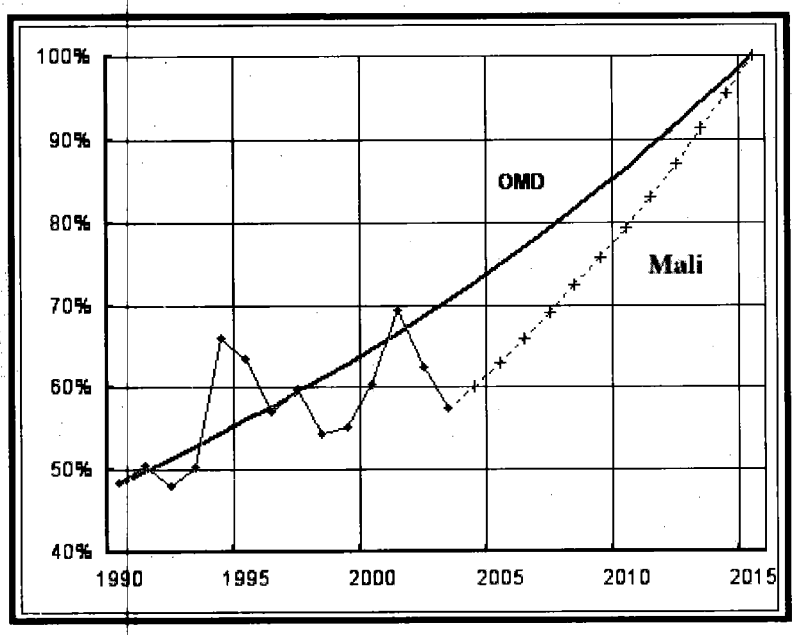
aux activités de réduction de la pauvreté, définis dans le CSLP. En effet, au cours de la période 1993-2002, environ 60% de l'APD reçue par le Mali a été consacrée aux services sociaux de base.

Au plan international, l'évolution du contexte mondial se caractérise ces dernières décennies, sous la houlette de l'Organisation Mondiale du Commerce (OMC), par une série de mesures visant à réduire les barrières tarifaires et les entraves au libre échange, accélérant ainsi les phénomènes de libéralisation des échanges et de globalisation des économies. Ceci est accompagné et facilité par un développement prodigieux des nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC).

Le Mali participe à ce désarmement tarifaire dans le cadre de l'intégration sous-régionale (UEMOA) et régionale (CEDEAO) et conformément aux Accords multilatéraux de l'Organisation Mondiale du Commerce (OMC) dont il est membre depuis le 31 mai 1995. A ce titre, le premier examen de la politique commerciale du Mali par le Conseil Général de l'OMC a eu lieu en 1998 et le second en juin 2004.

En conséquence, le taux d'ouverture de l'Economie nationale (Export+Import/PIB) ne cesse de s'améliorer : au cours de la période 1990-2003, il peut être estimé à 57,3% en moyenne annuelle.

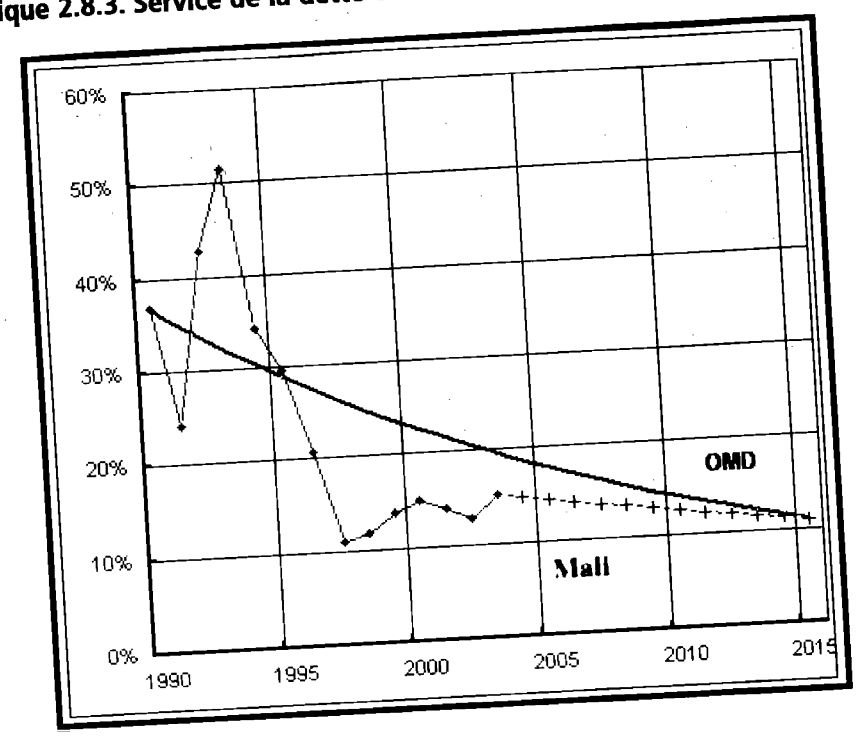
**Graphique 2.8.2. Taux d'ouverture de l'Economie nationale (Export+Import)/PIB (en %)**




Les entraves et contraintes à une plus grande insertion du Mali dans l'économie mondiale se situent plus du côté de l'offre, le Mali éprouvant de sérieuses difficultés à promouvoir ses exportations. La nouvelle politique commerciale devra viser cette promotion dans l'espace sous régional (UEMOA) et régional (CEDEAO) et au-delà, ainsi qu'une meilleure exploitation des filières porteuses e.g. le textile, les peaux et cuirs, la viande, les fruits et légumes, le sel gemme, etc.

En outre, les progrès accomplis dans la réduction de la dette extérieure à travers l'Initiative PPTE et l'amélioration de la balance commerciale ont permis de diminuer de plus de moitié le niveau du ratio "service de la dette en % des exportations de biens et services" en le ramenant de 36,8% en 1990 à environ 15,2% en 2003. Toutefois, sur l'ensemble de cette période, près du quart (24%) des recettes d'exportation du Mali ont été consacrées au paiement du service de la dette extérieure. Ce qui prive le pays d'importantes ressources nécessaires à son développement et par conséquent à la lutte contre la pauvreté.

**Graphique 2.8.3. Service de la dette en % des exportations de biens et services**




Enfin, il faut noter qu'en dépit des efforts consentis ces dernières années, le Mali demeure encore un pays sous équipé en matière de zones industrielles viabilisées, d'infrastructures de transports et de télécommunication ainsi que de nouvelles technologies de l'information.

**Vu les blocages observés dans les négociations au niveau de l'Organisation Mondiale du Commerce (OMC) et le grand écart du niveau de développement qui sépare le Nord et le Sud, il serait très difficile de parvenir à un réel partenariat mondial pour le développement d'ici 2015.**

# 3. Défis à relever pour un réel partenariat mondial pour le développement

Face au risque d'absence d'un réel partenariat mondial pour le développement, il importe que les questions suivantes soient adressées :

- l'abolition (ou au moins la révision) des subventions agricoles consenties par les pays industrialisés à leurs producteurs et mise en œuvre d'un « commerce équitable » ;
- l'amélioration de l'accès des produits des pays en développement aux marchés des pays industrialisés ;
- la mobilisation de nouveaux financements (taxe TOBIN, Facilité financière internationale, Millenium Challenge Account - MCA, etc.) en faveur des pays en développement ;
- les stratégies novatrices (**post PPTE**) en matière de désendettement durable des pays en développement ;
- la mise en œuvre du Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique (NEPAD) et la concrétisation d'un réel partenariat participatif et mutuellement responsable entre l'Afrique et les pays industrialisés.

# Conclusion

Issus du Sommet Mondial du Millénaire qui a renouvelé les engagements pris par la Communauté internationale pour " un Monde meilleur pour tous ", les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) constituent un cadre d'orientation et un plaidoyer pour la promotion d'une vision à long terme du développement (horizon 2015). Ils contribuent également, au renforcement des capacités nationales (y compris celles de la société civile), à la promotion des partenariats et au suivi – évaluation des politiques et stratégies de développement.

Ce premier rapport de suivi de la mise en œuvre des OMD au Mali s'inscrit dans cette démarche et a permis de dégager les enseignements suivants :

1) le Gouvernement du Mali, en exprimant sa volonté de faire de la lutte contre la pauvreté la priorité de toutes les priorités de développement, à travers l'élaboration et l'adoption en mai 2002 du Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté (CSLP), a créé un environnement propice à la mise en œuvre des OMD au Mali ;

2) des efforts restent à faire pour une plus grande disponibilité des statistiques relatives aux indicateurs des OMD. Ainsi, des 61 indicateurs retenus, seulement 34 ont pu être quantitativement analysés ;

3) toutefois, au rythme actuel de mise en œuvre des politiques et stratégies, d'exécution des programmes et projets de développement, le Mali a très peu de chance d'atteindre tous les OMD à l'horizon 2015. Cependant, dans certains domaines (autosuffisance alimentaire, scolarisation primaire universelle, accès à l'eau potable), l'espoir est permis à condition que les efforts déjà entrepris soient maintenus et même intensifiés ;

4) aussi, afin de lui permettre d'assurer un "Mali meilleur pour tous" en 2015, le Gouvernement devra veiller au renforcement des capacités des acteurs nationaux concernés par la mise en œuvre et le suivi des OMD, et au financement de ses politiques, stratégies, programmes et projets de développement.

Ces constats corroborent certaines des recommandations faites lors de l'Atelier de lancement des OMD au Mali, en décembre 2003, notamment :

- le renforcement des capacités d'intervention des services techniques chargés du système d'informations en matière de collecte, de traitement, d'analyse et de diffusion des statistiques nécessaires à l'élaboration des cibles et indicateurs des OMD ;
- le renforcement des capacités des structures centrales et sectorielles, régionales et locales de planification et de statistique ;
- le renforcement des capacités des acteurs non étatiques en matière d'information et de communication ;
- la fixation de la périodicité de production du rapport de suivi des OMD au Mali à trois (3) ans : le premier en 2004, le second en fin 2006 qui correspond à l'horizon du CSLP ;
- la mise en œuvre de la Déclaration de Rome sur l'harmonisation des procédures en vue d'une mobilisation accrue des ressources de l'aide publique au développement pour l'atteinte des OMD à l'horizon 2015.

Enfin, le Mali doit consolider, en rapport avec le PNUD, le dispositif institutionnel d'ancrage et de suivi des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) autour du Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté (CSLP), afin de poursuivre la campagne médiatique de sensibilisation autour de ces objectifs.

# Références bibliographiques et documentaires


***Banque mondiale*** (2004) : Partenariat Mali – Banque mondiale 2003

***Cellule CSLP*** (2004) : Rapport de première année de mise en oeuvre du Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté (CSLP)

***Cellule CSLP*** (2002) : Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté (CSLP) final

***CSP/Education*** : Annuaires Statistiques de l'Education Nationale

***CPS/Santé*** (2004): Note technique sur le 1er Rapport de suivi de mise en œuvre des OMD au Mali, novembre

***CPS/Santé-DNSI*** : Enquêtes Démographique et de Santé (EDSM-I 1987, EDSM-II 1995-1996, EDSM-III 2001)

***DNSI (2003)*** : Rapport de synthèse des résultats définitifs de l'Enquête Malienne d'Evaluation de la Pauvreté (EMEP 2001)

***DRI*** (2003) : Bulletin du PRC PPTE et du PRC CEP : Stratégies de financement du développement

***FMI*** (2003) : Finances et Développement : "Assurer son avenir : agir vite pour atteindre les Objectifs de Développement du Millénaire"

***Groupe des Nations Unies pour le développement*** (2001) : Rapports nationaux relatifs aux objectifs du Millénaire pour le développement – Une note directive, décembre

***Ministère de la Santé*** : Plan Stratégique de la Santé de la Reproduction 2004-2008, janvier 2004.

**ODHD** : Rapports Nationaux sur le Développement Humain Durable au Mali (1997, 1999, 2000, 2003)

***PNUD*** (2003) : Rapport de l'Atelier méthodologique et de lancement de la préparation du Rapport, Bamako 15 – 16 décembre 2003

***PNUD*** (2003) : Rapport mondial sur le développement humain 2003 – Les objectifs du Millénaire pour le développement: Un pacte entre les pays pour vaincre la pauvreté humaine, Ed. Economica, Paris

***United Nations development group*** (2003) : Country reporting on the millennium development goals – second guidance note, October, **http://milleniumindicators.un.org/unsd/mifre/mi_goals.asp**

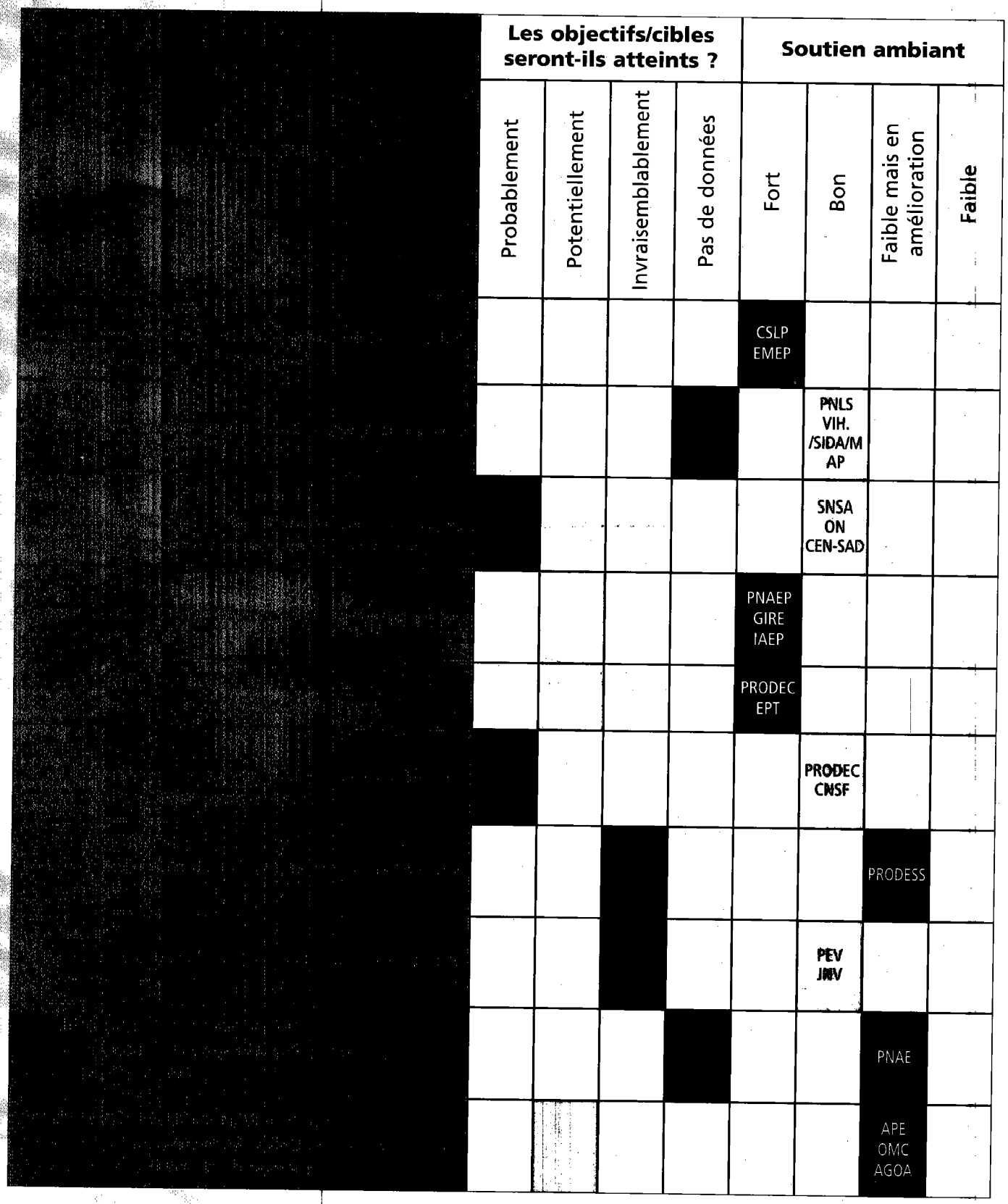
# Annexes

## Annexe 1. Tableau récapitulatif des OMD – Mali (cibles et indicateurs convenus pour le Mali)

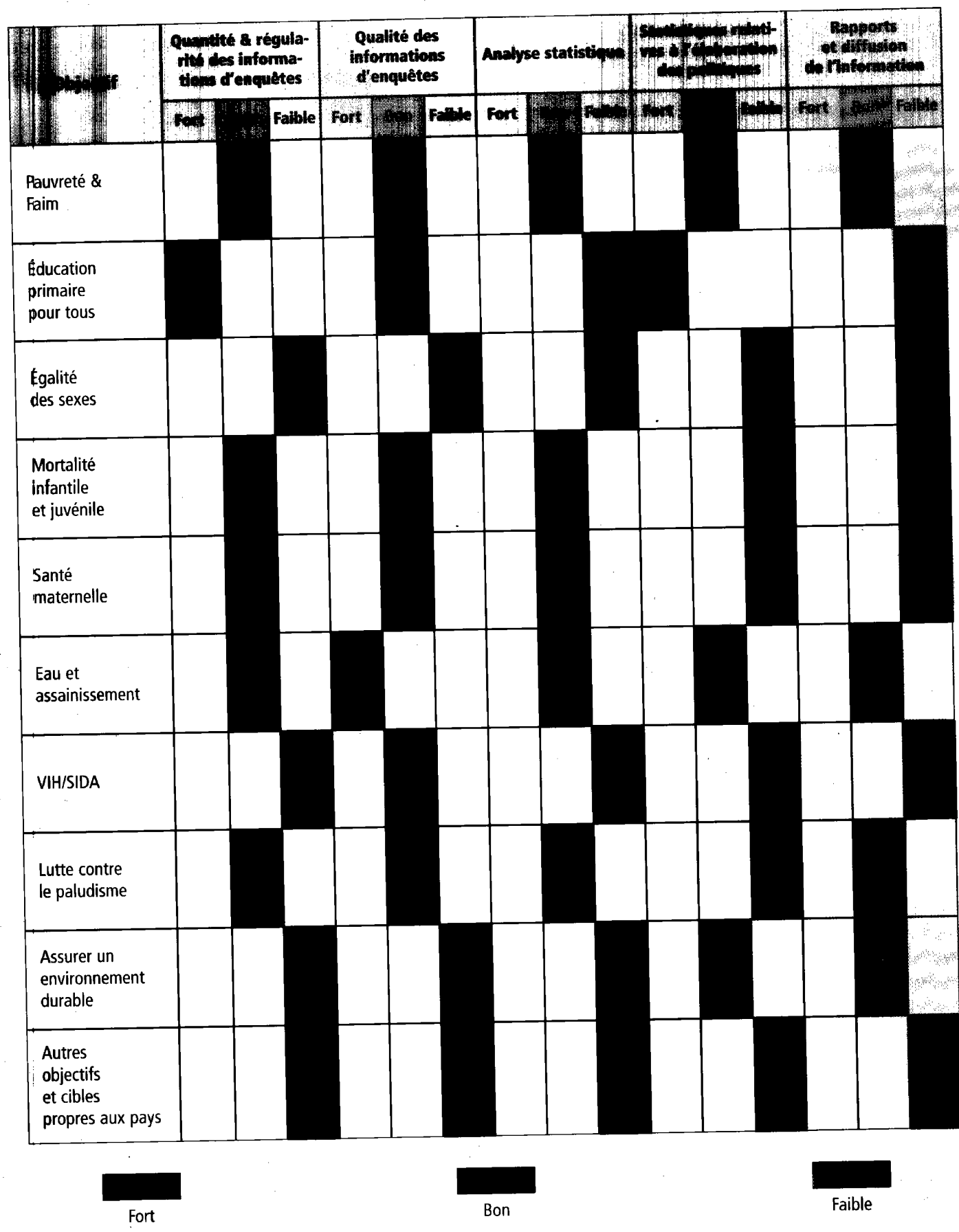
| N° | OBJECTIFS | CIBLES | INDICATEURS |
|---|---|---|---|
| I | **Objectif 1 : Eliminer l'extrême pauvreté et la faim :** | **Cible 1 :** Réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population (hommes- femmes) dont le revenu est inférieur au seuil de la pauvreté ; | **1.** *Proportion de la population disposant d'un revenu inférieur au seuil de la pauvreté par sexe et par milieu ;*<br>**2.** Indice d'écart de la pauvreté (incidence x degré de la pauvreté) ;<br>**3.** Part du 1/5 le plus pauvre de la population dans la consommation nationale. |
| | | **Cible 2 :** Réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population (hommes – femmes) souffrant de la faim ; | **4.** Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans présentant une insuffisance pondérale ;<br>**5.** Proportion de la population n'atteignant pas le niveau minimal d'apport calorifique;<br>**6.** *Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans présentant une malnutrition chronique (taillerage) ou retard de croissance.* |
| II | **Objectif 2 : Assurer l'éducation primaire pour tous d'ici l'an 2015 :** | **Cible 3 :** D'ici 2015, donner à tous les enfants, filles et garçons, partout dans le monde, les moyens d'achever un cycle complet d'études primaires ; | **7.** Taux net de scolarisation dans le primaire ;<br>**8.** Proportion d'écoliers commençant la 1ère année d'études dans l'enseignement primaire et achevant la 5ème année ;<br>**9.** *TBS par sexe et par région ;*<br>**10.** *TBI par sexe et par région ;*<br>**11.** *Part du Budget d'Etat allouée à l'éducation ;*<br>**12.** *Part de l'éducation de base dans le budget allouée à l'éducation ;*<br>**13.** *Taux d'efficacité interne du système éducatif malien.* |
| | | **Cible 4 :** *Donner un minimum éducatif aux enfants de 9 à 18 et aux adultes de 18 à 24 ans.* | **14.** *Taux d'alphabétisation des 15 à 24 ans par sexe.* |
| III | **Objectif 3 : Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes :** | **Cible 5 :** Eliminer les disparités entre les sexes dans l'enseignement primaire et secondaire, de préférence d'ici 2005 ; et à tous les niveaux de l'éducation au plus tard d'ici 2015. | **15.** Rapport filles – garçons dans l'enseignement primaire, secondaire et supérieur ;<br>**16.** Taux d'alphabétisation des femmes de 15 à 24 ans par rapport aux hommes. |
| | | **Cible 6 :** Réduire les disparités entre les sexes dans la vie économique et politique. | **17.** Pourcentage des femmes salariées dans le secteur non agricole ;<br>**18.** *Pourcentage de femmes salariés dans le secteur privé ;*<br>**19.** Proportion des sièges occupés par les femmes au Parlement national ;<br>**20.** *Proportion des sièges occupés par les femmes dans les instances de décision (Gouvernement, HCCT, CESC).* |
| IV | **Objectif 4 : Réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans :** | **Cible 7 :** Réduire de 2/3, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans. | **21.** Taux de mortalité infantile ;<br>**22.** Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans ;<br>**23.** Proportion des enfants de 1 an vaccinés contre la rougeole. |
| V | **Objectif 5 : Améliorer la santé maternelle :** | **Cible 8 :** Réduire de 3/4 , entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle. | **24.** Taux de mortalité maternelle ;<br>**25.** Proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié ;<br>**26.** *Indice synthétique de fécondité ;*<br>**27.** *Taux de prévalence contraceptive ;*<br>**28.** *Pourcentage des femmes en âge de procréer excisées ;*<br>**29.** *Besoins obstétricaux non couverts.* |
| | | | |

| N° | OBJECTIFS | CIBLES | INDICATEURS |
|---|---|---|---|
| VI | **Objectif 6 : Combattre le VIH/SIDA, le paludisme et d'autres maladies :** | **Cible 9 :** D'ici à 2015, enrayer la propagation du VIH/SIDA et commencer à inverser la tendance actuelle ; | **30.** Prévalence de séropositivité dans la population totale ;<br>**31.** Taux de séropositivité des femmes enceintes de 15 à 24 ans ;<br>**32.** Taux d'utilisation d'un préservatif lors du dernier rapport sexuel à risque ;<br>**33.** Taux de scolarisation des orphelins du SIDA en % des autres enfants. |
| | | **Cible 10 :** D'ici à 2015, enrayer la propagation du paludisme et d'autres grandes maladies et commencer à inverser la tendance actuelle. | **34.** Taux de mortalité lié au paludisme ;<br>**35.** Cas de paludisme ;<br>**36.** Taux de décès liés à la tuberculose ;<br>**37.** Cas de tuberculose. |
| VII | **Objectif 7 : Assurer un environnement durable :** | **Cible 11 :** Intégrer les principes du développement durable dans les politiques nationales et internationales et inverser la tendance actuelle à la déperdition des ressources environnementales. | **38.** Proportion des zones forestières ;<br>**39.** Superficie des aires protégées pour préserver la biodiversité ;<br>**40.** PIB par unité d'énergie consommée (rendement énergétique) ;<br>**41.** *Evolution des superficies cultivables (arables).* |
| | | **Cible 12 :** Réduire de _, d'ici l'an 2015, le pourcentage de la population n'ayant pas accès, de façon durable, à un approvisionnement en eau potable. | **42.** Proportion de la population en milieu rural ayant accès à une source d'eau meilleure (robinet, borne fontaine, forage, puits à grand diamètre) ;<br>**43.** Proportion de la population en milieu urbain ayant accès à une source d'eau meilleure (robinet, borne fontaine, forage, puits à grand diamètre). |
| | | **Cible 13 :** *Faciliter l'accès, au plus grand nombre de ménages, à des logements économiques et sociaux.* | **44.** *Nombre de logements économiques et sociaux construits par an ;*<br>**45.** *Pourcentage de la population ayant accès aux crédits – logements.* |
| VIII | | **Cible 14 :** Poursuivre la mise en place d'un système commercial et financier multilatéral ouvert, fondé sur des règles prévisibles et non discriminatoires, (….). | **46.** *APD reçue en % du PIB du Mali ;*<br>**47.** *Proportion de l'APD consacrée aux services sociaux de base ;*<br>**48.** *Taux d'ouverture de l'Economie nationale.* |
| | | **Cible 15 :** S'attaquer aux besoins particuliers des pays les moins avancés (PMA). | **49.** Proportion de l'APD qui est déliée ;<br>**50.** Proportion de l'APD consacrée au secteur des transports ;<br>**51.** Proportion des exportations (…) admises en franchise de droits et hors contingentements ;<br>**52.** Taux moyens de droits de douane et contingents appliqués aux produits agricoles, textiles et vêtements ;<br>**53.** Proportion de l'APD allouée au renforcement des capacités commerciales. |
| | | **Cible 16 :** Traiter globalement le problème de la dette des pays en développement par des mesures nationales et internationales, propres à rendre leur endettement viable à long terme. | **54.** Proportion de la dette bilatérale des PPTE qui a été annulée ;<br>**55.** Service de la dette en % des exportations de biens et services ;<br>**56.** Proportion de l'APD fournie au titre de l'allègement de la dette. |
| | | **Cible 17 :** En coopération avec les pays en développement, formuler et appliquer des stratégies qui permettent aux jeunes de trouver un travail décent et utile. | **57.** *Taux de chômage des jeunes de 10 à 40 ans !* |
| | | **Cible 18 :** En coopération avec l'industrie pharmaceutique, rendre les médicaments essentiels disponibles et accessibles dans les pays en développement. | **58.** Proportion de la population ayant durablement accès à des médicaments de base à des prix accessibles. |
| | | **Cible 19 :** En coopération avec le secteur privé, faire en sorte que tous bénéficient des avantages des nouvelles technologies, en particulier les technologies de l'information et de la communication. | **59.** Nombre de lignes téléphoniques pour 1000 habitants en milieu urbain ;<br>**60.** Nombre de lignes téléphoniques pour 1000 habitants en milieu rural ;<br>**61.** Nombre de micro – ordinateurs pour 1000 habitants. |

## Annexe 2. Situation nationale en un clin d'œil : OMD – atteints, soutien ambiant



# Annexe 3. Capacités de suivi – évaluation des OMD au Mali



# Annexe 4. Note méthodologique

## 1. Méthode d'estimation de la valeur de l'indicateur en 1990 :

Si la série des données commence à une date t et termine à une date t+$\theta$ où t est comprise entre 0 et t+$\theta$ , alors la valeur de l'indicateur en 1990 (qui n'est pas alors disponible), notée $X_0$ est donnée par :

$$X_0 = X_t \left( \frac{X_{t+\theta}}{X_t} \right)^{-\frac{t}{\theta}}$$ où

**t** : est le nombre d'années qui sépare 1990 de la première année après 1990 à partir de laquelle l'information est disponible (année t)

$\theta$ : est le nombre d'années qui sépare cette première année t de la dernière année où l'information est disponible (*année t* + $\theta$)

## 2. Tracé des courbes des indicateurs OMD comme objectifs et réalisations du Mali

Les courbes des indicateurs OMD et Mali ont la même valeur en 1990. ON remplit les tableaux des indicateurs de 1990 à 2015.

- Pour déterminer la courbe **OMD** entre 1990 et 2015, on applique à la valeur de l'indicateur en 1990, l'indice moyen de croissance, entre 1990 et 2015 :

$$\bar{I} = \left( \frac{X_{2015}}{X_0} \right)^{\frac{1}{25}}$$ pour obtenir les valeurs successives, d'année en année, de l'indicateur :

$$X_t = X_0 \, \bar{I}^t = X_0 \left( \frac{X_{2015}}{X_0} \right)^{\frac{t}{25}} \quad avec\ 0<t<25$$

- Pour la courbe Mali, l'indice est donné par :

• sur la période : $\overline{0,\ t+\theta}$ : $\bar{I} = \left( \frac{X_{t+\theta}}{X_0} \right)^{\frac{1}{t+\theta}}$ et les valeurs successives, d'année en année, de l'indicateur s'obtiennent :

√ si les données n'existent pas sur la période : $\overline{0,\ t+\theta}$ :

$$X_t = X_0 \, \bar{I}^t = X_0 \left( \frac{X_{t+\theta}}{X_0} \right)^{\frac{t}{t+\theta}} \quad avec\ 0<t<\theta$$

- sur la période : $\overline{t+\theta,\ 2015}$ : $\bar{I} = \left( \frac{X_{2015}}{X_{t+\theta}} \right)^{\frac{1}{25-(t+\theta)}}$ et les valeurs successives, d'année en année, de l'indicateur s'obtiennent :

$$X_{t4} = X_0 \, \bar{I}^{T4} = X_{T=\theta} \left( \frac{X_{t+\theta}}{X_0} \right)^{\frac{T4}{\acute{e}(65t+\theta^\circ}}$$

**3. Méthode de détermination de la valeur des indicateurs en 2015 :**
Pour chaque indicateur, les objectifs visés sont déterminés cible par cible de la manière suivante :

**Indicateurs 1 et 4**
√ le taux de 1990 est divisé par 2

**Indicateurs 7 à 10 et 14**
√ l'objectif est de 100%

**Indicateur 11**
√ il a été retenu l'objectif de 20% du budget de l'Etat conformément à l'initiative 20/20

**Indicateurs 15 et 16**
√ l'objectif est de 100%

**Indicateur 19**
√ il s'agit de la parité homme/femme dans le partage des sièges au Parlement national

**Indicateurs 21 et 22**
√ réduire les indicateurs de d'ici 2015 équivaut à diviser par 3 le niveau de 1990

**Indicateurs 23, 25 et 27**
√ réduire les indicateurs de $\alpha$ ($\alpha$= 2/3 pour l'indicateur 23 et $\alpha$=3/4 pour l'indicateur 27) d'ici 2015 équivaut à réduire de $\alpha$ leurs contraires.
Soit t la proportion d'enfants vaccinés, donc $\pi$=1-t la proportion d'enfants non vaccinés et $\alpha$ le taux de réduction de la proportion d'enfants non vaccinés :

On donne : $\frac{\pi_1}{\pi_0} - 1 = -\alpha \Leftrightarrow \frac{1-t_1}{1-t_0} = 1-\alpha$ où les indices 1 et 0 se réfèrent à 2015 respectivement 1990

Soit donc $t_1 = 1 - (1 - \alpha)(1 - t_0)$
En remplaçant a par sa valeur, on obtient le niveau des indicateurs en 2015

**Indicateurs 24, 26, 28 et 29**
√ réduire les indicateurs des 3/4 d'ici 2015 équivaut à diviser par 4 le niveau de 1990

**Indicateurs 34, 36 et 37**
√ pour enrayer la propagation de ces indicateurs d'ici 2015, il ne faut pas que le niveau de 2015 dépasse celui de l'année du plus faible niveau historiquement observé (compte non tenu des extrapolations pour les années où l'information n'était pas disponible)

**Indicateur 38**
√ la valeur cible est le niveau de 1990, l'indicateur étant supposé s'être dégradé depuis

**Indicateurs 42 et 43**
√ la valeur cible est le taux d'accès de 1990 augmenté de la moitié des n'ayant pas accès

**Indicateurs 46, 47 et 49**
√ la valeur cible est la situation de 1990.

**Indicateur 48**
√ la valeur cible est le taux de 100%, supposé refléter l'ouverture totale de l'économie nationale

**Indicateur 52**

√ le taux TEC (Tarif extérieur commun de l'UEMOA) de22,5% est pris pour cible

**Indicateurs 54**

√ la valeur cible a été fixée à 0.75

**Indicateurs 55**

√ la valeur cible est le taux minimum sur la période considérée, 1990 à 2003

**Indicateur 59**

√ la valeur cible est de 1000.