



# Les enfants et les DSRP en Afrique de l'Ouest et du Centre

Les Documents de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP) sont aujourd'hui le principal cadre de planification du développement de la majeure partie des pays à faible revenu. Leur lancement a consacré une mutation dans le paradigme prédominant de la politique de développement – avec un renoncement à la focalisation quasi exclusive sur la libéralisation et la stabilisation macroéconomique pour privilégier la poursuite des objectifs humains du développement, la réduction de la pauvreté et la reconnaissance de la dimension sociale du développement.

Depuis l'année 2000, 22 des 24 pays de l'Afrique de l'Ouest et du Centre ont adopté ou élaboré des DSRP complets ou des DSRP intérimaires, plusieurs pays en étant aujourd'hui à leurs DSRP de deuxième génération.

En tant qu'instruments de planification au niveau macro, les DSRP constituent un excellent instrument pour orienter la politique de développement vers la réduction de la pauvreté des enfants.

L'option d'une forte focalisation des DSRP de l'Afrique de l'Ouest et du Centre sur les enfants ne se justifie pas seulement par les engagements mondiaux en matière de développement, en particulier les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), mais encore par le poids démographique des enfants dans la région: 51,5% de la population étant âgée de moins de 18 ans. En améliorant les opportunités du cycle de la vie,

### Encadré 1. Etude sur les enfants, les DSRP et les budgets en Afrique de l'Ouest et du Centre

Le présent document fait partie des huit notes d'information rédigées pour présenter les principales conclusions d'une étude sur les enfants, les DSRP et les budgets en Afrique de l'Ouest et du Centre. L'étude avait pour objectif de promouvoir une meilleure compréhension de l'impact, sur les enfants, des DSRP, des politiques budgétaires, des réformes des systèmes de gestion financière publique et des flux de l'aide en Afrique de l'Ouest et du Centre.

Cette étude, menée à la demande du Bureau régional de l'UNICEF pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre et réalisée par Oxford Policy Management (OPM) entre novembre 2007 et février 2009, comprend une évaluation régionale et cinq études de cas sur le Burkina Faso, le Tchad, le Ghana, la Mauritanie et la Sierra Leone.

l'investissement sur les enfants contribue également à briser le cycle de la pauvreté chronique, notamment la transmission de la pauvreté entre générations.



La gravité de la situation des enfants dans la région donne plus de poids à l'argument en faveur d'une forte focalisation sur cette frange de la population. Malgré les différences de situation d'un pays à un autre (et les disparités au sein des pays), la région est généralement très en retard sur toutes les autres régions du monde en ce qui concerne la plupart des indicateurs touchant aux enfants. En 2007, le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans était de 169 pour 1000 naissances vivantes et le taux de scolarisation net de l'enseignement primaire de seulement 60%. Le rythme des progrès enregistrés dans la région est trop lent pour que l'on puisse espérer la réalisation des OMD d'ici 2015.

La présente note d'information tente de déterminer dans quelle mesure les DSRP mis en œuvre dans la région visent la réalisation des OMD et l'amélioration du bien-être des enfants.

### Cadre d'évaluation

L'étude évalue la prise en charge, par les DSRP, des questions concernant les enfants, aussi bien en termes généraux que dans des secteurs spécifiques, comme l'éducation, la santé, l'eau et l'assainissement ainsi que la protection sociale. Cet exercice est basé sur cinq dimensions qui sont à la fois communes à tous les DSRP et essentielles pour que les stratégies soient efficaces

- analyse de la situation de pauvreté ;
- cadre de politiques ;
- évaluation des coûts et budgétisation ;
- cadre de mise en œuvre ;
- suivi et évaluation.

L'évaluation a couvert 22 DSRP de première et deuxième génération mis en œuvre dans 16 pays de l'Afrique de l'Ouest et du Centre depuis 2000 : Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Cap-Vert, Tchad, RDC, Gambie, Ghana, Guinée, Mali, Mauritanie, Niger, Nigeria, São Tomé et Príncipe, Sénégal et Sierra Leone. Quelques DSRP plus récents n'ont pas été couverts.

### Principales conclusions

L'étude a constaté que la plupart des DSRP mettent un accent prononcé sur les intérêts des enfants, en particulier en ce qui concerne les secteurs de la santé et de l'éducation. La situation n'a pas changé entre les DSRP de première et deuxième génération, même si l'intérêt accordé à la croissance économique est aujourd'hui plus marqué, notamment dans le deuxième DSRP du Ghana (voir encadré 2). En outre, quelques DSRP de deuxième génération prêtent plus d'attention à la réduction de la vulnérabilité et à la protection sociale.

Il convient de noter que la plupart des DSRP insistent sur les droits, plus particulièrement les droits individuels, civils ou des citoyens, ainsi que les droits des femmes. Les droits des enfants sont expressément cités dans presque la moitié des documents.

La plupart des DSRP définissent aussi des engagements stratégiques pour une meilleure égalité de genre et la promotion des femmes, même si cette démarche ne s'appuie généralement pas sur une bonne analyse de la situation des femmes ou des inégalités.

### Encadré 2. Evolution de l'orientation entre DSRP de première et deuxième génération

Contrairement à ce que l'on pourrait penser, l'évolution entre DSRP de première et deuxième génération n'a pas toujours pour résultat une meilleure prise en charge des intérêts des enfants. C'est le cas dans certaines circonstances et/ou dimensions du DSRP, pas dans toutes.

On pourrait faire valoir que les deux DSRP du Ghana sont très contrastés. Il a été constaté un infléchissement de l'orientation entre les deux documents, comme le montre d'ailleurs le changement de titre, de la « Stratégie de Réduction de la Pauvreté du Ghana (GPRS1) » à la « Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté (GPRS2) ». La GPRS2 se focalise essentiellement sur la croissance économique et l'intégration dans les rangs des pays à revenu intermédiaire, tout en mettant l'accent sur l'équité et une distribution des services plus favorable aux pauvres. Les principales questions concernant les enfants ont été moins présentes dans l'analyse de la situation, mais elles restent un volet majeur du cadre de politique. En outre, les stratégies mises en œuvre au sein des secteurs de la santé et de l'éducation demeurent cohérentes tout au long de la GPRS1 et de la GPRS2, si bien qu'il n'a pas été noté de changement d'orientation majeur dans la politique sectorielle.

# exclusion sociale

## réduction de la pauvreté

### Encadré 3. La protection sociale dans les DSRP

La protection sociale est un domaine d'action qui a tendance à être moins présente dans les DSRP, probablement du fait de son caractère embryonnaire dans la région. Néanmoins, 16 des 22 DSRP prennent, en matière d'orientation, d'importants engagements en faveur de l'introduction ou du renforcement des mécanismes de protection sociale, par exemple par l'élargissement des systèmes de sécurité sociale existants pour qu'ils ne couvrent plus seulement le secteur formel, mais aussi le secteur informel. Des politiques ou programmes spécifiquement conçus pour assurer la protection des enfants se trouvent dans 11 des DSRP.

Dans certains des derniers DSRP, on note une focalisation plus importante sur la protection sociale, une évolution conforme à la prise de conscience croissante du rôle que ce secteur pourrait jouer dans la promotion du développement du capital humain et la rupture du cycle de la pauvreté chronique, ainsi que dans la réduction de la vulnérabilité aux chocs, comme ceux issus des récentes crises alimentaires, énergétiques et économiques.

Les projections faites dans le DSRP en termes d'allocation des ressources budgétaires révèlent que la protection sociale reste un domaine de faible priorité, par rapport à d'autres secteurs, et les cadres de suivi et d'évaluation sont tout aussi faibles, à l'exception notable du Sénégal.

Compte tenu de l'absence de politiques cohérentes de protection sociale dans la plupart des pays, le tiers des DSRP contiennent des engagements en faveur du développement de politiques dans ce domaine, ce qui s'est réalisé dans des pays comme le Burkina Faso, le Cap-Vert, la RDC, le Ghana, le Mali et le Sénégal.

L'évaluation a révélé de grandes différences dans le degré de prise en considération des questions touchant aux enfants, et dans la mesure dans laquelle les politiques mises en exergue sont favorables aux pauvres ainsi que celle dans laquelle l'analyse de la pauvreté des enfants se reflète dans le cadre de politique, les engagements en termes de ressources, les plans d'exécution et les cadres de suivi et d'évaluation.

### Analyse de la situation de la pauvreté

Pour l'essentiel, les DSRP analysent la pauvreté selon une approche multidimensionnelle, couvrant aussi bien la pauvreté monétaire que d'autres dimensions, comme l'éducation et la santé, qui revêtent une importance toute particulière pour les enfants. Les données fournies sont généralement désagrégées par région, catégorie socioéconomique et zones urbaines et rurales et, dans certains cas, selon le genre (surtout pour l'éducation).

Cependant, rares sont les DSRP qui s'intéressent à l'incidence de la pauvreté monétaire chez les enfants ou qui tracent les contours des liens entre la pauvreté monétaire et les privations vécues par les enfants. Les incidences de pauvreté plus élevées chez les enfants que chez les adultes (situation résultant des taux de fécondité plus élevés chez les pauvres) et les implications de la pauvreté des enfants sur le cours de la vie devraient inciter à une forte prise en charge des intérêts des enfants par les DSRP.

La couverture, par les DSRP, de secteurs touchant plus directement au bien-être des enfants est inégale. Elle est meilleure en ce qui concerne le secteur de l'éducation, pour lequel il y a presque toujours une bonne analyse des taux de scolarisation, des taux d'achèvement et d'alphabétisation, désagrégés par genre, région et quintile socioéconomique, et une étude des causes sous-jacentes des problèmes. Cependant l'analyse des questions de qualité est plus restreinte et seulement neuf des 22 DSRP font l'analyse des dépenses d'éducation.

De même, la plupart des DSRP prêtent une attention particulière à l'analyse de la santé, notamment en ce qui concerne la mortalité maternelle et infanto-juvénile, l'accès aux services de santé, la nutrition, la couverture vaccinale, la santé maternelle et les principales maladies, comme le VIH/SIDA et le paludisme. La majeure partie des DSRP présentent des tendances et font une analyse des causes des principaux problèmes.

Néanmoins, seule la moitié des DSRP étudie les dépenses publiques de santé. Pour l'essentiel, ils reconnaissent, en termes généraux, les obstacles financiers à l'accès des pauvres aux services de santé, mais ils examinent rarement les raisons de la non-utilisation des services de santé. Ils s'intéressent très peu à l'importance des paiements supportés par les patients. Les problèmes relatifs à l'accès physique font l'objet d'un examen plus approfondi, la moitié

au moins des DSRP étudiant les disparités régionales et/ou entre zones urbaines et zones rurales.

L'analyse de la situation de l'eau et de l'assainissement, de même que celle de la protection sociale, est généralement moins fouillée que celle de l'éducation et de la santé, tandis que la couverture du VIH/SIDA est variable, reflétant, dans une certaine mesure, les différences d'impact de la pandémie dans divers pays.

### Cadre de politiques

Dans l'ensemble, cette seconde dimension des DSRP est aussi bien prise en charge. Les politiques tendent à être groupées en un petit nombre de "piliers" ou axes, généralement pas plus de quatre ou cinq. L'un de ces piliers concerne invariablement les secteurs sociaux ou le développement humain et un autre touche parfois à la réduction de la vulnérabilité ou à la protection sociale, même si le contenu stratégique de ce dernier est moins affirmé (voir encadré 3).

Généralement, il existe une orientation pro-pauvre dans les DSRP, y compris une priorisation claire des services sociaux de base. S'agissant de l'éducation, par exemple, l'enseignement primaire occupe une position privilégiée avec un focus sur la réalisation de l'accès universel, l'équité de genre et l'amélioration de la qualité.

Dans certains pays, l'éducation préscolaire est considérée comme une priorité majeure. Bon nombre reconnaissent également la nécessité d'améliorer l'éducation non-formelle, même si moins de la moitié des documents prêtent une attention particulière aux enfants exclus du système d'enseignement formel ou ayant abandonné leurs études.

De nombreux DSRP visent à faciliter l'accès à l'école dans les régions et groupes de populations les plus démunies. Les politiques varient, allant de la distribution gratuite des manuels scolaires, l'exonération du paiement des frais scolaires, les cantines scolaires et les bourses (en particulier pour les filles), à des investissements ciblés et la redistribution des ressources humaines et matérielles au profit des zones mal desservies, par exemple par la rotation obligatoire du personnel (comme c'est le cas au Ghana) et des incitations pour les enseignants des zones rurales ou isolées.

Seize des 22 DSRP contiennent des engagements à augmenter la part du secteur de l'éducation dans les dépenses publiques. Cependant, de nombreux DSRP ne précisent pas si les pays concernés offrent ou prévoient d'offrir des services gratuits d'éducation primaire.

En ce qui concerne le secteur de la santé, les soins de santé primaires (SSP) sont, dans la majeure partie

### Encadré 4 . Faible prise en charge de l'eau et de l'assainissement

Bien qu'il s'agisse d'un secteur prioritaire dans presque tous les DSRP, l'eau et l'assainissement y bénéficient d'une attention moindre que celle réservée à l'éducation ou à la santé. L'analyse de la situation n'est pas aussi approfondie et il est difficile de déterminer dans quelle mesure les politiques présentées dans les DSRP prennent en charge les principaux enjeux.

On note une focalisation relativement uniforme sur l'amélioration de l'accès à l'eau potable, avec un intérêt moins marqué pour l'assainissement. Ainsi, seuls 10 des 22 DSRP prévoient la promotion des bonnes pratiques en matière d'hygiène. De même, seule la moitié des DSRP mentionne de manière explicite la nécessité de concentrer les efforts sur les populations les plus pauvres et mal desservies.

L'évaluation des coûts et la budgétisation relatives à l'eau et à l'assainissement occupent aussi une place négligeable, en partie du fait que ces secteurs relèvent souvent de la responsabilité de plusieurs ministères. S'agissant du suivi et de l'évaluation, c'est le taux d'accès qui devrait servir de référence de base. Cependant, malgré le fait que 90% des DSRP plaident pour l'objectif stratégique de l'amélioration de l'accès à l'eau potable, seuls 14 d'entre eux intègrent un indicateur y relatif dans leurs cadres de S&E et seuls six d'entre eux font une distinction entre les zones rurales et les zones urbaines. La situation est pire pour ce qui est de l'assainissement, seuls neuf des DSRP définissant un indicateur pour déterminer le niveau d'accès à l'assainissement.

des cas, la principale priorité stratégique, parallèlement à un objectif affirmé d'accroître la part des dépenses publiques consacrée à la santé.

En règle générale, la focalisation sur les SSP se traduit par la fourniture d'un paquet essentiel de soins de santé avec un accent sur l'amélioration de la qualité. D'ordinaire, le programme de santé de base associe les soins de santé curative simples, fondés sur les infrastructures primaires, et les services préventifs, animés par des agents communautaires de la santé et à l'aide de campagnes de santé publique. La lutte contre les maladies endémiques et la promotion de la santé maternelle et infantile demeurent des préoccupations majeures. En revanche, l'hygiène est rarement mise en avant (voir encadré 4) et seule la moitié environ des DSRP accordent une priorité à la mise à disposition des médicaments essentiels.

Comme pour ce qui concerne l'éducation, les DSRP offrent toute une gamme de mesures visant à améliorer la fourniture et la qualité des services aux zones rurales mal desservies. Plusieurs DSRP visent résoudre le problème des barrières financières qui entravent l'accès aux soins de santé par les couches les plus pauvres

de la population, mais souvent le cadre de politiques proposé est faible (voir encadré 5).

### Evaluation des coûts et budgétisation

Seul un tiers des DSRP fait une bonne estimation des coûts et présente des budgets indicatifs à moyen terme. On note souvent des incohérences dans les chiffres avancés ou dans la manière dont ils sont présentés entre et au sein des secteurs, ainsi qu'une mauvaise désagrégation ou présentation des détails et un certain flou en ce qui concerne la manière dont les déficits de financement doivent être comblés. Souvent, les informations fournies ne représentent pas une indication concrète de l'allocation des ressources dans le cadre d'une enveloppe budgétaire, mais plutôt une « liste de souhaits » visant à attirer l'appui des donateurs. Il existe une tension inhérente entre le rôle des DSRP comme documents de planification et leur rôle dans la mobilisation de l'aide.

Excepté dans l'éducation, une part significative des financements requis provient de sources extérieures. Les priorités définies dans les sections consacrées aux politiques des DSRP ne sont pas souvent assorties d'allocations de ressources intérieures, notamment

### Encadré 5. Prise en charge des barrières financières à l'accès aux services de santé

La plupart des DSRP de l'Afrique de l'Ouest et du Centre reconnaissent que les populations les plus démunies sont confrontées à des obstacles financiers qui rendent difficile l'accès aux services de santé et qu'il s'agit là de la principale raison des mauvais résultats enregistrés dans le domaine de la santé. Cependant, l'analyse tend à être peu cohérente et la réponse politique inégale.

La gratuité de soins fait rarement partie des objectifs identifiés. Dans quelques pays, cependant, les DSRP prévoient des mesures telles que le contrôle des prix pour les médicaments essentiels, la mise en place des frais de consultation « raisonnables » ou la gratuité du traitement pour des services ou des groupes de population spécifiques. Le rôle des subventions gouvernementales dans le financement des services de santé est rarement traité.

Ces mesures ne constituent généralement pas une stratégie cohérente de financement pour assurer l'équité dans l'accès aux soins de santé primaires et la qualité de ces services. Elles n'indiquent pas clairement la démarche à suivre pour faire de telle sorte que les familles démunies ne soient pas privées des soins de santé essentiels en raison des coûts tout en veillant à ce que les autorités de santé locales disposent des ressources nécessaires pour fournir des services essentiels.

Dans ce contexte, les DSRP semblent, pour la plupart d'entre eux, éluder les questions difficiles concernant le financement public en se tournant vers les mutuelles de santé comme solution de rechange pour garantir l'accès à la santé, mais avec un niveau d'analyse faible, voire inexistant, sur la efficacité de cette option politique.

dans les domaines de l'eau et de l'assainissement et la protection sociale, mais également, dans une certaine mesure, de la santé.

### Cadre de mise en œuvre

En général, il ne faut pas s'attendre à ce que les DSRP aillent dans les moindres détails sur la mise en œuvre, jusqu'au niveau des activités. Ils ne représentent après tout que des stratégies de développement prioritaires, qui doivent être complétées par d'autres documents, comme les plans élaborés par les ministères dans le cadre des approches sectorielles. Cependant, ils devraient donner des indications sur la manière dont la stratégie générale sera mise en œuvre.

L'évaluation a constaté que de nombreux DSRP ne remplissent cette condition que partiellement, tandis que quelques-uns ne disposent pas d'un véritable cadre de mise en œuvre.

### Suivi et évaluation

La majeure partie des DSRP dispose d'un cadre de suivi et d'évaluation détaillé, même s'ils connaissent parfois des insuffisances dans certains domaines comme ceux décrits ci-dessus, tels que l'eau et l'assainissement, la protection sociale et le genre. Dans la grande majorité des cas, des indicateurs clés, comme la mortalité infanto-juvénile et maternelle, la scolarisation dans le cycle primaire, les mesures de lutte contre la malnutrition, la couverture vaccinale et les disparités de genre dans l'éducation, sont pris en considération et les mécanismes et responsabilités liés à la collecte des données sont définis. On note, parfois, des insuffisances dans la déségrégation des données, par exemple en fonction du genre, des zones

géographiques ou des quintiles. Plus précisément, dans certains cas, les cibles ou calendriers spécifiques ne sont pas définis pour les indicateurs. Le DSRP de première génération, pour le Nigeria, et de deuxième génération, pour le Ghana, ne fournissent ni indicateurs ni cibles.

### Conclusion

L'analyse de la situation de la pauvreté dans les DSRP est souvent de bonne qualité, particulièrement pour les grands secteurs sociaux, comme la santé et l'éducation. Cependant, les DSRP pourraient améliorer leur analyse des autres secteurs pertinents aux enfants, comme l'eau et l'assainissement et la protection sociale, et prêter une attention plus soutenue à la pauvreté monétaire, dans sa dimension enfants, et à ses liens avec les privations les plus importantes pour les enfants.

Les objectifs et mesures de politique définis dans les DSRP répondent généralement aux enjeux mis en exergue par l'analyse de la situation, comme le font aussi les cadres de S&E mis en place. Ils pourraient être renforcés pour ce qui concerne l'eau et l'assainissement et pour la protection sociale, ainsi que dans des domaines spécifiques de politique, comme le financement des services de santé afin de transcender les barrières qui entravent l'accès des plus démunis aux services.

Bon nombre de DSRP enregistrent aussi des insuffisances en ce qui concerne l'évaluation des coûts, la budgétisation et la planification de la mise en œuvre. Cela met en exergue un enjeu encore plus important, celui de la mise en conformité des DSRP avec les Cadres de dépenses à moyen terme (CDMT) et les budgets annuels. Ces corrélations sont généralement faibles, ce qui compromet la mise en œuvre des DSRP.

---

**UNICEF West and Central Africa Regional Office**

Boite Postale 29720 Yoff, Dakar, Senegal  
wcaro@unicef.org • www.unicef.org/wcaro

**Oxford Policy Management (OPM)**

6, St. Aldates Courtyard, St. Aldates,  
Oxford OX1 1BN, UK

© UNICEF, 2009

Les résultats, interprétations et conclusions exprimés sont ceux des auteurs et ne reflètent pas nécessairement les politiques ou les points de vue de l'UNICEF et d'OPM.

**Mise en page & graphisme :** Julie Pudlowski Consulting/ Rita Branco • **Photographie:** © UNICEF/WCARO/2009/Pudlowski