



# Les enfants, les DSRP et les dépenses publiques en Mauritanie

La Mauritanie fait partie des premiers pays à avoir adopté un document de stratégie de réduction de la pauvreté (DSRP), localement connu sous l'appellation Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté (CSLP), dont la « première génération » couvre la période 2001-2004 et la seconde, la période 2006-2010. Cette évolution est intervenue à l'issue d'une décennie de réformes, caractérisée par le démarrage du processus de décentralisation, des mesures visant à restaurer l'équilibre macroéconomique et des avancées dans les domaines de la réduction de la pauvreté monétaire et du développement de l'éducation, malgré une situation politique instable<sup>1</sup>.

Il ressort d'une étude réalisée par l'UNICEF (voir Encadré 1) que les intérêts des enfants sont une source de préoccupation majeure des deux CSLP et des stratégies sectorielles. Cependant, des insuffisances demeurent, surtout en ce qui concerne les politiques pour faire face aux barrières financières qui entravent l'accès des populations les plus démunies aux soins de santé et à l'éducation. Par ailleurs, les dépenses publiques vers les secteurs sociaux ont été comprimées en 2002-2004, afin de réduire le déficit budgétaire, avant d'augmenter de nouveau en 2006-2007 suite aux annulations de la dette et aux revenus pétroliers. En outre, les faiblesses notées dans la gestion des finances publiques (GFP) justifient les réformes en cours afin d'assurer une meilleure cohérence entre

## 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 des finances publiques 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 de pays sur le Burkina Faso, le Tchad, le Ghana, la Mauritanie et la Sierra Leone.

Le rapport sur la Mauritanie a été rédigé par Emily Wylde, Mohamed Ould Zeidane et Alta Folscher.

les politiques (CSLP et politiques sectorielles) et les dépenses gouvernementales et une meilleure efficacité dans l'utilisation des ressources, y compris celles destinées aux services sociaux pour les enfants.

<sup>1</sup> La situation politique est complexe, avec un premier coup d'état en 2005, suivi par un retour à l'ordre démocratique puis un deuxième coup d'état en 2008. Les autorités issues de ce dernier ont maintenu toutes les institutions à part la Présidence jusqu'à la tenue de nouvelles élections en juillet 2009.



### Pauvreté des enfants

L'économie mauritanienne a enregistré une forte croissance au cours de la période 2001-2007, avec un taux moyen de croissance réel du PIB de 4,7%. Cette évolution a entraîné un faible recul de la pauvreté, qui est passée de 51% en 2000 à 46,7% en 2004. Cependant, la pauvreté extrême continue de toucher 28% de la population, avec de fortes disparités régionales et entre les milieux urbain et rural. Les taux de mortalité infantile et infanto-juvénile demeurent élevés. Ils étaient respectivement de 77 et 122 pour 1000 naissances vivantes en 2007. Ces deux taux de mortalité sont 1,6 fois plus élevés pour le quintile le plus pauvre que pour celui le plus riche. Près de 30% des enfants de moins de cinq ans sont affectés par la malnutrition, presque la moitié de la population n'utilise pas une source d'eau améliorée et seuls 38% ont accès à l'assainissement amélioré, avec là aussi de grandes disparités géographiques. Dans l'éducation primaire, le taux net de scolarisation a augmenté de 64 à 77% entre 2000/2001 et 2006/2007 avec la parité de genre presque atteinte. Néanmoins, de profondes disparités sont notées entre zones géographiques et selon les quintiles de richesse. De nombreuses écoles n'arrivent pas à fournir un cycle primaire complet et seuls 44%

des élèves qui entament la première année d'études primaires arrivent en troisième année. Le taux brut de scolarisation de l'enseignement secondaire demeure faible (30%) et 22% des enfants âgés de 10 à 14 ans travaillent.

### DSRP et politiques sectorielles

Les questions relatives à la pauvreté des enfants sont bien prises en charge dans les CSLP, aussi bien en termes de contenu politique que de définition des priorités. Les volets santé et éducation de ces documents sont également en harmonie avec les politiques sectorielles et les cadres des dépenses à moyen terme (CDMT). Le Programme national de développement du secteur de l'éducation (PNDSE) sert de cadre stratégique global de l'éducation pour la période 2001-2010. S'agissant de la santé, la stratégie générale définie par le premier CSLP a été reflétée dans le premier CDMT de la santé (2002) et une politique de santé a été élaborée pour la période 2006-2015. Malgré les profonds changements intervenus dans le gouvernement entre les deux périodes des CSLP, l'orientation générale et les préoccupations majeures sont restées similaires, les expériences de la première génération ayant été prises en considération dans l'élaboration du document de deuxième génération.

### Encadré 2. Passage du CSLP-1 au CSLP-2

L'évaluation du CSLP-1, réalisée dans le cadre du processus préparatoire du CSLP-2, a constaté que la mise en œuvre n'était pas satisfaisante. Les insuffisances au niveau macroéconomique (Axe 1 de la stratégie) portaient, notamment, sur la faiblesse du taux de croissance du PIB comparée aux projections (4,6% contre 6%), le taux d'inflation élevé, le déficit budgétaire important (9,9% du PIB) et l'effondrement des réserves extérieures. Malgré le recul modeste de la pauvreté, la productivité des populations pauvres (Axe 2) ne s'est pas améliorée, une situation qui a eu un impact négatif sur la croissance. D'autres facteurs contraignants incluent la mauvaise qualité des infrastructures, les faibles investissements étrangers directs et les faibles niveaux de qualification de la main d'œuvre.

S'agissant de l'accès aux services sociaux (Axe 3), le premier CDMT de la santé pour les années 2002-2004 était pro-pauvre en termes d'orientation générale. Cependant, le recrutement et la formation des travailleurs de la santé dans les domaines prioritaires étaient insuffisants et, selon les projections, le pays ne pourra pas réaliser les Objectifs du Millénaire pour le Développement définis pour la santé d'ici 2015.

Dans le domaine de l'éducation, en dépit des améliorations notées dans la fourniture de services, il a été constaté la persistance du cycle primaire incomplet dans certaines zones du pays et les faiblesses des programmes scolaires. Les programmes destinés à la petite enfance ont été freinés par l'insuffisance des ressources humaines et financières et l'absence de politique nationale de l'enfance.

Des défis persistent dans le domaine de la gouvernance (Axe 4), le suivi et l'évaluation sont peu satisfaisants et on note une faible coordination entre le gouvernement et les partenaires au développement.

Suite à ces constats, le CSLP-2 a mis l'accent sur l'amélioration de la gestion, du suivi, de l'évaluation et de la coordination, tout en définissant des stratégies visant à renforcer l'enseignement préscolaire, les soins aux enfants ayant des besoins spéciaux, le renforcement de la protection juridique et la promotion des changements d'attitude vis-à-vis des enfants.

# exclusion sociale

## réduction de la pauvreté

Dans la santé comme dans l'éducation, les CSLP se sont fortement concentrés sur l'accès aux services. Cependant, plusieurs sources de préoccupation demeurent, concernant l'équité dans la santé et la nécessité de surmonter les barrières financières à l'accès aux soins, tout en assurant la disponibilité de ressources adéquates. Dans le domaine de l'éducation, de nouvelles mesures sont également nécessaires pour éliminer les barrières financières qui entravent l'accès des enfants les plus pauvres à l'enseignement primaire. Ce problème n'a pas encore été pris en charge par les mesures politiques prévues par les CSLP, qui se concentrent essentiellement sur l'amélioration de l'accès physique.

### Tendances budgétaires

Selon les statistiques du FMI, les dépenses publiques ont enregistré une forte contraction en termes réels entre 2002 et 2004 en raison des mesures prises par le gouvernement pour réduire son important déficit budgétaire (12% du PIB en 2003) et freiner la croissance de la dette. Les dépenses se sont stabilisées en 2005, avant de croître de nouveau en 2006/2007, suite aux premières recettes pétrolières, même si celles-ci sont relativement faibles, et aux annulations de la dette. Cependant, en 2007, les dépenses totales étaient encore légèrement inférieures à leur niveau de 2003 en termes réels. Les dépenses ont enregistré une contraction, passant de 47% du PIB en 2003 à 30%

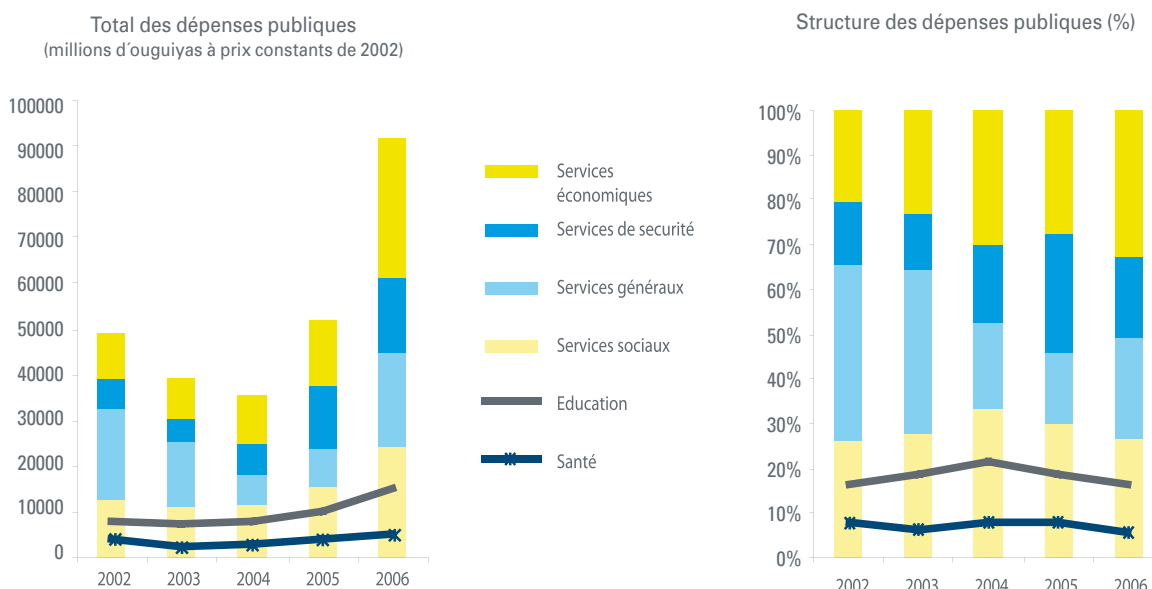
en 2007, tandis que le déficit global a chuté à 2% du PIB. Les statistiques du gouvernement relatives aux dépenses divergent considérablement de celles fournies par le FMI, qui sont peut-être plus complètes, notamment parce qu'elles tiennent compte de quelques flux de ressources hors budget. Cependant, les statistiques du gouvernement rendent aussi compte d'une forte baisse des dépenses totales du gouvernement de 2002 à 2004, suivie par un redressement en 2005 et une hausse plus importante en 2006 (voir Figure 1).

### Dépenses dans les secteurs sociaux

De même, les données nationales montrent une baisse substantielle des dépenses dans les secteurs sociaux entre 2002 et 2004, en particulier pour la santé. Cette contraction a été suivie par une forte augmentation en 2006, avec un niveau de dépenses 19% plus élevé que celui de l'année 2002 (+22% pour l'éducation et +5% pour la santé).

Les parts de la santé et de l'éducation dans le total des dépenses publiques ont connu un pic en 2004, respectivement de 8% et 22%, avant de baisser à 6% et 17% en 2006. Les dépenses de santé ont été particulièrement touchées par les faibles taux d'exécution : entre 2002 et 2006, seul 72% du budget alloué a été dépensé, contre 95% pour l'éducation.

Figure 1. Evolution des dépenses publiques, par secteurs, 2002-2006



Source : Loi de Règlement, 2002-2006

### Équité et efficacité

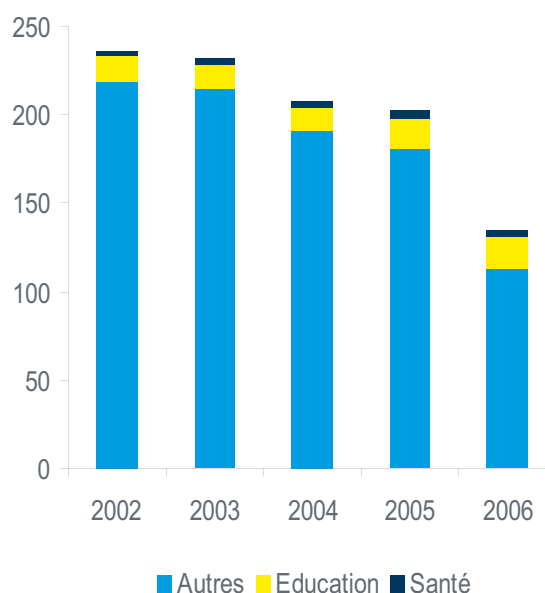
En ce qui concerne la santé et l'éducation, les déséquilibres constatés sur les niveaux des dépenses allouées entre les régions et entre les différentes catégories de dépenses (personnel, biens et services et investissement) compromettent l'équité et l'efficacité. En 2002-2005, les dépenses de biens et services avaient été comprimées, tandis que les dépenses de salaires enregistraient une hausse. Les importantes variations dans les allocations accordées aux centres de santé au niveau des districts, couplées au taux élevé de structures de santé non fonctionnelles (10%), sont révélatrices de l'existence de difficultés persistantes à faire correspondre les allocations de dépenses de fonctionnement avec les dépenses d'investissement et à allouer les ressources d'une manière équitable, sur le plan géographique, comme prévu par la stratégie de santé. La planification et la budgétisation demeurent fortement centralisées.

Dans le secteur de l'éducation, contrairement à la situation de la santé, où les dépenses publiques ont connu une augmentation grâce aux importants financements mis à disposition par les bailleurs, l'un des défis majeurs est d'améliorer l'affectation géographique des ressources. La planification et la mise en œuvre des plans définis continuent de poser problème dans le secteur et de nombreuses activités prévues par le programme national de développement du secteur de l'éducation ne sont pas exécutées. Le système se caractérise par une distribution inéquitable des enseignants entre régions et des disparités dans le pourcentage des écoles offrant le cycle primaire complet. Il a été constaté une tendance inquiétante qui privilégie l'enseignement supérieur et l'enseignement professionnel, au détriment de l'amélioration de la qualité de l'enseignement primaire et de l'enseignement secondaire.

### Aide au développement

L'Aide publique au développement (APD) a atteint des niveaux élevés. Après un pic de près de 240 millions de dollars US (aux prix constants de 2006) enregistré en 2002 et 2003, avec l'atteinte du point d'achèvement de l'initiative des Pays Pauvres très Endettés (PPTe), l'APD a oscillé autour de 200 millions de dollars US par an en 2004-2005, avant de connaître une chute brutale en 2006. Comparativement, le niveau d'APD alloué à la santé et à l'éducation est très faible, comme le démontre la Figure 2.

Figure 2. Flux de l'APD, 2002-2006 (millions de \$US à prix constants de 2006)



Source : OCDE DAC (2008), Système de notification des pays créanciers.

Les pratiques en matière d'aide ont répondu aux importants changements du contexte politique et de la gouvernance. Le CSLP constitue un cadre national cohérent de politique autour duquel les donateurs peuvent organiser leur APD, et à partir duquel des cadres des dépenses à moyen terme (CDMT) triennaux ont été mis en place depuis 2001, au sein de ministères clés, afin de faire la jonction entre le CSLP et les décisions de dépense. Cependant, malgré les améliorations constatées dans le système de GFP depuis 2005, la Mauritanie est jusqu'ici considérée par les partenaires au développement comme un pays à haut risque fiduciaire. C'est pourquoi la quasi-totalité des flux de l'APD reste hors budget. Il faut aussi noter que les bailleurs ont rarement le souci de s'aligner ou de se coordonner avec les politiques gouvernementales, sauf quelques exceptions, comme l'éducation - mais même au sein de ce secteur la coordination sectorielle demeure encore faible. Selon une étude réalisée par l'OCDE en 2008 sur la mise en œuvre de la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide, seuls 8% de l'aide passent par le canal du système national de GFP et moins de 2% sont mis à disposition sous la forme d'appui budgétaire.

## Gestion des finances publiques

Le fonctionnement du système de GFP a un impact considérable sur la manière dont les dépenses pour les enfants sont affectées ainsi que sur l'efficacité de l'utilisation de ces ressources. En termes d'allocations stratégiques, les défis majeurs concernent l'absence de liaison entre les CDMT sectoriels, les budgets pour les programmes sectoriels et le budget annuel comme il est approuvé dans la loi des finances. En ce qui concerne l'efficacité opérationnelle, les défis principaux se situent au niveau du faible lien entre les priorités stratégiques et la planification, ce qui crée des déséquilibres dans la distribution et la composition des ressources disponibles au niveau des structures (voir figure 3).

Le CSLP-2 prévoit un certain nombre de mesures pour lutter contre les goulots d'étranglement qui obstruent le système de GFP afin de renforcer l'efficacité des dépenses publiques et leur contrôle. Un CDMT global a été élaboré pour la première fois en 2008 (pour la période 2008-2010) et vise à améliorer le dialogue sur la politique budgétaire entre le gouvernement et le Parlement et à faire en sorte que les financements soient définis en fonction des objectifs stratégiques. Ces réformes devraient permettre une amélioration des performances des trois grands résultats budgétaires de la discipline budgétaire globale, de l'allocation optimale des ressources et de l'efficacité opérationnelle.

Figure 3. Performance générale en matière de GFP



### Encadré 3. Déconcentration et obstacles liés au financement du secteur de la santé

Le contexte administratif de la Mauritanie se caractérise par la déconcentration verticale des responsabilités au sein des ministères, surtout au niveau des wilayas, et une décentralisation horizontale fondée sur le principe de la gestion autonome des municipalités. Concernant la santé, la déconcentration a constitué la principale démarche retenue. Les mutations du système de GFP ont accompagné ces réformes afin de renforcer la focalisation sur les résultats et l'efficacité des dépenses publiques. Cependant, des problèmes continuent de se poser d'autant plus que les budgets alloués par l'administration centrale sont souvent peu adaptés aux besoins des districts et que les lenteurs du traitement des décaissements par le centre (jusqu'à deux, voire trois mois) retardent les dépenses et la mise en œuvre des activités planifiées ainsi que le paiement du personnel. On note de fréquentes ruptures de stock qui entravent la distribution des médicaments et des consommables aux unités de santé. Quelque 35% des ressources mises à disposition par l'administration centrale sont affectées à l'administration au niveau régional, plutôt qu'à la fourniture de services, et rares sont les financements qui atteignent les postes de santé qui, en conséquence, comptent presque entièrement sur la participation des usagers pour financer leurs dépenses de fonctionnement.

## Conclusions et recommandations

### Politique

Le lien entre l'identification des problèmes et la formulation des politiques est relativement fort dans les CSLP et les politiques sectorielles. Les intérêts des enfants sont clairement définis dans les priorités de la stratégie globale de réduction de la pauvreté. Dans le domaine de la santé, cependant, il faut de meilleures politiques, fondées sur des analyses approfondies, pour faire face aux barrières financières qui entravent l'accès des pauvres aux services essentiels, tout en assurant le financement nécessaire pour une offre adéquate de soins de qualité. Des démarches similaires seraient valables dans le secteur de l'éducation, où des barrières d'accès persistent encore.

### Dépenses et GFP

La période 2005-2006 a été marquée, dans les domaines de la santé et de l'éducation, par une importante augmentation des dépenses publiques qui a fait suite à une période de contraction due à la concentration du gouvernement sur la restauration de la viabilité budgétaire. Cependant, les déséquilibres budgétaires régionaux dans l'allocation des dépenses et la provision de services persistent et on note des difficultés dans l'association des moyens entre le personnel, les biens et services et l'investissement.

Même si quelques mesures ont été prises pour corriger les faiblesses notées dans la GFP, notamment pour

l'élaboration des CDMT, le processus budgétaire n'est pas encore fortement axé sur les résultats, si bien qu'il est difficile de prendre en charge les priorités du CSLP en termes d'allocation optimale des dépenses ou d'améliorer l'efficacité opérationnelle des dépenses. Les mesures de réforme en cours devaient viser à :

- Renforcer les liens entre le CSLP, les CDMT et le budget annuel ;
- Approfondir la déconcentration administrative et financière pour corriger les inefficacités causées par les pratiques budgétaires centralisées à l'excès ;
- Maintenir une plus grande intégration et un meilleur équilibre entre les budgets d'investissement et les budgets de fonctionnement.

### APD

Les flux de l'APD ont baissé et les secteurs sociaux (en particulier la santé) ont bénéficié d'une faible part de l'assistance globale. En outre, le gouvernement et les partenaires au développement sont confrontés à des problèmes qui touchent au renforcement de l'efficacité de l'aide, conformément à la Déclaration de Paris. Des efforts particuliers sont nécessaires pour assurer l'alignement de l'aide sur les stratégies nationales et assurer l'harmonisation entre les partenaires au développement. La poursuite des réformes de GFP devrait conduire à une utilisation accrue des systèmes nationaux par les bailleurs.

---

**UNICEF Bureau Régional pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre**  
wcaro@unicef.org • www.unicef.org/wcaro

avec **UNICEF Mauritanie**  
B.P. 620, Nouakchott, Mauritanie  
nouakchott@unicef.org

**Oxford Policy Management (OPM)**  
6, St. Aldates Courtyard, St. Aldates,  
Oxford OX1 1BN, Royaume-Uni

© UNICEF, 2009. Produit avec le financement de l'Agence Suédoise de Coopération Internationale au Développement (ASDI).

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 de l'OPM.

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