



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

**HEALTH POLICY
INITIATIVE**

POUR QUE LA PLANIFICATION FAMILIALE SOIT INSCRITE AU PROCESSUS DU DSRP:

UN GUIDE SERVANT À INTÉGRER LES PROGRAMMES DE
PLANIFICATION FAMILIALE AUX DOCUMENTS DE STRATÉGIE DE
RÉDUCTION DE LA PAUVRETÉ

Juillet 2007

Cette publication a été réalisée par l'Agence des Etats-Unis pour le Développement international (USAID). Elle a été préparée par Anita Bhuyan, Maria Borda, et William Winfrey de l'Initiative des Politiques de Santé, Tâche I.

L'Initiative des Politiques de Santé de l'USAID, tâche I, est financée par l'Agence des Etats-Unis pour le Développement international aux termes du contrat No. GPO-I-01-05-00040-00, débutant le 30 septembre 2005. La tâche I est mise en oeuvre par Constella Futures, en collaboration avec le Centre for Development and Population Activities (CEDPA), White Ribbon Alliance for Safe Motherhood (WRA), et World Conference of Religions for Peace (WCRP).

POUR QUE LA PLANIFICATION FAMILIALE SOIT INSCRITE AU PROCESSUS DU DSRP:

UN GUIDE SERVANT À INTÉGRER LES PROGRAMMES DE
PLANIFICATION FAMILIALE AUX DOCUMENTS DE STRATÉGIE DE
RÉDUCTION DE LA PAUVRETÉ

Juillet 2007

Les vues exprimées dans la présente publication ne reflètent pas forcément les vues de l'Agence des
Etats-Unis pour le Développement international ou du Gouvernement américain.

TABLE DES MATIÈRES

Remerciements	vi
Résumé analytique	vii
Abreviations.....	ix
Introduction.....	1
Comprendre le DSRP	3
Histoire du DSRP	3
Qu'est un DSRP ?.....	4
Comment sont préparés les DSRP ?	5
Quels sont les intervenants clés du processus ?.....	8
Quel est le statut actuel du DSRP ?	10
Pourquoi inclure la planification familiale dans les DSRP ?	14
La nature multidimensionnelle de la pauvreté.....	15
Cap sur les résultats	17
Questions d'équité et redevabilité face aux pauvres.....	19
Quel est le statut actuel de la planification familiale au sein des DSRPs ?	20
Intégrer la Planification familiale au DSRP : étape par étape.....	23
Comment démarrer	23
Se donner une approche de plaidoyer	24
Diagnostic du problème.....	25
Formulation du DSRP	26
Mise en oeuvre du DSRP.....	29
Suivi de la mise en œuvre du DSRP	30
Etude de cas : Mali.....	32
DSRP-I du Mali	32
Cadre institutionnel pour le processus du DSRP	33
DSRP-II du Mali.....	33
Alliés éventuels pour les activités de planification familiale au Mali	34
Première version du DSRP-II	36
Mobilisation de la société à la défense de la planification familiale	36
Seconde version du DSRP-II	39
Un effort de plaidoyer continu.....	39
Troisième version du DSRP-II	40
Leçons retenues	41
Liste de vérification de la planification familiale et du DSRP	43
Outils, Ressources en ligne et lectures recommandées	47
Outils de plaidoyer et de planification des politiques.....	47
Ressources en ligne	49
Lectures et références recommandées	51

REMERCIEMENTS

Le présent guide a été préparé par Anita Bhuyan, Maria Borda et William Winfrey de l'Initiative des Politiques de Santé/USAID, Tâche 1. Les auteurs tiennent à remercier de leur assistance le personnel de l'Initiative des Politiques de santé au Mali dirigée par le Directeur national Modibo Maiga, et le consultant Bakary Kante, en partenariat avec le *Groupe Pivot/Santé Population*, qui ont encadré les efforts déployés pour que la planification familiale soit incluse dans le Document de stratégie de réduction de la pauvreté (seconde génération). Leurs efforts ont permis de tirer bien des leçons importantes et ont enrichi la mise au point du présent guide. Nos remerciements vont à Mieko McKay et à Salif Coulibaly de l'USAID/Mali et Tom Merrick, John May, et Tonia Marek de la Banque mondiale pour leurs conseils et soutien à l'effort. Les auteurs tiennent également à remercier les personnes suivantes de leurs directives et révisions techniques : Michelle Prosser, Laurette Cucuzza, Jay Gribble, Nancy McGirr, William McGreevey et Carol Shepherd de l'Initiative des Politiques de Santé. Enfin, nous souhaitons remercier le responsable technique de notre projet au Mali, Mai Hijazi de l'USAID/Office de Population et de Santé de la Reproduction (OPRH) et les conseillers techniques, Diana Prieto (OPRH) et Nithya Mani (Office du VIH/SIDA), pour leur encadrement technique, dévouement et vision afin de repositionner la planification familiale et promouvoir l'équité sur le plan de la santé.

RÉSUMÉ ANALYTIQUE

La planification familiale est au titre des nombreuses stratégies qui permettent de ralentir la croissance de la population et d'alléger les pressions démographiques, aidant ainsi les pays à sortir de la pauvreté. En effet, une population d'une taille plus petite signifie des dépenses moins lourdes pour l'éducation, la santé et autres services sociaux et des tensions moindres pour l'environnement et les ressources naturelles. De plus, la planification familiale aide directement à réduire la mortalité et la morbidité infantiles et maternelles. La satisfaction des besoins en planification familiale parmi les pauvres — ceux résidant souvent dans des zones rurales et des zones urbaines marginalisées et qui sont davantage privés de l'accès aux services de santé, dont les taux de natalité sont plus élevés et dont les besoins sont moins satisfaits, souligne les questions d'équité et permet par ailleurs de s'attaquer à la nature multidimensionnelle de la pauvreté en tenant compte des changements sociétaux durables nécessaires pour maintenir la croissance économique aux niveaux des ménages et de l'état.

Le présent guide se veut un outil destiné aux plaidoyeurs de la planification familiale — dont la société civile et les ONG, les organisations internationales et les bailleurs de fonds ainsi que les représentants officiels intéressés — et d'autres parties concernées. Il les aidera à inclure les questions et programmes de planification familiale au Document de stratégie de réduction de la pauvreté (DSRP). Les pays préparent le DSRP pour avoir droit aux prêts et crédits d'appui de la Banque mondiale et du Fonds monétaire international (FMI). Comme condition pour recevoir une assistance, les DSRP doivent présenter les politiques macroéconomiques et sociales que les pays se proposent d'adopter pour atténuer la pauvreté et chercher à atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). Dans l'optique des plaidoyeurs de la planification familiale, les DSRP peuvent démontrer que le gouvernement s'engage à concevoir, financer et mettre en œuvre des initiatives de planification familiale. Dans l'optique des planificateurs des gouvernements et du DSRP, la satisfaction des besoins non satisfaits en planification familiale est une approche novatrice à la réduction de la pauvreté qui peut aider les pays à atteindre plus aisément toute une gamme de buts socioéconomiques.

Comme noté tout au long de ce guide, il existe des points d'entrée essentiels où les plaidoyeurs de la planification familiale et leurs alliés peuvent participer au processus du DSRP et l'influencer, notamment aux étapes du Diagnostic, de la Formulation, de la Mise en œuvre et du Suivi. En principe, les initiatives comprises dans la formulation des DSRP répondront aux causes et aux conséquences de la pauvreté notées dans le diagnostic de la situation de la pauvreté. En effet, les DSRP étant des documents de stratégie générale couvrant de nombreux secteurs, ils fournissent une direction et des priorités mais ils ne sont pas des plans de mise en œuvre. Aussi, la mise en œuvre des DSRP, y compris les initiatives de planification familiale, doit être soutenue entre autres par les politiques, les plans, les budgets et les activités de renforcement des capacités humaines qui s'avèrent nécessaires. Des rapports annuels d'activités doivent également être préparés pour les DSRP et les plaidoyeurs de la planification familiale peuvent intervenir et jouer un rôle à chacune de ces étapes.

En 2006, l'Initiative des Politiques de Santé de l'USAID, Tâche 1, a collaboré avec un réseau d'ONG nationales, Groupe Pivot/Santé Population (GP/SP) cherchant à inclure la planification familiale au DSRP de seconde génération au Mali. Une première version de la stratégie venait d'être achevée lorsque l'Initiative des Politiques de Santé a fait son entrée dans le processus. Peu après, l'Initiative a apporté une assistance technique et financière pour recruter un consultant local qui représenterait GP/SP lors des réunions de planification et de révision du DSRP. L'expérience malienne dégage l'enseignement suivant :

- La planification familiale peut être repositionnée comme intervention stratégique qui aide à réduire la pauvreté. Il est essentiel à cet effet de disposer d'une organisation ou d'une personne

dévouée à la cause, active, offrant des suggestions et capable d'assurer le suivi des actions requises.

- Une participation dès les premières étapes est d'une grande importance pour sensibiliser à la question et chercher à obtenir le soutien afin d'inclure la planification familiale à tous les aspects du DSRP (à savoir, diagnostic, objectifs, recommandations de politiques, suivi, etc.).
- Il s'agit également de renforcer la capacité locale de la société civile afin qu'elle puisse mieux recommander et défendre la planification familiale et démontrer notamment les liens avec les stratégies de réduction de la pauvreté. Dans bien des pays, les organisations de lutte contre le VIH/SIDA arrivent mieux à démontrer l'incidence de l'épidémie sur le développement socioéconomique. Les plaidoyeurs de la planification familiale peuvent s'inspirer de ces organisations et travailler en concert. Les deux auront tout à gagner de l'intégration de la PF/SR et du VIH.
- Les plaidoyeurs de la planification familiale devraient cibler non seulement la cellule du DSRP mais aussi d'autres parties concernées influentes les invitant à participer aux termes d'une approche unifiée. Ils peuvent également trouver des alliés dans les rangs de la société civile (par exemple, les groupements féminins) et au sein du gouvernement (par exemple, le ministère de la santé).
- Enfin, les expériences du Mali nous montrent que l'utilisation de solides données (données démographiques et économiques adaptées au contexte du pays) et la présentation de suggestions concises — dont les modèles ou langage proposé peuvent être intégrés au document — aident les plaidoyeurs de la planification familiale à argumenter l'inclusion au DSRP. Les modèles informatiques de nature conviviale, décrits dans ce guide, peuvent être utilisés pour évaluer des contextes nationaux spécifiques.

Nous espérons que ce guide aidera les utilisateurs à créer un environnement favorable à la prise de décisions et la mise en œuvre de programmes de planification familiale et jettera une lumière nouvelle sur une stratégie souvent mal comprise qui permet pourtant d'améliorer la vie de ceux qui vivent dans des pays à faibles revenus dans le monde entier.

ABREVIATIONS

CAP	couple-années de protection
CPS	Cellule de Planification et de Statistique
DNP	Direction Nationale de la Population
EDS	Enquête démographique et de santé
FMI	Fonds monétaire international
FP	planification familiale
GP/SP	Groupe Pivot/Santé Population
GPRS	stratégie de croissance et de réduction de la pauvreté (Ghana)
HCNLS	Haut Conseil National pour la Lutte contre le SIDA
IDA	Association internationale pour le développement
IST	infection sexuellement transmissible
JSA	Evaluation conjointe (Banque mondiale/FMI)
MS	Ministère de la Santé
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	organisation non gouvernementale
OPRH	Office de la population et de la santé de la reproduction (USAID)
PETS	Système de suivi des dépenses publiques
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
PPTE	pays pauvres très endettés
PRGF	Mécanisme de réduction de la pauvreté et de croissance
PRSC	Crédit d'appui à la réduction de la pauvreté
PRSP	Document de stratégie de réduction de la pauvreté
RAA	rapport d'activités annuel
SIDA	syndrome du virus de l'immunodéficience acquise
SR	santé de la reproduction
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la population
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
USAID	Agence des Etats-Unis pour le Développement international
VIH	virus de l'immunodéficience humaine

SECTION I: INTRODUCTION

Le présent guide apporte des directives concernant l'intégration de la planification familiale aux Documents de stratégie pour la réduction de la pauvreté (DSRP). Il est destiné aux « champions » ou plaidoyeurs de la planification familiale et à tous ceux prenant part au processus du DSRP et dont l'objectif est de concevoir des stratégies novatrices et multisectorielles pour faire reculer la pauvreté.

Les nouveaux mécanismes d'assistance internationale et d'allègement de la dette cherchent, au travers des changements qu'ils introduisent, à s'assurer de plus en plus qu'avant de recevoir une assistance, le pays est effectivement prêt et capable de mettre en œuvre des réformes économiques et structurelles. C'est l'occasion à saisir pour les plaidoyeurs de la planification — au même titre que le défi à relever — pour obtenir l'engagement du gouvernement envers la planification familiale (Quijada et al., 2004; Greene and Merrick, 2005; Gibb Vogel, 2006). Un changement est notable à ce propos : la stipulation exigeant des pays qu'ils préparent des DSRP pour obtenir de la Banque mondiale ou du Fonds monétaire international (FMI) des prêts accordés à des conditions spéciales et autres formes d'allègement de la dette. Les DSRP sont des documents de stratégies nationales qui présentent les politiques macroéconomiques et sociales qu'adopteront les pays pour faire reculer la pauvreté et accélérer le processus pour atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) tels que : réduire la pauvreté et la faim, assurer l'éducation primaire pour tous et réduire d'ici 2015 la mortalité infantile et maternelle. C'est parce qu'on reconnaît de plus en plus la nature multidimensionnelle de la pauvreté et le fardeau des dettes de plus en plus lourdes sur la capacité d'un pays d'utiliser efficacement l'aide accordée qu'on cherche à relier l'assistance internationale à la réduction de la pauvreté. Les DSRP influencent la planification du développement socioéconomique d'un pays, notamment les décisions quant aux mesures à prendre pour diminuer les pressions démographiques et de population dans le plus long terme.

La planification familiale est l'une des diverses voies permettant d'enrayer la croissance de la population et de réduire les pressions démographiques.¹ Une population de taille plus petite signifie des dépenses moindres pour l'éducation, la santé et autres services sociaux et des pressions moins lourdes sur l'environnement et les ressources naturelles. La planification familiale contribue également directement à une meilleure santé puisqu'elle aide à diminuer la mortalité et la morbidité infantiles et maternelles. Repositionner la planification familiale comme composante clé des programmes multisectoriels de réduction de la pauvreté permet non seulement de renforcer le soutien pour la planification familiale mais aide les pays, du point de vue logistique et financier, à atteindre plus aisément les objectifs de réduction de la pauvreté. A une époque où l'assistance internationale est de plus en plus axée sur les résultats et la redevabilité, la planification familiale devrait être vue comme un pilier des DSRP.

Nous espérons que ce guide aidera les utilisateurs à créer un environnement favorable à la prise de décisions et à la mise en œuvre de programmes de planification familiale et éclairera sous un jour nouveau les stratégies souvent mal comprises permettant pourtant d'améliorer la vie de ceux qui vivent dans des pays à faibles revenus du monde entier. La deuxième section de ce guide présente une vue générale des DSRP, des principaux intervenants prenant part au processus ainsi que des étapes clés de ce processus. La section 3 souligne l'importance de la planification familiale en tant que pilier des efforts de réduction de la pauvreté. Les messages donnés ici sont la base de la participation de la société civile afin d'encourager l'inclusion de la planification familiale au DSRP, le sujet de la section 4. Ensuite, la section

¹ Autres déterminants immédiats importants de la fécondité outre l'utilisation de la contraception: modalités de mariage (par exemple, âge au mariage), durée de l'abstinence lors du post-partum, durée de l'allaitement maternel lors de la période du post-partum et avortement. Les fonds des Etats-Unis ne peuvent pas être utilisés pour recommander ou fournir l'avortement comme méthode de planification familiale.

5 présente une étude de cas des efforts faits pour intégrer la planification familiale au DSRP, en prenant l'exemple récent du Mali. La section 6 offre une liste de vérification facile à utiliser sur les directives du guide et les leçons retenues. Enfin, la section 7 présente les outils, ressources en ligne et lectures recommandées tout au long du guide.

SECTION 2: COMPRENDRE LE DSRP

Un DSRP est une stratégie nationale préparée par des pays en développement pour présenter les conditions requises leur donnant droit à des prêts et instruments d'allègement de la dette de la Banque mondiale et du FMI. Elle doit surtout faire ressortir le lien entre les plans nationaux, le soutien des bailleurs de fonds et les résultats nécessaires pour atteindre les huit OMD. Document stratégique qui pose les fondements des diverses formes d'assistance, le DSRP est un mécanisme important de financement des programmes de développement national, y compris des initiatives de planification familiale. La présente section brosse les grands traits du DSRP, de ses principales étapes et intervenants clés du processus du DSRP. Elle fait également le point des DSRP actuels. La quatrième section explique plus dans le détail le rôle que peuvent jouer les plaidoyers de la planification familiale à chaque étape.

Histoire du DSRP

Dans les années 90, devant la dette toujours plus lourde des pays à faibles revenus et toutes les difficultés engendrées pour permettre à ces pays de sortir de leur état de pauvreté, les organisations multilatérales et les bailleurs de fonds ont mis sur pied diverses initiatives visant à améliorer l'efficacité et l'impact des efforts d'assistance internationale. Pivot même de l'effort, on cherchait à prouver que le pays présentait les conditions de recevabilité nécessaires pour l'allègement de la dette parce qu'il était véritablement engagé à réformer les politiques et à investir dans des programmes économiques et sociaux conçus pour faire reculer la pauvreté. Dans le cadre de l'Initiative des pays pauvres très endettés (PPTE), démarrée en 1996, les pays peuvent faire une demande d'allègement de la dette en montrant que les paiements de la dette seront redirigés vers l'accélération des réformes et le renforcement de l'engagement à réduire la pauvreté — ce qui est expliqué dans le DSRP du pays.

Le DSRP est devenu le préalable nécessaire pour l'obtention de crédits, dons et prêts à faibles intérêts accordés par la Banque mondiale et le FMI. Le type d'assistance qui sera obtenue dépend de la situation économique du pays. L'Association internationale pour le développement de la Banque mondiale (IDA) s'attache avant tout à réduire la pauvreté et à améliorer les conditions de vie dans les pays les plus pauvres. La Banque apporte une assistance technique ainsi que des crédits sans intérêts, des dons et des prêts à faibles intérêts venant soutenir des secteurs sociaux comme l'éducation, la santé et d'autres domaines dont l'infrastructure et la communication. La mise en œuvre des DSRP est soutenue par un instrument de prêt appelé le Crédit d'appui à la réduction de la pauvreté (PRSC).² Les pays à faibles revenus peuvent emprunter auprès du FMI à des taux d'intérêt avantageux par le biais du mécanisme de réduction de la pauvreté et croissance (PRGF) et mécanisme des chocs exogènes (FMI, 2006).³ Ces prêts

² La Banque mondiale a introduit le mécanisme du PRSC en 2001. Le PRSC apporte un soutien financier au programme de développement à moyen terme (par exemple, le DSRP). Les prêts sont accordés en fonction de certaines conditions auxquelles devra satisfaire le gouvernement. Ensuite, les décaissements se font lors de jalons indiqués (par exemple, les réformes de politiques dont il est question dans le DSRP).

³ Le PRGF est le mécanisme de prêt à faibles intérêts mis en place en 1999. Il est également lié au PRSP et vise à soutenir les programmes et politiques entrant dans le champ d'action du FMI, par exemple la réforme de la politique macroéconomique. Le mécanisme des chocs exogènes apporte une assistance financière et sur le plan des politiques pour les pays à faibles revenus connaissant des « chocs exogènes », par exemple des catastrophes naturelles et chutes des prix de produits de base qui se répercutent négativement sur leur économie. Par contre, ce financement diffère d'autres mécanismes du FMI de prêt en cas d'urgence puisqu'il aide les pays à formuler un programme économique complet pour traiter les chocs sous-jacents.

sont accordés à la condition que le pays emprunteur mette en oeuvre des politiques spécifiques pour équilibrer le paiement de sa dette internationale.

Une autre tendance importante se dégage dans les réformes de l'assistance internationale, celle qui consiste à considérer de plus en plus le multisectorialisme tant au niveau de la reconnaissance des divers facteurs qui contribuent à la pauvreté que de la participation des divers secteurs à la préparation et mise en oeuvre des stratégies qui traitent ces facteurs. En 1999, la Banque mondiale et le FMI adoptaient un cadre conceptuel du développement intégral qui cherchait à étendre les aspects économiques en traitant les facteurs sociaux, environnementaux, de gouvernance et de systèmes qui freinent le développement. Ces facteurs doivent être pris en compte par le DSRP. De plus, les gouvernements doivent engager dans le processus du DSRP divers ministères (pas seulement le Ministère des Finances), des partenaires de la société civile et des partenaires du développement dont la Banque mondiale et le FMI. C'est l'accent sur la dimension multisectorielle qui représente l'occasion d'encourager l'inclusion des questions, programmes et indicateurs de la planification familiale dans le DSRP (tel que nous le verrons dans la Section 4).

Qu'est un DSRP ?

Un DSRP est un document stratégique qui guide les programmes nationaux de développement et de réduction de la pauvreté réalisés dans le but d'atteindre les huit OMD. Le DSRP doit être revu et mis à jour tous les 3 à 5 ans. Vu que les politiques, les programmes et les ressources proposés changeront en fonction de la situation socioéconomique de tel ou tel pays, la Banque mondiale et le FMI n'ont pas mis au point un modèle standard et universel des DSRP. Il n'en reste pas moins que cinq piliers alimentent les stratégies qui doivent être :

- « Menées par les pays, impliquant la participation au niveau de la formulation, de la mise en oeuvre et du suivi des progrès en fonction de résultats concrets ;
- Axées sur les résultats et mettant l'accent sur ceux qui profitent aux démunis ;
- Globales, prenant en compte l'aspect multidimensionnel de la pauvreté et des mesures qui permettent de s'y attaquer ;
- Axées sur les partenaires, avec des bases favorisant la participation active et coordonnée des partenaires du développement (bilatéraux, multilatéraux et non gouvernementaux) dans le cadre du soutien aux stratégies du pays ; et
- Basées sur une perspective à long terme de la réduction de la pauvreté » (Klugman, 2002b, p.3).

A Sourcebook for Poverty Reduction Strategies (Klugman, 2002a)⁴ de la Banque mondiale apporte des directives sur la manière de concevoir un DSRP. Cet ouvrage est organisé en sept grands thèmes dont les techniques de base (mesure et analyse de la pauvreté ; cibles de développement et coûts), Questions transversales (gouvernance, participation), les questions macro et structurelles (politique commerciale) et la pauvreté rurale et urbaine. Un DSRP devrait au minimum faire une description du processus participatif utilisé pour concevoir la stratégie, présenter un diagnostic de la situation du pays sur le plan de la pauvreté, articuler les politiques proposées pour traiter les causes sous-jacentes de la pauvreté et ébaucher un plan de suivi et d'évaluation. UN DSRP doit également faire une évaluation réaliste des ressources nécessaires (internes et externes) pour mettre en oeuvre les politiques proposées.

⁴ Disponible à

<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTPOVERTY/EXTPRS/0,,contentMDK:20175742~pagePK:210058~piPK:210062~theSitePK:384201.00.html>.

On encourage les pays à utiliser dans la mesure du possible les politiques et plans existants. Par exemple, l'Ouganda avait préparé en 1997 un plan d'action pour l'éradication de la pauvreté qui a été revu et présenté en 2000 comme DSRP — devenant ainsi le premier pays à achever un DSRP. Les pays peuvent également préparer un DSRP intérimaire alors qu'ils terminent un DSRP complet pour éviter tout retard dans l'obtention de prêts assortis à des conditions de faveur et allègement de la dette.

Comment sont préparés les DSRP ?

Il est important pour ceux qui cherchent à participer au processus du DSRP d'avoir une compréhension générale de la manière dont il fonctionne. Le graphique 1 ébauche les principales étapes de la formulation, de la mise en œuvre et du suivi d'un DSRP. Le calendrier varie d'un pays à l'autre. (La section 4 apporte de plus amples détails sur la manière dont les plaidoyeurs de la planification familiale peuvent prêter leur concours à chaque étape du processus.)

Le processus démarre en faisant le diagnostic de la situation d'un pays sur le plan de la pauvreté, notamment en cherchant à déterminer les groupes qui sont le plus touchés par la pauvreté, les diverses causes sous-jacentes de la pauvreté (en reconnaissant la nature multidimensionnelle du problème) et en étudiant l'impact anticipé des différentes politiques et approches sur la pauvreté et sur la réduction de la pauvreté. A ce stade, le gouvernement met sur pied un processus de planification participative qui compte une vaste gamme de parties concernées.

L'étape de la formulation est probablement celle qui prend le plus de temps dans le processus du DSRP. Les tâches suivantes reviennent à l'équipe de la conception du DSRP :

- Définir les objectifs au vu du diagnostic de la situation de pauvreté d'un pays ;
- Concevoir des politiques qui répondent aux causes de la pauvreté dans le pays ;
- Préparer des estimations réalistes des ressources nécessaires pour mettre en œuvre les politiques ; et
- Présenter les grandes lignes d'un plan de suivi et d'évaluation qui comprend des cibles et des indicateurs correspondant au diagnostic de la pauvreté, aux objectifs stipulés et aux politiques proposées.

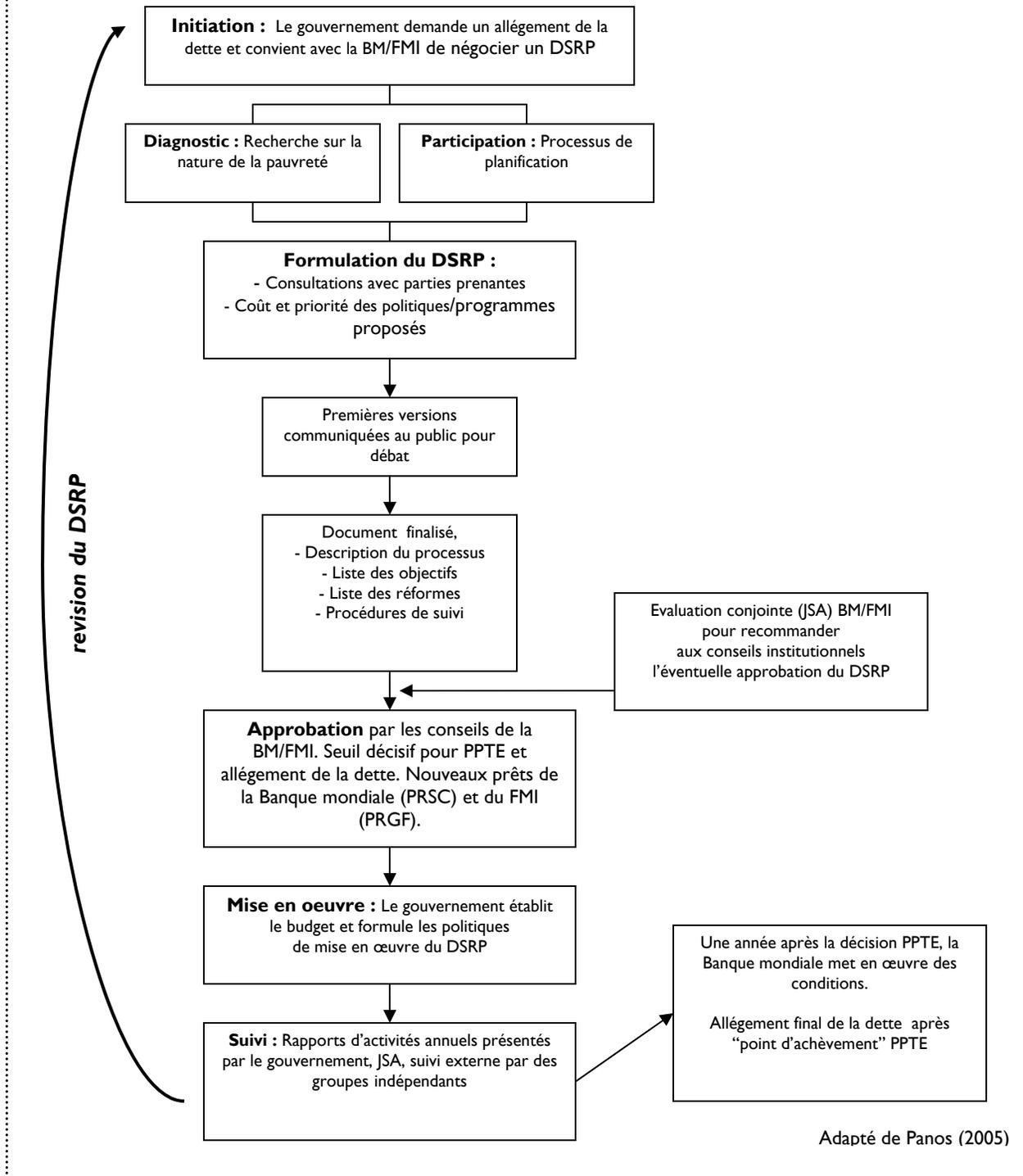
Un lien logique devra relier l'identification des problèmes retenus, aux politiques proposées pour les résoudre et aux indicateurs utilisés pour évaluer les progrès. Le DSRP devra également faire état des priorités accordées aux différentes questions, aux politiques proposées et aux ressources nécessaires plutôt que de faire défiler une liste sans fin de politiques qui sont impossibles à financer et à mettre en œuvre. Le Ministère des Finances doit également revoir et ajouter un plan de dépenses à moyen terme à la version finale.

Dans l'idéal, toute une série de parties concernées devraient concourir à la formulation et à l'examen du DSRP, tel que le précisent les directives du DSRP. Dans certains cas, l'avant-projet du DSRP est communiqué au public aux fins de discussion ouverte. En effet, le débat ouvert est l'occasion pour l'équipe du DSRP et autres parties concernées de négocier les questions et aspects qui seront joints à la version finale. C'est par l'intermédiaire de l'assistance technique tout au long du processus et par l'évaluation conjointe (JSA) du DSRP que la Banque mondiale et le FMI assument également un rôle important vérifiant que les politiques proposées dans le DSRP constituent une solide base pour la fourniture de l'assistance.

Les conseils exécutifs de la Banque mondiale et du FMI décident de l'éventuelle approbation de la stratégie. C'est l'approbation du DSRP qui marque le tournant décisionnel de l'Initiative PPTE permettant à un pays d'avoir droit à l'allègement de sa dette. L'approbation permet également à un pays de recevoir des prêts de la Banque mondiale et du FMI.

Au vu de la nature diversifiée des DSRP, les documents stratégiques ne sont pas des plans de mise en œuvre à proprement parler. Pour mettre en œuvre un DSRP, le gouvernement doit adopter les budgets, les plans, réglementations et politiques nécessaires et doit définir les rôles et les responsabilités de la gestion de chaque composante — qu'il s'agisse de la santé, de la gouvernance ou de la réforme économique. Il faut ensuite savoir que l'inclusion dans le DSRP n'est pas une garantie que l'activité sera entièrement ou effectivement mise en œuvre.

GRAPHIQUE I. PRINCIPALES ÉTAPES DU PROCESSUS DU DSRP



Adapté de Panos (2005)

Ensuite, les pays doivent présenter des rapports d'activités annuels. Pour le suivi de l'impact des initiatives contenues dans le DSRP sont compilés en un seul système coordonné plusieurs mécanismes de

suivi individuel, ce qui pose des défis de taille du point de vue pratique dans certains pays (Bedi et al., 2006). Aucun critère ne vient spécifier ce qui doit être contenu dans un rapport d'activités. Par ailleurs, les directives des évaluations conjointes de la Banque mondiale et du FMI précisent que les rapports doivent évaluer la performance, indiquer les modifications proposées et nouvelles analyses qui influenceront les activités de l'année suivante et montrer également comment le pays a tenu compte des commentaires faits dans les évaluations passées (Banque mondiale/FMI, n.d.). Les directives recommandent également que le pays explique comment les rapports d'activités annuels sont utilisés pour maintenir les parties concernées au courant de l'état d'avancement des activités. En plus des rapports annuels et JSA, des organisations externes peuvent faire des évaluations indépendantes de certaines initiatives et de leur incidence sur la réduction de la pauvreté. Certes le DSRP s'attache essentiellement à la réduction de la pauvreté (OMD #1), mais on tient également compte lors de l'étape du suivi et de l'évaluation des progrès faits par un pays vers la réalisation des autres OMD –surtout dans le domaine de l'éducation, de l'environnement et de la santé puisque ces avancées marquent également un recul de la pauvreté.

Les résultats des efforts de suivi et d'évaluation doivent être liés et étayer le processus décisionnel du prochain DSRP qui est mis à jour et revu tous les 3 à 5 ans. Si un pays met en œuvre depuis un an au moins un DSRP, adopte de grandes réformes et démontre une bonne performance (progrès expliqués et attestés dans les rapports annuels), le pays arrive au point d'achèvement de l'Initiative PPTE et obtient le pardon de la dette négocié au seuil décisionnel.

✚ LECTURES RECOMMANDÉES

Health in Poverty Reduction Strategy Papers (PRSPs): An Introduction and Early Experience (Walford, 2002)

Influencing Poverty Reduction Strategies: A Guide (Oxfam, 2002)

“Overview” in PRSP sourcebook (Klugman, 2002b)

“Poverty Reduction Strategy Papers (PRSPs): A Rough Guide” (Projet Bretton Woods, 2003)

PRSPs: Their Significance for Health: Second Synthesis Report (OMS, 2004)

“Who’s Richer, Who’s Poorer? A Journalist’s Guide to the Politics of Poverty Reduction Strategies” (Panos, 2005)

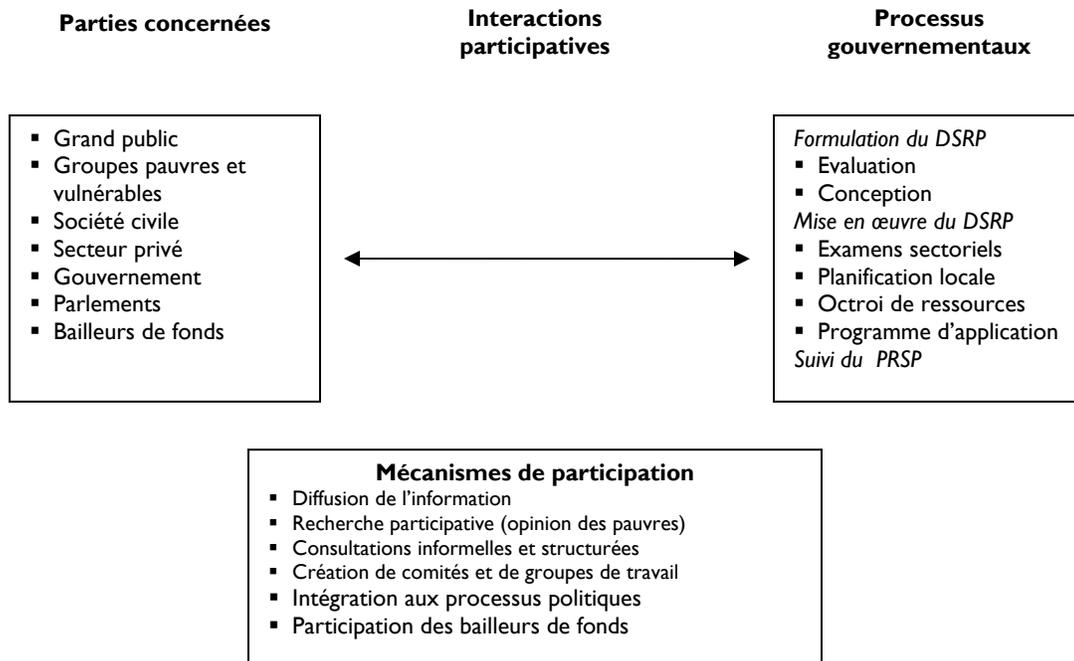
Quels sont les intervenants clés du processus ?

La participation est le pivot des conditions du DSRP. Le processus de planification participative utilisé dans le pays doit être décrit dans la présentation du DSRP. Il revient au gouvernement national de se doter d'un mécanisme encourageant et facilitant la participation d'une vaste gamme de parties concernées. Le projet de Bretton Woods (2003) explique que des « arrangements dans le pays ont été pris aux diverses étapes du processus du DSRP dont des comités ministériels et inter-ministériels, des comités directeurs avec divers secteurs de la société, des groupes thématiques traitant de questions générales, des groupes de suivi, etc. » (page 8). Ces parties prenantes peuvent inclure des représentants des différents ministères, des associations de sociétés privées, la société civile et des ONG, des représentants des collectivités locales, des dirigeants communautaires, des bailleurs de fonds et des groupes de défense des pauvres. Le DSRP traitant avant tout de politiques macroéconomiques, c'est généralement le Ministère des Finances qui assume la direction du groupe chargé de formuler la stratégie. Il reste pourtant important de faire participer le personnel d'autres ministères (santé, éducation, travail) ainsi que des groupes de la société civile et du secteur privé.

Le guide du DSRP (Sourcebook) présente une vue schématique des groupes de parties concernées et mécanismes de participation qui jalonnent les diverses étapes du processus du DSRP (voir Graphique 2). La qualité et la nature de la participation varient grandement d'un pays à l'autre. McGee et d'autres (2002) suggèrent que, si la majorité des gouvernements font participer la société civile, le rôle de ces groupes reste pourtant souvent « consultatif ». Selon la définition du terme : « les participants peuvent exprimer leurs vues sans engagement d'en tenir compte de la part de ceux qui les invitent à s'exprimer et à participer » (p. 7). Par contre, une forme plus dynamique de la participation serait celle de la « prise de décisions conjointe » où existe effectivement l'engagement de prendre en compte les vues de tous les participants (McGee et Norton, 2000). Une étude d'Oxfam (2004) en vient à la même conclusion, indiquant que des « nouveaux espaces de dialogue se sont ouverts dans presque chaque pays, » et dans la plupart des cas c'est le modèle de la consultation qui est suivi et non pas celui d'une authentique « participation » (p. 1).

De nombreuses études ont également évalué la mesure dans laquelle les différents secteurs et groupes participent au processus du DSRP. Certains ministères ou groupes peuvent avoir plus d'influence en fonction de leur type d'expertise (par exemple, Ministère des Finances) ou de l'importance ponctuelle du problème à ce moment-là (par exemple le VIH/SIDA). Le Groupe de population et de santé de la reproduction de la Banque mondiale (2004) constate que le mécanisme participatif du DSRP « devrait donner davantage voix au chapitre aux pauvres et à la société civile » (p. 6). Une analyse des expériences dans quatre pays indique que la participation des ministères de la santé au DSRP était limitée. L'étude suggère que les ministères de la santé ont été marginalisés car leur personnel ne dispose pas de « compétences macroéconomiques » et parce que les « intervenants influents dans le processus du DSRP, tels que les comités parlementaires ou groupes d'action politique sont généralement en-dehors de la sphère des ministères de la santé » (OMS/UNFPA, 2006, p.4). Ces études font ressortir la nécessité d'accorder une plus grande attention aux processus participatifs, surtout l'engagement des plaidoyers de la planification familiale qui se trouvent dans les rangs de la société civile et dans les ministères de la santé. Elles montrent également qu'il est important de mieux positionner les représentants officiels des ministères de la santé vis-à-vis des décideurs gouvernementaux influents et de renforcer les capacités des plaidoyers de la société dans le secteur public et la société civile du point de vue des compétences techniques et aptitudes de communication, leur donnant ainsi les armes pour s'engager activement dans le processus du DSRP.

GRAPHIQUE 2. PARTICIPATION AUX PROCESSUS DU DSRP



Source: Tikare et al. (2006)

Quel est le statut actuel du DSRP ?

Comme indiqué dans le Tableau 1, chaque pays progresse à sa propre cadence le long du processus du DSRP. Les pays formulent des plans et établissent des budgets pour mettre en œuvre une stratégie approuvée récemment ou une stratégie intérimaire, suivent la mise en œuvre du DSRP et présentent des rapports annuels ou encore compilent la recherche et définissent les priorités qui seront comprises dans le nouveau DSRP ou dans celui de la prochaine génération.

Depuis 2000, 51 pays ont achevé au moins un DSRP complet et 13 autres pays n'ont préparé que des DSRP intérimaires. (Le site web du FMI⁵ donne accès aux DSRP intérimaires de chaque pays, aux DSRP complets et aux rapports annuels. Prière de consulter le site web pour obtenir les informations les plus récentes sur chaque sujet.)

⁵ Disponible à : <http://www.imf.org/external/np/prsp/prsp.asp?view=all&sort=cty#cp>.

- Les pays qui ont achevé leur DSRP de première génération de 2001 à 2003 — par exemple, le Bénin, l’Ethiopie, le Honduras, le Rwanda — devront préparer sous peu des DSRP de seconde génération s’ils veulent recevoir des prêts supplémentaires ou autre aide à l’allègement de la dette.
- Des pays comme le Bangladesh, la Dominique, le Kenya et le Lesotho ont achevé leurs DSRP de première génération en 2005/2006. Dans les deux à trois années qui viennent, ces pays devront mettre en œuvre les activités prioritaires de leur document stratégique et présenteront ensuite les rapports d’activités annuels.
- Douze pays ont achevé leurs DSRP de seconde génération, dont le Cambodge, le Ghana, le Mozambique, le Nicaragua, la Tanzanie, l’Ouganda, le Vietnam. Là aussi, dans les années à venir, ces pays se concentreront sur la mise en œuvre et le suivi.
- Les 13 pays avec des DSRP intérimaires devront formuler des DSRP complets dans les quelques années à venir s’ils souhaitent obtenir une assistance supplémentaire. Des pays comme l’Afghanistan, l’Haïti, le Liberia, la République du Congo et l’Ouzbékistan ont présenté des DSRP intérimaires de 2005 à 2007, indiquant qu’ils allaient présenter des DSRP complets dans un avenir proche.

TABLE I. STATUT DES DSRP PAR PAYS ET PAR ANNÉE D’APPROBATION (AOUT 2007)

	PAYS	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
1	Afghanistan							i-DSRP	
2	Albanie	i-DSRP	DSRP-I						
3	Arménie		i-DSRP		DSRP-I				
4	Azerbaïdjan		i-DSRP		DSRP-I				
5	Bangladesh				i-DSRP		DSRP-I		
6	Bénin	i-DSRP			DSRP-I				
7	Bhoutan					DSRP-I			
8	Bolivie	i-DSRP	DSRP-I						
9	Bosnie Herzégovine					DSRP-I			
10	Burkina Faso	DSRP-I					DSRP-2		
11	Burundi					i-DSRP			DSRP-I
12	Cambodge	i-DSRP		DSRP-I				DSRP-2	
13	Cameroun	i-DSRP			DSRP-I				
14	Cap Vert			i-DSRP			DSRP-I		
15	République Centrafricaine	i-DSRP							
16	Tchad	i-DSRP			DSRP-I				
17	Comores							i-DSRP	
18	Congo, République Démocratique			i-DSRP					

	PAYS	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
19	Congo, République du						i-DSRP		
20	Côte d'Ivoire			i-DSRP					
21	Djibouti		i-DSRP						
22	Dominique					i-DSRP		DSRP-1	
23	Ethiopie	i-DSRP		DSRP-1					
24	Gambie	i-DSRP		DSRP-1					
25	Géorgie	i-DSRP			DSRP-1				
26	Ghana	i-DSRP			DSRP-1			DSRP-2	
27	Grenade							i-DSRP	
28	Guinée	i-DSRP		DSRP-1					
29	Guinée-Bissau	i-DSRP							
30	Guyana	i-DSRP		DSRP-1					
31	Haïti							i-DSRP	
32	Honduras	i-DSRP	DSRP-1						
33	Kenya	i-DSRP					DSRP-1		
34	Kyrgyzstan		i-DSRP	DSRP-1					DSRP-2
35	Laos		i-DSRP			DSRP-1			
36	Lesotho	i-DSRP						DSRP-1	
37	Liberia								i-DSRP
38	Macédoine	i-DSRP							
39	Madagascar	i-DSRP			DSRP-1				DSRP-2
40	Malawi	i-DSRP		DSRP-1					DSRP-2
41	Mali	i-DSRP		DSRP-1					
42	Mauritanie	DSRP-1							DSRP-2
43	Moldavie	i-DSRP		i-DSRP		DSRP-1			
44	Mongolie		i-DSRP		DSRP-1				
45	Mozambique	i-DSRP	DSRP-1						DSRP-2
46	Népal				DSRP-1				
47	Nicaragua	i-DSRP	DSRP-1					DSRP-2	
48	Niger	i-DSRP		DSRP-1					
49	Nigeria						DSRP-1		
50	Pakistan		i-DSRP			DSRP-1			
51	Rwanda	i-DSRP		DSRP-1					
52	São Tomé & Príncipe	i-DSRP					DSRP-1		
53	Sénégal	i-DSRP		DSRP-1					
54	Serbie et					DSRP-1			

	PAYS	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
	Monténégro								
55	Sierra Leone		i-DSRP				DSRP-1		
56	Sri Lanka			DSRP-1					
57	Tadjikistan	i-DSRP		DSRP-1					
58	Tanzanie	i-DSRP ; DSRP-1						DSRP-2	
59	Timor-Leste						DSRP-1		
60	Ouganda	DSRP-1					DSRP-2		
61	Ouzbékistan						i-DSRP		
62	Vietnam		i-DSRP	DSRP-1		DSRP-2			
63	Yemen	i-DSRP		DSRP-1					
64	Zambie	i-DSRP		DSRP-1					

Note : i-DSRP = intérimaire DSRP; DSRP-1 = première génération; DSRP-2 = seconde génération

Source : Site web du FMI <http://www.imf.org/external/np/DSRP/DSRP.asp?view=all&sort=cty#cp> [consulté 13 août 2007].
Visiter le site web pour l'information la plus récente sur chaque pays.

SECTION 3:

POURQUOI INCLURE LA PLANIFICATION FAMILIALE DANS LES DSRP?

Dans l'optique des plaidoyeurs de la planification familiale, un DSRP peut montrer qu'un gouvernement est effectivement engagé à concevoir, financer et mettre en œuvre des initiatives de planification familiale. Soutenus par un tel engagement politique de haut niveau, les plaidoyeurs de la planification familiale peuvent coordonner avec d'autres secteurs pour mettre en œuvre des programmes multisectoriels. Dans l'optique des gouvernements et des planificateurs des DSRP, la satisfaction des besoins non satisfaits en planification familiale relève d'une intervention qui aidera les pays à atteindre plus aisément toute une série de buts socioéconomiques dont les huit OMD (voir Encadré 1).

Si certaines questions touchant à la santé de la reproduction — telle que la santé maternelle et la prévention du VIH — ont atteint le pallier des OMD et sont donc souvent comprises dans les DSRP, la planification familiale n'est pourtant pas vue comme le but principal.⁶ Aussi, faut-il commencer par comprendre les liens entre une fécondité élevée et le développement socioéconomique si on cherche à intégrer la planification familiale au DSRP. Ensuite, les personnes concernées devront montrer qu'un accès élargi à la planification familiale peut effectivement aider les pays à ralentir la croissance de la population et à faire reculer la pauvreté dans les efforts faits pour atteindre d'autres OMD.

Il n'est guère aisé en outre de comprendre les divers liens qui existent entre la planification familiale, une fécondité élevée et la réduction de la pauvreté au regard des nombreuses et complexes questions culturelles, sociales et économiques qui entrent en jeu (Merrick, 2002). Prenons par exemple une fécondité élevée qui peut être aussi bien une cause de pauvreté (plus de gens consomment plus de ressources) qu'une conséquence de la pauvreté (à savoir que les pauvres et les gens qui vivent dans des zones rurales peu desservies sont privés de l'accès équitable à l'information et aux services de planification familiale).

De plus, la planification familiale à elle seule ne saurait apporter les changements démographiques durables et ne pourra non plus faire reculer la pauvreté sans être accompagnée des politiques adéquates nécessaires pour promouvoir la croissance économique et la fourniture des services sociaux.

ENCADRÉ I

LES OBJECTIFS DU MILLÉNAIRE POUR LE DÉVELOPPEMENT

1. Réduire l'extrême pauvreté et la faim
2. Assurer l'éducation primaire pour tous
3. Promouvoir l'égalité et l'autonomisation des femmes
4. Réduire la mortalité infantile
5. Améliorer la santé maternelle
6. Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies
7. Assurer un environnement durable
8. Mettre en place un partenariat mondial pour le développement

⁶ En 2006, l'Assemblée générale des Nations Unies a défini une nouvelle *cible* sous OMD #5 qui se rapporte à une meilleure santé maternelle. La nouvelle cible, « D'ici à 2015, assurer l'accès universel à la santé de la reproduction », est reconnue comme une composante importante pour atteindre l'OMD concernant la réduction de la mortalité maternelle. Les indicateurs connexes de cette cible relatifs à la santé de la reproduction pourront inclure le taux de prévalence de la contraception, le besoin non satisfait en planification familiale, la disponibilité des soins obstétricaux d'urgence et le taux de fécondité par âge pour le groupe des 15 à 19 ans (OMS, 2005).

Tenant compte de ces réserves, la présente section offre une vue générale des raisons justifiant l'inclusion des programmes de planification familiale au DSRP, en faisant ressortir les éléments particuliers des directives de la Banque mondiale pour les DSRP. Dans cette section, nous montrons que la planification familiale est une question multisectorielle en rapport avec la pauvreté, qu'elle permet aux pays tant du point de vue logistique que sur le plan du coût-efficacité d'atteindre plus facilement les résultats liés à la réduction de la pauvreté et elle montre également qu'un accès élargi à la planification familiale traite des aspects liés à l'équité et à la responsabilisation. La section conclut en donnant des exemples montrant comment les pays ont intégré jusqu'à présent la planification familiale à leurs DSRP.

Il n'est pas possible de donner ici une discussion complète de l'interaction entre une fécondité élevée, la planification familiale et la pauvreté. Aussi, les parties intéressées devront aller plus loin que les raisons invoquées ci-après et adapter à leur contexte les données factuelles, les outils et les analyses de la dynamique entre la pauvreté, la planification familiale et la population. « La section 7 : Outils, Ressources en ligne et Lectures recommandées » présente d'autres ressources que pourront utiliser les plaidoyeurs de la planification familiale pour convaincre de l'importance d'intégrer la planification familiale au DSRP.

La nature multidimensionnelle de la pauvreté

Conformément aux directives de la Banque mondiale, les pays devraient reconnaître la « nature multidimensionnelle des causes de la pauvreté et des mesures pour s'y attaquer » et devraient articuler « une perspective à long terme de la réduction de la pauvreté, en reconnaissant qu'un tel recul de la pauvreté pendra du temps » (Klugman, 2002a, p.3). En tenant compte des questions relatives à la population et du rôle que joue la planification familiale dans le développement national, les planificateurs et les parties concernées par le DSRP peuvent démontrer leur connaissance des diverses facettes de la pauvreté et leur compréhension des stratégies qui devront être déployées pour continuer à progresser.

Deux grandes raisons viennent expliquer que la planification familiale est une question multisectorielle liée à la pauvreté : (1) une fécondité élevée est l'un des facteurs non économique qui influence la fécondité et le développement économique aux niveaux sociétal et familial ; et (2) une fécondité moins élevée grâce à un meilleur accès et à l'utilisation de la planification familiale allège les tensions exercées sur toute une gamme de services dans les différents secteurs. Les points suivants montrent comment la fécondité et/ou la planification familiale peuvent influencer le développement socioéconomique à court et à long termes dans divers secteurs.

- **Impact d'une faible fécondité au niveau national.** La recherche démontre qu'une fécondité élevée est un frein pour la croissance économique (Birdsall et al., 2001; Singh et al., 2004). Les pays avec une « pression démographique » élevée⁷ ou avec des populations qui s'accroissent rapidement ont bien du mal à répondre aux demandes de la population que ce soit pour l'éducation, le travail, la santé et l'infrastructure. La croissance de la population pèse également sur l'environnement avec toutes les préoccupations que cela entraîne sur la sécurité alimentaire, l'eau potable et la disponibilité des terres arables (Leisinger et al., 2002).

La diminution de la fécondité aide à alléger la pauvreté et stimule la croissance économique. Par exemple, une étude de 2001 a examiné l'impact d'une fécondité moins élevée sur la pauvreté dans 45 pays (Eastwood and Lipton, 2001). L'étude a estimé que la réduction du taux de natalité de l'ordre de 5 naissances pour 1000 lors des années 80 aurait diminué l'incidence nationale moyenne de la pauvreté de 18,9 % au milieu des années 80 à 12,6 % au milieu des années 90.

⁷ La pression démographique concerne le nombre de personnes par rapport aux ressources financières et naturelles d'un territoire donné (May, 2005).

Les pays connaissant un taux de natalité en recul et qui peuvent investir dans le développement socioéconomique lors d'une telle période pourront profiter des dividendes démographiques (Merrick, 2002). Lors d'une brève période, des taux de natalité à la baisse amélioreront le taux de dépendance, puisqu'il existe un nombre accru d'adultes productifs par rapport au nombre de jeunes et de personnes âgées dépendantes. Le dividende démographique est réalisé si les pays répondent avec des politiques et ressources adéquates, celles qui auraient été nécessaires pour répondre au nombre plus grand de dépendants et ainsi « libérées pour l'investissement dans le développement économique et le bien-être familial » (Ross, 2004, p.1). Les travaux de recherche nous montrent que les pays de l'Asie de l'Est et dans une mesure moindre d'Amérique latine ont bénéficié de ce dividende démographique ces quarante dernières années (Mason et Lee, 2004).

- **Impact d'une faible fécondité au niveau des ménages.** Une fécondité élevée obère les ressources des ménages à faibles revenus et entrave leur capacité à sortir de l'impasse de la pauvreté. On sait bien que de meilleures opportunités éducatives sont accompagnées du progrès économique et pourtant la scolarisation des enfants est associée négativement à la taille de la fratrie. Les familles plus nombreuses ont tendance à garder les enfants à la maison, surtout les filles, n'ayant pas les moyens d'assurer leur éducation (Projet du Millénaire des Nations Unies, 2006).

Une plus petite famille se traduit par un revenu moyen plus élevé par habitant. Comme le note l'UNFPA, « une famille d'une taille donnée risque de se trouver en dessous du seuil de pauvreté mais avec un membre en moins, elle s'élèvera sans nul doute au dessus du seuil de pauvreté. » (2004, Chap.2, p.3)⁸ Si elles disposent de plus de ressources par personne, les familles pourront mieux payer les dépenses de leurs enfants sur le plan de l'éducation, de la santé et de la nutrition. Une famille plus petite aura également plus de chances de pouvoir mettre de l'argent de côté pour les cas d'urgence (par exemple, de graves maladies comme le VIH ou le paludisme) et ainsi elles ne se verront pas dans l'obligation de contracter des dettes ou de vendre du bétail ou des terres, autant de biens qui sont essentiels à la survie de la famille.

Les directives de la Banque mondiale pour les DSRP intérimaires notent qu'« une mauvaise santé, la malnutrition et une fécondité élevée sont les trois grandes raisons faisant que les ménages deviennent ou restent pauvres » (Soucat et al., 2000, p.3). Répondre au besoin non satisfait en planification familiale relève d'une intervention qui permet de diminuer la fécondité et qui est la source d'avantages sanitaires pour la mère et l'enfant. Les complications liées à la grossesse et à l'accouchement (hémorragie, infection et complications imputables à l'avortement) représentent 13 % de la charge de mortalité mondiale chez les femmes âgées de 15 à 44 ans (Cohen, 2004). La mortalité et la morbidité chez les femmes se répercutent ensuite sur la santé et la nutrition des enfants. L'accès aux contraceptifs permet aux femmes de remettre à plus tard ou de limiter les naissances et ainsi, elles sont moins exposées aux grossesses à haut risque. Par ailleurs, les femmes qui limitent ou retardent les grossesses sont également plus susceptibles de fréquenter l'école, de poursuivre leurs études et d'obtenir de meilleurs emplois.

Ces exemples abordent quelques unes des manières dont la fécondité et la planification familiale se répercutent sur le niveau de pauvreté et le développement économique des pays et des ménages. D'autres aspects devront également être explorés en fonction du contexte du pays. Les plaidoyers de la planification familiale ont un rôle important à jouer au niveau de la collecte de données et de l'argumentation convaincante du potentiel que présente la planification familiale pour faire reculer la pauvreté.

⁸ Pour une page web spécifique, prière de consulter : <http://www.unfpa.org/swp/2004/english/ch2/page3.htm>.

Cap sur les résultats

Les conditions requises pour qu'un pays ait droit à un allègement permanent de sa dette dans le cadre de l'initiative PPTE et aux futurs prêts et assistance de la Banque mondiale/FMI dépendent actuellement de la mesure dans laquelle ce pays montre des résultats — sur le plan de la diminution de la pauvreté, de la cadence des réformes et de la réalisation des objectifs contenus dans les DSRP et les accords de consensus international tels que les OMD. Le guide des DSRP de la Banque mondiale indique notamment que les stratégies nationales de réduction de la pauvreté doivent être « axées sur les résultats, se concentrant sur les avantages qui bénéficient aux pauvres » (Klugman, 2002a, p.3).

En élargissant l'accès à la planification familiale, les pays pourront atteindre plus facilement leurs objectifs tant du point de vue logistique que financier. A plus long terme, la satisfaction du besoin non satisfait de planification familiale permet de ralentir la croissance de la population et partant, facilite la tâche au gouvernement qui pourra ainsi offrir une plus grande panoplie de services sociaux à une population plus petite. L'Égypte est un bon exemple montrant comment les investissements dans la planification familiale ont allégé la pression exercée sur les niveaux de dépenses du secteur social du pays. Si l'Égypte n'avait pas tant investi dans les programmes de planification familiale de 1980 à 2005, le pays compterait 12 millions d'habitants en plus et 84 % d'entre eux auraient moins de 15 ans, avec toutes les dépenses que cela suppose pour la santé et l'éducation (Moreland, 2006). L'analyse montre qu'en 2005, l'Égypte aurait eu besoin de dépenser 880 millions de dollars en plus pour l'éducation et 18 millions pour les vaccinations si le pays n'avait pas investi dans la planification familiale (voir encadré 2). D'après les estimations, les économies cumulatives sur une période 25 ans s'élèvent à 6,4 milliards de dollars US pour l'éducation et 137 millions pour les vaccinations infantiles.

ENCADRÉ 2

LES INVESTISSEMENTS DE L'EGYPTE DANS LA PLANIFICATION FAMILIALE FONT TOUTE LA DIFFERENCE

Education

- La fréquentation scolaire pré-universitaire se serait élevée à 21 millions contre 16 millions en 2005
- Les dépenses de l'éducation se seraient élevées à 3,51 milliards \$US contre 2,63 milliards \$US

Vaccinations

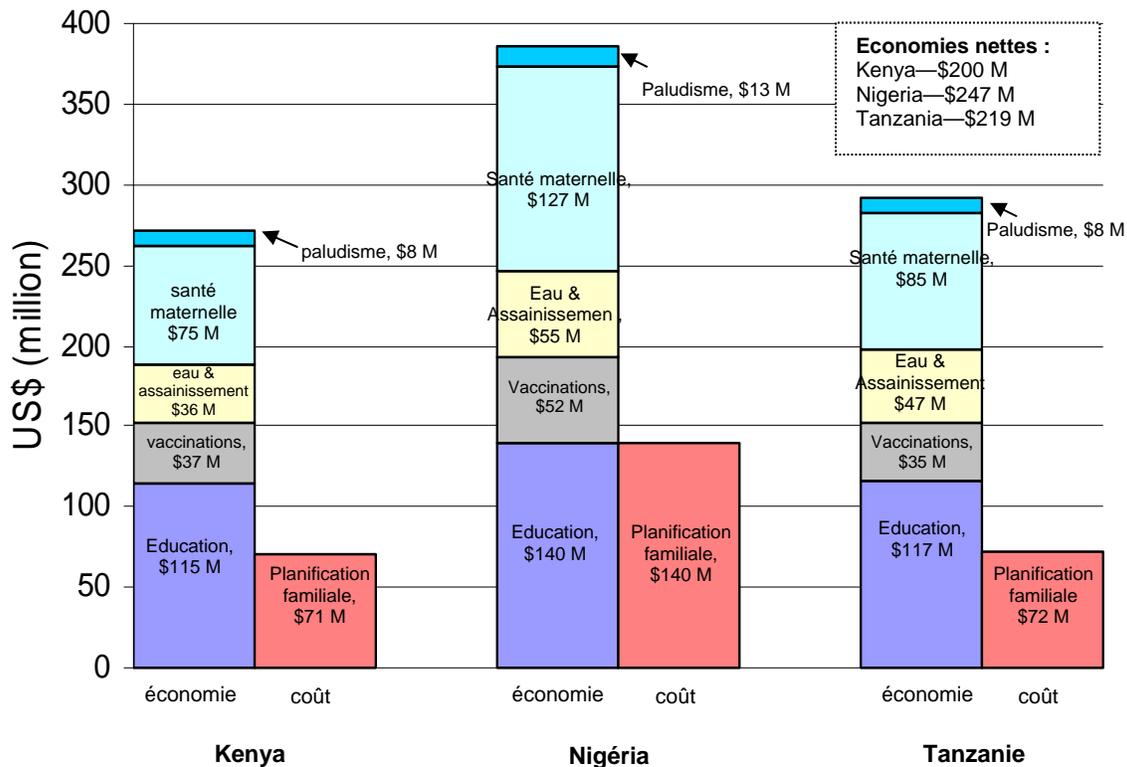
- Un million de nourrissons en plus aurait besoin de vaccinations en 2005
- Les coûts de vaccinations pour les jeunes enfants se seraient élevés à 49,7 millions \$US contre 31,4 millions \$US

Une analyse récente sur le coût-avantage de la contribution de la planification familiale à la réalisation des OMD met également en avant les avantages économiques que peuvent tirer les pays en investissant dans les programmes de planification familiale (Moreland et Talbird, 2006). L'analyse portait sur certaines cibles à l'appui des cinq OMD (éducation primaire, vaccination infantile, santé maternelle, eau et assainissement et moustiquaires imprégnées aux insecticides contre le paludisme) dans 16 pays de l'Afrique subsaharienne. Les avantages découlant de la satisfaction des besoins non satisfaits en planification familiale (tels que mesurés par les économies réalisées pour atteindre les OMD) dépassent de loin les coûts supplémentaires de la planification familiale dans tous les pays. Le Graphique 3 présente les économies que pourraient réaliser le Kenya, le Nigeria et la Tanzanie. Les économies nettes découlant de l'obtention de certaines cibles des OMD, après avoir satisfait au besoin non satisfait de planification familiale, s'élevaient d'après les estimations à 200–247 millions de \$US par pays.

Parce qu'elle diminue les coûts encourus pour atteindre divers objectifs liés à la réduction de la pauvreté — augmenter la scolarisation primaire, prévenir la propagation du paludisme, améliorer l'approvisionnement en eau et l'assainissement et réduire la charge de mortalité et morbidité maternelle — la planification familiale aide les pays à garder les ressources qui peuvent ainsi être investies dans le développement socioéconomique. Et une fois qu'ils ont des populations plus petites à desservir et davantage de ressources à investir, il sera davantage possible à ces pays d'atteindre les résultats souhaités.

Les outils de modélisation informatique indiqués à la Section 7, tels que BenCost et Allocate, aident les plaidoyers de la planification familiale et les décideurs à estimer le niveau de ressources nécessaires pour atteindre divers résultats. La méthodologie pour l'analyse des OMD est également décrite à la section 7.

FIGURE 3. COMPARAISON DES COÛTS POUR RÉPONDRE AU BESOIN NON SATISFAIT DE PLANIFICATION FAMILIALE ET ÉCONOMIES RÉALISÉES POUR ATTEINDRE CERTAINS OMD



Source: Données provenant de Moreland et Talbird (2006)

Questions d'équité et redevabilité face aux pauvres

Le *Rapport sur le développement dans le monde* (Banque mondiale, 2003) met en exergue le thème « pour des services à l'écoute des pauvres » Il note que les études confirment de plus en plus le paradoxe suivant: ce sont les groupes les plus aidés qui tirent profit des dépenses publiques pour la santé et non pas les pauvres. Les pauvres risquent de ne pas même être au courant des politiques conçues pour élargir l'accès aux services de santé de la reproduction, par exemple les plans d'exonération de paiement pour les pauvres ou alors ils risquent d'être soumis aux paiements informels demandés par certains prestataires (Shama et al., 2005a ; Shama et al., 2005b). Autant de facteurs qui demandent que les pauvres soient placés au centre même de la prestation de services afin d'améliorer l'accès, la qualité et le caractère abordable.

Le processus du DSRP tient compte de cette nouvelle orientation. Qu'il traite des dimensions polyvalentes à long terme de la pauvreté, du besoin de forger des partenariats et d'encourager la participation ou qu'il insiste sur les résultats, le DSRP s'attache essentiellement à répondre aux besoins des pauvres avec toutes les questions d'équité et de redevabilité que cela suppose. Les directives des DSRP intérimaire de la Banque mondiale partent du principe que :

Dans une vue plus complète de la pauvreté entre non seulement le fait d'être privé d'un revenu monétaire mais aussi d'une sécurité financière et physique, du manque de développement et des possibilités de participation à tous les aspects clés de la vie sociale... Aussi, est-il capital que le secteur de la santé réponde aux besoins des pauvres et soit redevable de la réalisation de buts sociaux (Soucat et al., 2000, p. 4).

Au-delà des indicateurs de progrès macro-économiques que les pays doivent chercher à atteindre, les DSRP et les rapports annuels doivent juger de la mesure dans laquelle les pays introduisent les politiques et les réformes conçues tout particulièrement pour répondre aux besoins des pauvres.

Si les gouvernements ciblent les ressources sur le pauvre, c'est bien la satisfaction du besoin non satisfait de planification familiale qui représente une des interventions qui a le plus de chance de faire toute la différence dans la vie des pauvres. La fécondité et la planification familiale sont des aspects de la santé où on note le plus d'écart entre les riches et les pauvres. *Le Rapport sur l'état de la population mondiale* du FNUAP de 2004 récapitule ainsi les données de 56 pays :

- « Les femmes plus pauvres ont des enfants à des âges plus jeunes
- Les inégalités sur le plan de la santé, dues à la différence de moyens financiers, sont plus prononcées sur le plan de la maternité sans risques, fécondité de l'adolescente, utilisation de la contraception et fécondité totale que pour la mortalité infantile
- Les femmes plus pauvres ont un plus grand nombre d'enfants durant leur vie que les femmes plus aisées
- Les pays pauvres connaissent un risque plus élevé de mortalité et de morbidité maternelles, infantiles et juvéniles et les femmes pauvres dans tous les pays sont exposées à un risque plus élevé que d'autres et
- L'utilisation de la planification familiale, surtout les méthodes modernes, est plus élevée dans les segments plus riches de la société » (UNFPA, 2004, Chap. 2, p. 3).⁹

Ces différences sont influencées par plusieurs facteurs et notamment par le fait que les pauvres se heurtent à de plus grands obstacles entravant leur accès aux services (coûts des services et frais de transport,

⁹ Pour une page spécifique du web, prière de consulter : <http://www.unfpa.org/swp/2004/english/ch2/page3.htm>.

emplacement des centres de santé moins pratique pour lui, information limitée sur les services disponibles). Si plusieurs réformes macroéconomiques et structurelles comprises généralement dans les DSRP profitent certes à la société dans son ensemble, un meilleur accès à la planification familiale — et les ressources que cela suppose pour répondre aux besoins non satisfaits des pauvres — est pourtant l'intervention par excellence en faveur de l'équité et de la redevabilité face aux besoins des pauvres.

Quel est le statut actuel de la planification familiale au sein des DSRPs ?

Dans le cas idéal, un DSRP qui intègre pleinement la planification familiale analysera les questions de population et de planification familiale dans la section du diagnostic de la pauvreté, fera du meilleur accès à la planification familiale une priorité nationale, ébauchera les grandes lignes de politiques et de programmes efficaces de planification familiale, précisera les plans financiers de la planification familiale, inclura les rubriques budgétaires nécessaires et incorporera les indicateurs du suivi et de l'évaluation dans son cadre de suivi.

Une évaluation de la Banque mondiale se penchant sur la question plus générale de la population,¹⁰ de la santé de la reproduction¹¹ et de la santé de l'adolescente constate que 17 des 21 DSRP analysés se penchaient effectivement sur la relation entre ces questions et la pauvreté (Population and Reproductive Health Cluster, 2004). La plupart des DSRP contiennent des politiques afférentes à la santé de la reproduction, à la santé infantile et au VIH/infections sexuellement transmissibles (IST) bien que 12 DSRP portent sur la santé des adolescents et seuls sept présentent des politiques en matière de population. De plus, moins de 6 % des politiques toutes catégories confondues ont spécifié un organisme d'exécution, un calendrier pour les activités clés et un budget. Sept DSRP ont avancé un taux de prévalence de la contraception comme indicateur du diagnostic de la pauvreté et sept ont fait d'un tel taux un objectif à atteindre dans le plan de suivi et d'évaluation. En outre, seules les politiques en matière de VIH et de population étaient jugées comme ayant une « composante multisectorielle significative » mais, même dans ces deux catégories, seul un tiers des politiques étaient classées comme multisectorielles.

Que disent les DSRP à propos de la planification familiale en particulier ? Une analyse du contenu de 45 DSRP conclut que « 15 DSRP nationaux ne mentionnent pas la planification familiale, 19 s'ils en font mention ne précisent pas les détails de la mise en œuvre et 11 DSRP mentionnent la planification familiale en notant les détails sur le financement, la logistique, les produits, la qualité des services et/ou les campagnes de sensibilisation » (Borda, 2005) (voir Encadré 3). Les pays qui avaient toujours tenu compte des besoins des pauvres dans leurs politiques et programmes existants de planification familiale étaient également ceux les plus susceptibles d'inclure la planification familiale dans leurs DSRP. Les paragraphes qui suivent présentent des exemples de certaines références spécifiques à la planification familiale dans les DSRP finalisés en 2005 :

- La seconde génération des DSRP au Vietnam,¹² approuvés en 2004, analyse la relation entre les ménages pauvres et la natalité élevée et part du principe que « la mise en œuvre des programmes

¹⁰ Dans l'étude, « population » concerne les facteurs au niveau population tels que le taux de croissance de la population, l'espérance de vie, la structure d'âge et l'urbanisation.

¹¹ L'étude utilise la définition de la « santé de la reproduction » telle que donnée à la Conférence internationale sur la population et le développement, section 7.2, et comprend l'accès à la planification familiale, aux programmes de maternité sans risques et à la prévention et au traitement des IST.

¹² République socialiste du Vietnam. 2003. *The Comprehensive Poverty Reduction and Growth Strategy*. Hanoi : République Socialiste du Vietnam.

de planification familiale et la réduction des taux de natalité sont l'une des étapes les plus importantes pour faire reculer la pauvreté. »

- Le DSRP¹³ de 2002 du Guyana indique qu'il faut « accroître les programmes scolaires en santé sexuelle et reproductive » dans la section sur la santé de la reproduction. Par contre, aucune action ou aucun plan spécifique n'est décrit sur la manière d'intégrer la santé sexuelle et reproductive dans le système éducatif.
- La première génération des DSRP en 2003¹⁴ fait le détail des éléments des programmes de planification familiale se rapportant au financement, à la logistique et à la prestation de services de haute qualité. Le DSRP comprend une section intitulée « gestion de la population » qui traite de la relation entre une fécondité élevée et la pauvreté et note l'importance « d'améliorer la prestation de service et de sensibiliser aux choix et aux avantages. » Le DSRP reconnaît également le besoin « de renforcer les possibilités d'éducation et d'emploi pour les femmes, d'améliorer les services et de permettre à chacun d'avoir accès à l'information nécessaire pour faire des choix. » Afin d'améliorer l'accès à la planification familiale, le DSRP recommande de décentraliser « les services de conseils et la vente de contraceptifs. » De plus, le budget prévoit 39,9 millions de dollars US pour la gestion de la population entre 2003 et 2005.
- L'Azerbaïdjan fait une description détaillée de la mise en oeuvre du programme de planification familiale dans son DSRP de 2003.¹⁵ Le DSRP comprend une section sur la « protection de la santé de la reproduction de la population », décrivant le programme de la santé de la reproduction et la planification familiale. Cette section décrit le plan d'élargir l'accès aux services pour « les familles vivant loin des villes et des hôpitaux, notamment pour les réfugiés, les pauvres et les groupes à faibles revenus. » Cette section précise l'équipement et les contraceptifs distribués dans sept centres. De plus, le DSRP discute « des efforts communs faits pour intégrer les centres de PF/SR mis en place par des organisations internationales. » Le budget prévoit 600.000\$US pour assurer « l'accès aux contraceptifs grâce à des systèmes d'approvisionnement fiables. »

¹³ Gouvernement du Guyana. 2002. *The Guyana Poverty Reduction Strategy Paper*. Georgetown: Government of Guyana.

¹⁴ République du Ghana. 2003. *Ghana Poverty Reduction Strategy 2003–2005*. Accra: Republic of Ghana

¹⁵ République d'Azerbaïdjan. 2003. *State Programme of Poverty Reduction and Economic Development 2003–2005*. Bakou: République d'Azerbaïdjan.

Pays avec des DSRP qui ne mentionnent pas la planification familiale

- Albanie
- Arménie
- République démocratique du Congo
- Djibouti
- Géorgie
- Honduras
- Kirghizistan
- Lésoto
- Mali
- République du Congo
- Sierra Leone
- Tanzanie
- Ouganda
- Yougoslavie
- Zambie

Pays avec des DSRP qui mentionnent la planification familiale mas sans donner de détails programmatiques

- Bénin
- Burkina Faso
- Cameroun
- Cap Vert
- Tchad
- Ethiopie
- Gambie
- Guinée
- Guyana
- Laos
- Madagascar
- Malawi
- Mongolie
- Mozambique
- Niger
- Rwanda
- Sénégal
- Sri Lanka

Pays avec des DSRP qui comportent des détails spécifiques sur la planification familiale, tels que le financement, la logistique, la qualité des services et les campagnes de sensibilisation

- Azerbaïdjan
- Bangladesh
- Côte d'Ivoire
- Ghana
- Mauritanie
- Népal
- Nicaragua
- Pakistan
- Tadjikistan
- Yémen
- Vietnam

SECTION 4:

INTÉGRER LA PLANIFICATION FAMILIALE AU DSRP : ÉTAPE PAR ÉTAPE

Cette section présente des directives, étape par étape, montrant comment les plaidoyeurs de la planification familiale peuvent intégrer les questions, analyses et approches de planification familiale tout au long du processus du DSRP. Elle est destinée à tous ceux intéressés et concernés, dans la société civile et dans les ONG, bien qu'elle puisse servir également aux représentants officiels du gouvernement ou aux divers groupes de bailleurs de fonds qui sont partie prenante d'une approche novatrice et multisectorielle face à la réduction de la pauvreté dans le cadre des initiatives de planification familiale.

La section débute en indiquant les étapes pour lancer et formuler une stratégie de plaidoyer. Ensuite, quatre grandes étapes, tirées du Graphique 1 (voir page 6) sont explorées : Diagnostic, Formulation, Mise en œuvre et Suivi. Ces étapes sont discutées dans des sous-sections séparées bien qu'elles se chevauchent dans la pratique. Qui plus est, les directives ci-après étant de nature générale, elles devront être adaptées au contexte unique d'un pays, au vu de la nature spécifique du DSRP dans chaque pays et des divers groupes concernés, des questions visées et de la formulation des stratégies. Nous avons mis en exergue les outils et autres ressources que les parties concernées peuvent utiliser pour attirer une plus grande attention sur les questions de planification familiale. Ces outils, ressources en ligne et lectures recommandées sont présentés dans la Section 7.

I. Comment démarrer

La Section 2 a indiqué que chaque pays avance à son propre rythme et que le DSRP normalement est revu tous les 3 à 5 ans. La première étape pour les plaidoyeurs de la planification familiale consiste à déterminer à quel stade du processus se trouve leur pays. Le gouvernement est-il en train de compiler des analyses générales pour étayer la formulation ou la révision d'un DSRP ? Rencontre-t-il les diverses parties prenantes pour déterminer les objectifs et les stratégies ? Est-il en train d'adopter les lois, les budgets et les cadres réglementaires qui viendront soutenir la mise en œuvre des stratégies ? Présente-t-il des examens annuels sur l'impact du DSRP ? Ainsi, connaître le stade du processus auquel se trouve le DSRP ainsi que la personne ou le groupe à la tête de l'activité, aidera les plaidoyeurs de la planification familiale à trouver la meilleure voie pour avancer.

C'est en s'engageant aux premières heures que les parties intéressées pourront avoir le plus de poids et de voix au chapitre mais ce n'est pas toujours aisé, étant donné la nature cyclique du processus. Dans l'idéal, les plaidoyeurs de la planification familiale contacteront le comité ou le service responsable du processus du DSRP une année au moins avant que la stratégie n'expire ou ne soit révisée. Bien souvent, le DSRP est confié au Ministère des Finances d'un pays. La cellule du DSRP est chargée d'inviter les parties intéressées aux consultations mais par contre il n'invitera pas forcément les organisations ou représentants de la planification familiale. Aussi, revient-il aux plaidoyeurs de la planification familiale de prendre l'initiative de communiquer avec la cellule du DSRP. Au début, le bureau local de la Banque mondiale pourra donner des informations sur la cellule du DSRP.

Au début, les plaidoyeurs de la planification familiale pourront envisager les questions suivantes :

- ***Quelles sont les compétences ou les ressources dont notre groupe a besoin pour convaincre de l'importance d'intégrer la planification familiale dans le DSRP ?*** Les parties intéressées par la

planification familiale doivent vérifier qu'elles disposent effectivement de la capacité nécessaire pour défendre la planification familiale, que ce soit au niveau du plaidoyer ou de la planification familiale ainsi que de l'aptitude à faire des discours en public ou encore s'assurer qu'elles soient armées des connaissances en matière de modèles informatiques et de techniques d'analyse de données. Il serait utile de voir dans quelle mesure les groupes et partenaires nationaux ou encore les bailleurs de fonds internationaux peuvent soutenir la formation ou le renforcement des compétences nécessaires. La Section 7 apporte également des suggestions sur les lectures recommandées et les ressources en ligne concernant les questions de planification familiale et de pauvreté.

- ***Quels sont les publics que nous visons ?*** C'est le comité ou groupe chargé de formuler le DSRP que nous visons en premier. Ces personnes varient en fonction de la tâche en question. En effet, il s'agit d'analyser la situation sur le plan de la pauvreté, de fixer des objectifs et des politiques, de proposer des budgets ou encore de mettre au point les plans de suivi. Derrière ceux directement impliqués se trouvent les publics secondaires, par exemple les parlementaires ou représentants concernés des ministères de la santé, des affaires féminines ou de l'agriculture, qui influencent les personnes directement responsables de la rédaction de la stratégie. Il est important de connaître les principaux décideurs de chaque étape du processus.

Les plaidoyeurs de la planification familiale doivent également connaître la position de leurs publics primaires et secondaires face à la question : sont-ils en faveur de l'aide proposée aux activités de planification familiale et souhaitent-ils effectivement travailler avec la société civile ? Ces plaidoyeurs de la planification familiale devront passer un temps considérable à forger des relations avant que ne se présente l'occasion d'intervenir effectivement dans le processus du DSRP.

- ***Quelles sont les personnes ou quels sont les groupes au sein du gouvernement ou d'autres secteurs qui pourraient devenir des alliés nous aidant à intégrer la planification familiale au DSRP ?*** En effet, d'autres parties intéressées — groupements féminins, associations de professionnels de la santé, représentants officiels du gouvernement, organisations confessionnelles aidant les pauvres, programmes de lutte contre le VIH/SIDA — risquent fort bien d'avoir les mêmes intérêts que les organisations de planification familiale. Un réseautage avec ces groupes permet de présenter un front uni démontrant une fois de plus la nature multisectorielle des questions de planification familiale.

📌 LECTURE RECOMMANDÉE

Networking for Policy Change: An Advocacy Training Manual (POLICY Project, 1999)

Strengthening Family Planning Policies and Programs in Developing Countries: An Advocacy Toolkit (POLICY Project, 2005)

2. Se donner une approche de plaidoyer

S'ils veulent que la planification familiale soit intégrée au DSRP, les parties intéressées doivent « plaider » pour cette cause. Le plaidoyer se sert « d'un ensemble d'actions ciblant les décideurs en vue de soutenir telle politique spécifique » (Projet POLICY, 1999, p.III-2). Elles doivent non seulement sensibiliser à la question mais aussi susciter le soutien et l'engagement pour telle action à prendre face à la cause retenue. Dans notre cas, les plaidoyeurs de la planification familiale doivent éduquer le groupe du

DSRP et d'autres publics à propos de la relation entre une fécondité élevée, la planification familiale et la pauvreté. Ensuite, ils doivent proposer de solides stratégies pour répondre au besoin non satisfait de planification familiale et démontrer l'impact de ces stratégies sur le recul de la pauvreté.

Un plaidoyer efficace suppose plusieurs étapes : déterminer les buts et objectifs du plaidoyer, définir les publics cibles, collecter les données et les informations pertinentes, concevoir des messages et des stratégies, mettre en œuvre le plan d'action et suivre les efforts de plaidoyer. Vu que plusieurs guides ont déjà été publiés sur le plaidoyer, nous ne retraçons pas ici ces étapes (voir Lectures recommandées). S'appliquant au DSRP, les messages, stratégies et publics cibles pourront changer selon le stade auquel se trouve le processus et nous nous pencherons plus en détails sur cet aspect ci-après.

LECTURES RECOMMANDÉES

Advocacy for Population and Reproductive Health: An Introductory Manual for Advocates and Trainers—Part I: Preparing the Ground Work (Aradeon, 2000)

Advocacy Tools and Guidelines: Promoting Policy Change (Sprechmann and Pelton, 2001)

Meeting the Need: Strengthening Family Planning Programs (PATH and UNFPA, 2006)

Networking for Policy Change: An Advocacy Training Manual (POLICY Project, 1999)

Strengthening Family Planning Policies and Programs in Developing Countries: An Advocacy Toolkit (POLICY Project, 2005)

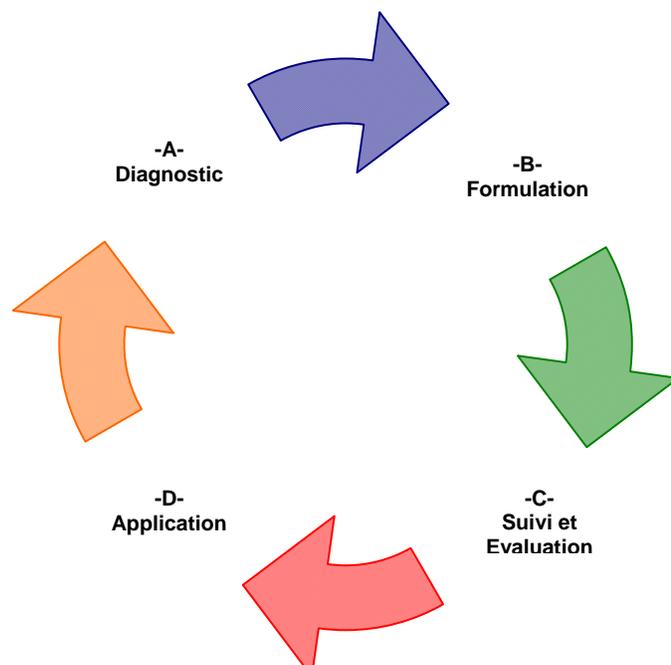
"Why Family Planning Matters." *Population Reports XXVII* (2, July) (Population Information Program, Center for Communication Programs, The Johns Hopkins School for Public Health, 1999)

3. Diagnostic du problème

Le graphique 4 présente les principales étapes du DSRP où les plaidoyeurs de la planification familiale ont une chance de pouvoir influencer le processus. La première étape est celle du Diagnostic. Chaque DSRP comprend une description de la situation de pauvreté du pays : quel est le statut de la population sur le plan de la pauvreté, quels sont les groupes qui constituent les pauvres, quelles sont les causes sous-jacentes de la pauvreté et quels sont les effets de la pauvreté dans les divers secteurs.

Il est important que les personnes qui possèdent l'expertise nécessaire en santé, développement, population et planification familiale prennent part à la phase d'analyse de la pauvreté puisque les futures décisions au niveau des politiques et du budget reposeront sur cette analyse. A ce stade, les plaidoyeurs de la planification familiale

GRAPHIQUE 4. PRINCIPALES ÉTAPES DANS LE PROCESSUS DU DSRP: POSSIBILITÉS D'ACTION



chercheront à faire partie d'un groupe de travail thématique, à compiler les données et prépareront des documents servant à informer la prise de décisions (par exemple, voir May et al., 2004). C'est également à ce stade qu'ils prépareront des présentations de plaidoyer cherchant à convaincre tous ceux qui auront de l'influence pour la suite. Autant d'efforts qui permettent à ces plaidoyeurs de la planification familiale de :

- Préparer des fiches factuelles, des documents généraux ou des présentations qui démontrent l'impact de la dynamique de la population et d'une fécondité élevée sur le revenu national ou familial, l'éducation, la santé, la sécurité alimentaire, la population active, le statut des femmes et des filles et d'autres secteurs (voir par exemple, le modèle RAPID décrit à la Section 7) ;
- Réaliser des exercices de cartographie pour déterminer les endroits où vivent les pauvres ainsi que les barrières auxquelles ils se heurtent pour avoir accès aux services de planification familiale et de santé de la reproduction ;
- Évaluer l'ampleur des besoins non satisfaits en planification familiale, surtout parmi les groupes pauvres ; et
- Étudier le lien entre la planification familiale et les OMD, notamment l'impact sur la réduction de la pauvreté, la santé maternelle et infantile et la prévention des maladies infectieuses (voir par exemple la présentation sur les OMD à la Section 7).

☒ LECTURES RECOMMANDÉES

Achieving the Millennium Development Goals: The Contribution of Fulfilling the Unmet Need for Family Planning (Moreland and Talbird, 2006)

Adding It Up: The Benefits of Sexual and Reproductive Health Care (Singh et al., 2003)

Nourrir, éduquer et signer tous les Nigériens : La démographie en perspective (May et al., 2004) (résumé en anglais inclus)

Reducing Poverty and Achieving the Millennium Development Goals: Arguments for Investing in Reproductive Health and Rights (UNFPA, 2005)

“Chapter 18: Health, Nutrition, and Population” dans *DSRP Sourcebook* (Claeson et al., 2002)

4. Formulation du DSRP

L'étape de la Formulation est étroitement liée à l'étape du Diagnostic puisque les politiques comprises dans le DSRP répondent aux questions et problèmes retenus auparavant. Par ailleurs, le DSRP comprend un solide plan de suivi et d'évaluation avec à l'appui des indicateurs qui mesurent la mise en œuvre et l'impact de chaque approche. Un examen des questions de population et de santé de la reproduction dans 21 DSRP met à jour de nombreux exemples de « politiques flottantes qui ne sont rattachées ni au diagnostic ni aux objectifs de la pauvreté » (Population and Reproductive Health Cluster, 2004, p.10).

Il faut également se rappeler que la planification familiale peut être intégrée au DSRP comme son propre domaine stratégique ou politique ou comme un volet d'une activité venant soutenir d'autres domaines politiques. En effet, on sait que la planification familiale joue un rôle important dans la réduction de la mortalité maternelle et la mortalité infantile/juvenile et le nombre de personnes touchées par des maladies infectieuses, comme le VIH — domaines qui sont couverts par les OMD et susceptibles donc de gagner le soutien des planificateurs des DSRP. Les plaidoyeurs de la planification familiale pourront entreprendre

les activités suivantes pour plaider en faveur de l'adoption de la planification familiale au rang des priorités dans la formulation du DSRP :

- Faire une analyse des lois et politiques actuelles de planification et de santé de la reproduction et cerner les lacunes que devra combler le DSRP ;
- Préparer des fiches factuelles, des résumés d'orientation et des recommandations sur le plan des politiques touchant à la planification familiale et à la réduction de la pauvreté ;
- Utiliser un modèle informatique tel que RAPID (décrit à la Section 7) pour démontrer les impacts du secteur social sur la réduction de la croissance de la population ;
- Utiliser un modèle informatique tel que FamPlan (décrit à la Section 7) pour estimer le niveau de ressources nécessaires pour satisfaire au besoin non satisfait en planification familiale et pour inclure ces estimations dans les propositions budgétaires ;
- Faire ressortir le niveau de ressources qui pourront être économisées si on arrive à atteindre les cibles des OMD en satisfaisant au besoin non satisfait en planification familiale (tel qu'expliqué dans la présentation sur les OMD décrite à la Section 7) ; et
- Préparer des études de segmentation du marché pour étayer la formulation de stratégies qui visent à faire un meilleur emploi des ressources pour répondre aux besoins des pauvres sur le plan de la planification familiale.

Les gouvernements se donneront un plan pour une participation multisectorielle active à l'étape de Formulation. Cette participation varie souvent du point de vue type et intensité. Tel que nous l'avons noté ci-dessus, le groupe du DSRP n'invite pas toujours tous les groupes à participer au processus et les plaidoyers de la planification familiale doivent donc être prêts à saisir chaque occasion de s'engager. Autres occasions diverses :

- Faire partie de l'équipe qui revoit les progrès réalisés par le DSRP précédent ;
- Faire partie de l'équipe chargée de la formulation du DSRP ;
- Faire partie des groupes ou comités consultatifs qui conseillent l'équipe chargée de la formulation ;
- Apporter une assistance technique pour formuler les objectifs, politiques et indicateurs de la planification familiale et de la santé de la reproduction ;
- Préparer la bonne formulation à inclure dans le document stratégique ; et
- Revoir les premières versions préparées par l'équipe chargée de la formulation.

Si la participation directe au processus est limitée ou bien dans le but d'augmenter une telle participation directe, les plaidoyers de la planification familiale peuvent avoir recours à divers stratégies :

- Organiser des réunions avec des représentants officiels de haut niveau ou d'autres parties concernées qui peuvent influencer le groupe du DSRP ;
- Mettre en place des mécanismes pour donner voix au chapitre au pauvre et au défavorisé (faciliter leur participation, organiser des groupes de discussion sur les expériences des pauvres) ; et
- Sensibiliser aux liens entre la planification familiale et la pauvreté par le biais des médias et autres forums publics.

L'étape de Formulation, plus courte certes que les étapes de mise en œuvre et suivi est pourtant une activité consommant temps et personnel puisque c'est à ce stade que sont déterminés les objectifs et les approches primaires du plan de développement national. Si une organisation ou un réseau de planification familiale cherche à influencer le processus du DSRP, il est impératif de choisir une ou deux personnes qui se consacreront uniquement au DSRP afin de leur donner le temps d'assister aux réunions et de vérifier que les actions sont bien prises.

En formulant le DSRP, les plaidoyers de la planification familiale devraient vérifier les points suivants :

- Les questions de population et de planification familiale font partie du diagnostic de la pauvreté
- Les objectifs liés à la planification familiale et à la population sont définis clairement ;
- La planification familiale est adoptée comme une des grandes stratégies de réduction de la pauvreté ;
- Les politiques et approches servant à satisfaire aux besoins en planification familiale, surtout pour les pauvres, sont clairement expliquées ;
- Une rubrique budgétaire pour la planification familiale est incluse, si ce n'est déjà le cas ; et
- Des indicateurs de la planification familiale sont portés au plan de suivi.

La seconde génération du DSRP au Ghana est un bon exemple montrant comment les questions de population et de planification familiale peuvent être intégrées tout au long du document (voir Encadré 4).

ENCADRÉ 4 EXTRAITS SUR LA POPULATION ET LA PLANIFICATION FAMILIALE DU DSRP DU GHANA DE 2006

Diagnostic de la pauvreté

- La croissance de la population influence la croissance économique et le développement social durable
- La fécondité élevée a abouti à un taux de dépendance élevé avec une vaste proportion de jeunes dans la population
- Le taux de croissance de la population continue à dépasser la capacité des services sociaux et de les infrastructures

Objectifs sur le plan des politiques

- Encourager l'accès aux services de planification familiale et l'utilisation de ces services
- Eduquer les jeunes sur les relations sexuelles, la régulation des naissances, la santé des adolescents, le mariage et la conception
- Encourager la santé sexuelle et recommander de remettre à plus tard le mariage et la procréation
- Recommander que soient enregistrées obligatoirement les naissances en tant que droit fondamental et mesure de gestion de la population
- Recommander que soit intégré le VIH/SIDA aux programmes de santé sexuelle et reproductive
- Renforcer la coordination et la collaboration institutionnelles multisectorielles et multidisciplinaires pour le contrôle de la population.

Stratégies proposées

- Décentraliser les services de conseils, renforcer le volet planification familiale de la prestation des soins de santé maternelle et encourager la vente de contraceptifs par les agents communautaires
- Dispenser une éducation en PF/SR dans le cadre des programmes de formation (milieu scolaire et extra-scolaire) pour préparer les jeunes à devenir des parents responsables
- Etendre à grande échelle l'application de la politique sur la santé reproductive des adolescents
- Vérifier la disponibilité et l'accessibilité des services de planification familiale pour tous ceux souhaitant obtenir de tels services et mettre en place des services amis-des-jeunes
- Eduquer la population aux niveaux communautaires sur les valeurs sanitaires, sociales et démographiques de la planification familiale
- Renforcer les capacités du Conseil national de population et des partenaires pour que la stratégie de croissance et de réduction de la pauvreté intègre effectivement les questions de population

Suivi et évaluation

- Intégrer les variables de population au GPRS aux niveaux national, régional et local et améliorer la base de données démographiques pour le GPRS
- Encourager le suivi et l'évaluation participatives, notamment la participation des pauvres, par le biais de mécanismes tels que les Cartes du citoyen et le mécanisme d'examen collégial africain
- Vérifier qu'une information ponctuelle est disponible en bonne forme pour répondre aux besoins des parties concernées y compris des partenaires du développement

Source: National Planning Development Commission. 2005. *Growth and Poverty Reduction Strategy (GPRS-II) (2006–2009)*. Accra: République du Ghana.

⊕ LECTURES RECOMMANDÉES

A Review of Population, Reproductive Health, and Adolescent Health and Development in Poverty Reduction Strategies (Population and Reproductive Health Cluster, 2004)

Banking on Reproductive Health: The Banque Mondiale's Support for Population, the Cairo Agenda, and the Millennium Development Goals (Global Health Council, 2004)

“Chapter 4: Development Targets and Costs” In DSRP Sourcebook (Christiaensen et al., 2002)

Designing Health & Population Programs to Reach the Poor (Ashford et al., 2006)

The Policy Circle: A Framework for Analyzing the Components of Family Planning, Reproductive Health, Maternal Health, and HIV/AIDS Policies (Hardee et al., 2004)

DSRPs: Their Significance for Health: Second Synthesis Report (OMS, 2004)

Influencing Poverty Reduction Strategies: A Guide (Oxfam, 2002)

5. Mise en oeuvre du DSRP

Le DSRP est le signe de l'engagement pris par un pays de procéder à des investissements dans le secteur social et il sert à obtenir un soutien pour les initiatives dont fait état sa stratégie. Par ailleurs, l'inclusion d'une politique ou d'une activité dans le DSRP n'implique pas forcément sa mise en œuvre. Le DSRP est une stratégie de vaste portée qui touche aux différents secteurs. Aussi, toute proposition contenue dans le document doit être soutenue par une séquence d'actions : renforcement de la volonté politique, adoption d'une politique ou loi nationale, nomination d'un groupe qui sera le chef de file de la mise en œuvre, approbation du budget pour l'activité, renforcement des capacités et formation pour que la politique soit effectivement appliquée, etc.

Ainsi, les efforts en vue de relier la planification familiale à la réduction de la pauvreté ne prennent-ils pas fin avec le DSRP. Un rôle différent reviendra aux plaidoyeurs de la planification familiale dans le cadre de l'étape de mise en œuvre selon leur type d'organisation — ONG, organisation internationale ou ONG internationale, association de professionnels de la santé ou représentant officiel du gouvernement. Les ONG et les prestataires de soins de santé seront engagés au niveau de la prestation des soins, les groupes privés devraient adopter des politiques qui soutiennent les besoins en santé de la reproduction de leurs employés, les bailleurs de fonds apporteront une assistance technique et financière pour mettre en œuvre les stratégies nationales et les représentants officiels du gouvernement seront engagés au niveau du financement et de la gestion des directives des politiques.

Les plaidoyeurs de la planification familiale devront vérifier que le gouvernement et les autres partenaires de l'exécution tiennent les engagements qu'ils ont pris dans le DSRP. La mise en œuvre est facilitée par les activités suivantes à cette étape :

- Réaliser une analyse des lois et politiques actuelles en matière de planification familiale et santé de la reproduction et comparer avec la stratégie du DSRP ;
- Encourager les réformes ou modifications de politiques le cas échéant ;
- Convoquer ou mettre en place des groupes de parties concernées multisectorielles pour coordonner la mise en œuvre ;
- Utiliser le Modèle FamPlan pour estimer les ressources nécessaires pour répondre aux objectifs de planification familiale dans le DSRP et revendiquer le budget nécessaire ; et

- Comprendre la place de la planification familiale/santé de la reproduction dans le système de budgétisation du Ministère des Finances et dans le Système de suivi des dépenses publiques (PETS).¹⁶

✚ LECTURES RECOMMANDÉES

“DSRP Implementation and Monitoring” In *Reducing Poverty or Repeating Mistakes?* (pp. 32-39) (Sanchez et Cash, 2003)

6. Suivi de la mise en œuvre du DSRP

L'étape du suivi coïncide avec l'étape de mise en œuvre de la stratégie. Durant les 3 à 5 ans allant de l'approbation du DSRP à la présentation du DSRP suivant, les gouvernements doivent préparer et présenter des rapports d'activités annuels (APR) à la Banque mondiale et au FMI. Contrairement à l'étape de la Formulation, le gouvernement n'est pas tenu de faire appel à une vaste participation lors de la préparation des APR. Les plaidoyeurs de la planification familiale devraient établir des contacts et chercher à collaborer avec le groupe chargé de compiler les APR qui pourrait bien être le groupe du DSRP ou un autre service d'un ministère du gouvernement ou de l'institut national des statistiques. La participation de la société civile au suivi du DSRP a pris diverses formes jusqu'à présent :

... elle inclut le suivi des activités (que cela entre ou non dans le système de suivi du DSRP), la participation aux comités de suivi, le fait de fournir des analyses et conseils ou encore le fait d'interpréter et de diffuser les résultats au grand public (Bedi et al., 2006, p. XXII).

Au fur et à mesure que les rapports d'activités sont préparés et donnent la direction pour l'année à venir, il sera important de vérifier que les résultats concernant la planification familiale soient mentionnés dans ces rapports. Dans l'idéal, le plan de suivi sera doté d'indicateurs sur la population et la planification familiale, par exemple, l'indice synthétique de fécondité, le taux de prévalence de la contraception et le besoin non satisfait de planification familiale.

La Section 7 présente des ressources en ligne indiquant les données du suivi au niveau nationales. Des études supplémentaires de régions ou programmes particuliers seront peut-être nécessaires. A court terme, le suivi de l'impact des politiques sur la planification familiale et en dernier lieu, sur la réduction de l'indice synthétique de fécondité relève d'un véritable défi. En effet, un accroissement notable de l'utilisation de la contraception et le recul de la croissance de la population sont des résultats qui prennent du temps. Par ailleurs, les données nécessaires à cet objectif risquent d'être limitées puisque des enquêtes de grande envergure auprès des ménages comme les enquêtes démographiques et de santé (EDS) ne sont pas réalisées tous les ans. L'autre problème réside dans le fait qu'il faut déterminer dans quelle mesure les activités de planification familiale répondent aux besoins des pauvres et des populations rurales peu desservies et dans quelle mesure, elles répondent aux besoins de la population générale. Une augmentation de la prévalence de la contraception parmi les quintiles les plus aisés ou au sein des

¹⁶ Le DSRP et le PPTE sont des étapes vers l'engagement d'un ministère des Finances de soutenir même partiellement un accroissement dans les dépenses des programmes sociaux. Les dépenses sont vérifiées via le système PETS. Les dépenses pour la planification familiale et la santé de la reproduction sont souvent soutenues par l'assistance de bailleurs de fonds autres que la Banque mondiale et le FMI. Ces autres sources comptent pour justifier l'allègement de la dette. De bons plaidoyeurs de la planification familiale devraient être au courant de ces possibilités pour prendre du poids comme partenaire dans le processus du DSRP.

populations rurales ne servira pas à atteindre le but de la réduction de la pauvreté tel qu'il est envisagé dans le DSRP.

En attendant, pour relever ces défis, les plaidoyeurs de la planification familiale devront tenir compte des données quantitatives et qualitatives ainsi que des informations sur les processus et les résultats. Par exemple : le gouvernement a-t-il prévu dans son budget le soutien qui devra être accordé aux programmes pour satisfaire les besoins non satisfaits en planification familiale ? Une politique a-t-elle été adoptée qui spécifie les groupes en droit de recevoir des services subventionnés par le gouvernement ? Le personnel médical a-t-il reçu une formation portant sur les nouvelles directives ? Les pauvres sont-ils au courant des services qui sont disponibles, notamment les services gratuits pour les pauvres ? Est-ce que les programmes arrivent effectivement jusqu'à ceux qui en ont besoin ? Dans la négative, pourquoi ne bénéficient-ils pas aux personnes visées ?

L'étape de suivi viendra alimenter directement l'étape diagnostic du prochain DSRP et le cycle reprendra si le pays cherche à obtenir d'autres prêts ou un allègement de la dette. Au fur et à mesure que les nouvelles données deviendront disponibles, les plaidoyeurs de la planification familiale devraient mettre à jour leurs présentations et matériel de plaidoyer pour informer les prochaines séries de prise de décisions.

⊕ **LECTURES RECOMMANDÉES**

Beyond the Numbers: Understanding Institutions for Monitoring Poverty Reduction Strategies (Bedi et al., 2006)

"Chapter 3: Monitoring and Evaluation" In DSRP sourcebook (Prennushi et al., 2002)

Designing Health & Population Programs to Reach the Poor (Ashford et al., 2006)

SECTION 5:

ETUDE DE CAS : MALI

Vers le milieu de l'année 2006, l'Initiative des Politiques de Santé de l'USAID, Tâche 1,¹⁷ a démarré ses efforts en vue d'inclure la planification familiale à la stratégie de réduction de la pauvreté du Mali. En effet, le pays présentait un bon terrain pour tester une telle initiative puisqu'il compte un solide réseau d'ONG dans le domaine de la santé, que son DSRP expire prochainement et qu'il présente les facteurs démographiques et socioéconomiques pertinents.

En 2001, l'indice synthétique de fécondité au Mali s'élevait à 6,8. Plus d'un quart des femmes mariées avaient un besoin non satisfait de planification familiale (28,5%) et seules 5,7 % utilisaient des méthodes contraceptives modernes (8,1 % utilisant une méthode quelle qu'elle soit).¹⁸ En 2005, le pays comptait une population estimée à 13,5 millions s'accroissant au taux annuel de 3 %.¹⁹ Pratiquement 7 habitants sur 10 (68 %) vivent dans des zones rurales et 64 % de la population totale vit en dessous du seuil de pauvreté national. Ces facteurs indiquent que les efforts de développement national au Mali ont tout à gagner de stratégies qui relient la planification familiale aux initiatives de réduction de la pauvreté.

L'activité DSRP décrite ci-après a débuté par le choix d'un partenaire local de la société civile qui allait défendre la cause et sensibiliser les dirigeants d'opinion et les partenaires du développement. L'enseignement retiré de cette activité a éclairé la mise au point du présent guide.

DSRP-I du Mali

Le Gouvernement du Mali a présenté son premier DSRP en 2003. La stratégie a obtenu un crédit limité de la Banque mondiale pour des activités spécifiques. Le DSRP de 2003 repose sur trois piliers :

- Développement institutionnel et amélioration de la gouvernance et de la participation ;
- Développement humain et renforcement de l'accès aux services sociaux de base ; et
- Amélioration de l'infrastructure et soutien aux secteurs clés de la production.

La section de la stratégie sur l'accès aux services sociaux repose sur une solide argumentation en faveur d'une meilleure santé. Elle reconnaît l'impact des questions de population et de démographie sur la capacité d'un pays à améliorer les conditions de vie bien que la stratégie ne mentionne pas spécifiquement leur incidence sur la croissance économique. La population est également retenue comme une question qui doit être traitée pour réduire les inégalités. Le plan de suivi du DSRP mentionne parmi ses indicateurs l'indice synthétique de la fécondité et le taux de prévalence de la contraception. Il note bien l'importance de ralentir la croissance de la population mais ne mentionne pas explicitement la planification familiale comme un service de santé méritant qu'on lui accorde l'attention nécessaire.

¹⁷ Appelé par la suite Health Policy Initiative.

¹⁸ Voir ORC Macro, Measure DHS STATcompiler. Disponible à l'adresse suivante: www.statcompiler.com [consulté le 1^{er} février 2007].

¹⁹ Voir Banque MondialeBanque Mondiale, Base de Données des Indicateurs de Développement Mondial. Disponible à l'adresse suivante <http://devdata.worldbank.org/external/CPProfile.asp?CCODE=MLI&PTYPE=CP> [consulté le 2 février 2007].

Cadre institutionnel pour le processus du DSRP

La Cellule de Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté au sein du Ministère de la Santé gère la coordination générale du processus du DSRP au Mali, y compris la formulation, la mise en œuvre et le suivi. Jusqu'en septembre 2006, la cellule du DSRP comptait seulement un groupe de quatre personnes seulement venant d'autres services du Ministère des Finances. A compter de septembre, le bureau s'est agrandi et compte à présent un personnel de 20 membres. Dans le cadre du DSRP-I, le Gouvernement du Mali a mis en place cinq mécanismes supplémentaires pour guider le processus du DSRP (Gouvernement du Mali, 2002).

1. **Comité des politiques.** Le premier Ministre est le président du Comité des politiques également connu sous le nom de Comité d'Orientation. Le Comité comprend neuf ministres et sept représentants de la société civile. Ce comité se réunit trimestriellement et apporte des directives de politiques de haut niveau tout au long du processus du DSRP. Généralement pendant les premiers mois du DSRP, le comité se réunit seulement deux fois par an au maximum, ce qui limite son leadership et son efficacité.
2. **Comité conjoint.** Ce comité rassemble des partenaires du développement maliens et internationaux. Il est présidé par le Ministère des Finances et comprend des représentants de la société civile, du secteur privé, des groupements féminins, des partenaires du développement (financiers et techniques) et du Ministère du Plan. Le comité délibère sur les questions liées à la mise en œuvre du DSRP et fait appel aux autres ministères (santé, éducation) quand c'est nécessaire.
3. **Comité technique.** Lors du premier DSRP, 11 groupes de travail thématiques ont été créés sous couvert du Comité technique. Les groupes de travail comprennent des représentants du gouvernement, de la société civile et des partenaires de développement. Les groupes ont effectué une recherche ou commandité des rapports généraux sur divers thèmes dont les structures macroéconomiques, le développement rural et les ressources naturelles ainsi que la santé et la population.
4. **Comité directeur.** En fonction de l'information transmise par les groupes de travail, le Comité directeur encadre les efforts d'analyse de la situation qui sera utilisée ensuite pour concevoir des recommandations de politiques dans le DSRP. Le comité comprend les présidents des groupes de travail thématiques et autres partenaires du développement. Lors de la préparation du premier DSRP, le comité se réunit tous les deux mois.
5. **Secrétariat technique.** Le Secrétariat technique est dirigé par le Ministère du Plan avec pour responsabilité de faciliter la mise en œuvre du DSRP.

DSRP-II du Mali

Le premier DSRP expirant à la fin de 2006, le comité directeur et la cellule du DSRP ont commencé à préparer la stratégie de réduction de la pauvreté de seconde génération. Contrairement au premier DSRP au Mali, le nouveau DSRP bénéficiera d'un soutien budgétaire direct par l'entremise du Crédit de soutien à la réduction de la pauvreté de la Banque mondiale. En janvier 2006, le gouvernement a invité environ 100 personnes à une réunion de lancement. Les participants ont décidé de réduire le nombre de groupes

thématiques à 6 groupes ad hoc. Les groupes et les organisations chefs de file de ces groupes sont les suivants :

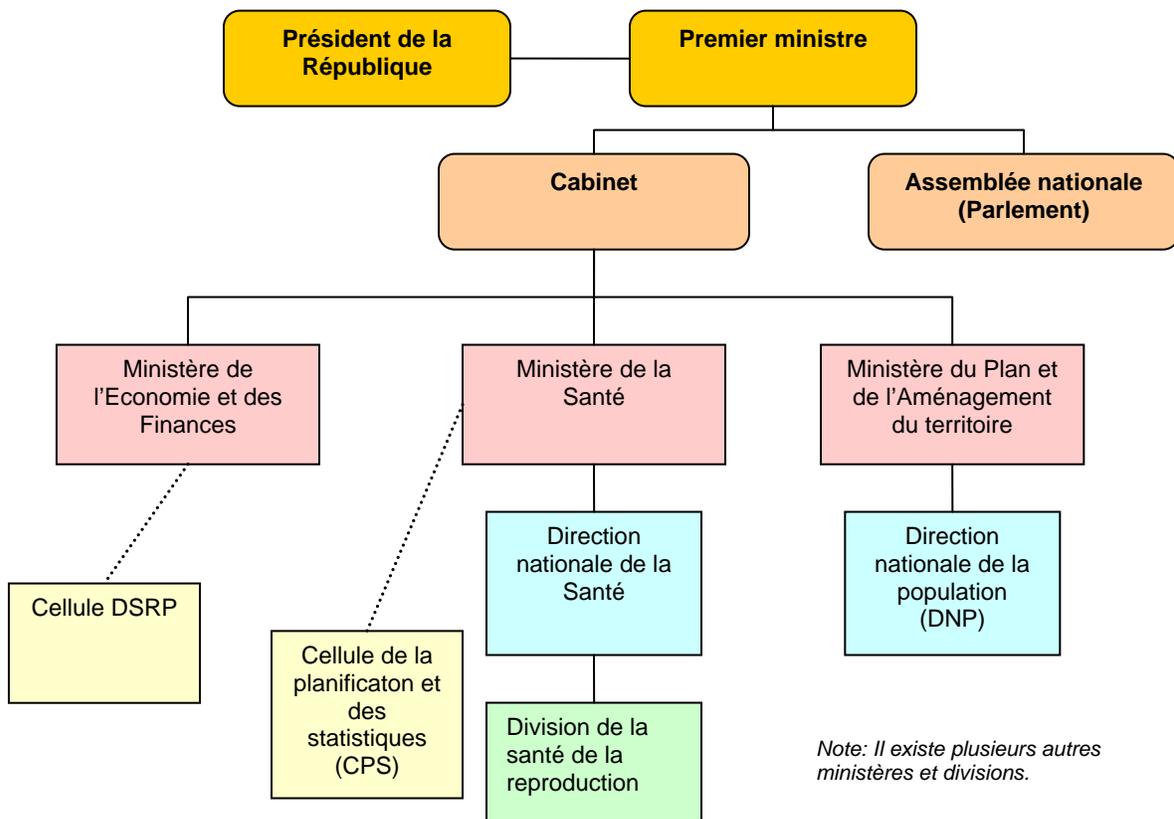
- Evaluation du DSRP I (Observatoire de Développement Humain Durable)
- Analyse de la politique sectorielle (cellule DSRP)
- Elaboration de la stratégie de croissance (Chambre de commerce et d'industrie)
- Cadre macroéconomique (Ministère des finances)
- Cadre budgétaire (Direction du budget)
- Groupe de décentralisation (Administration territoriale)

Ces groupes comprennent les parties concernées des ministères et de la société civile ainsi que des consultants nationaux et internationaux comptant une expertise supplémentaire. Chaque groupe a préparé un rapport sur leur thème, aidé par les membres du groupe travaillant à plein temps sur cette activité.

Alliés éventuels pour les activités de planification familiale au Mali

Le Gouvernement national du Mali comprend divers ministères dont les fonctions sont réparties entre les diverses directions et divisions — chacune dotée de différents pouvoirs (voir Graphique 5).

GRAPHIQUE 5. STRUCTURE DU GOUVERNEMENT DU MALI



Le Ministère de la Santé (MS) et la Direction nationale de la Population (DNP) du Ministère du Plan ont toujours défendu les questions de la population au sein du gouvernement malien. Par ailleurs, ces entités abordent les questions démographiques sous un angle différent et souhaitent rester maîtres sur leur propre territoire. Le MS traite les questions de croissance de la population en dispensant des services de planification familiale. C'est le Programme de développement socio-sanitaire (PRODESS) et non pas le DSRP qui est le principal document de planification du MS et la planification familiale est l'une des nombreuses interventions clés contenues dans le PRODESS.²⁰ Pour la DNP, il s'agit avant tout de faire concorder la croissance de la population avec les ressources du pays. Si la DNP pense certes que la croissance de la population doit être contrôlée, elle n'en juge pas moins que les services de planification familiale font partie des détails dont ne doit pas forcément faire état le DSRP. Un tel nombre d'approches différentes signifie qu'il n'existe pas une direction unifiée ou une solide défense pour une réponse multisectorielle en vue de renforcer l'utilisation de la planification familiale et d'améliorer l'accès à ces services.

Le MS et la DNP ont des représentants prenant part à la préparation du DSRP de seconde génération au Mali. Le MS a délégué un représentant de sa cellule de planification et de statistique (CPS) auprès du groupe ad hoc de politique sectorielle. Il convient de noter que les membres de la Division de la santé de la reproduction qui supervise la planification familiale n'ont pas pris part au processus. La DNP compte des délégués qui font partie du groupe ad hoc qui a évalué la réussite du premier DSRP. Les représentants du MS ont défendu la mise en œuvre de PRODESS et les représentants de la DNP ont mis en avant la politique nationale de population.

Quant à la société civile plaidant la cause, les ONG au Mali n'ont jamais vraiment eu la capacité nécessaire pour traiter de front les questions de planification familiale. Par contre, la lutte contre le VIH/SIDA bénéficie de l'engagement politique et d'un financement des bailleurs de fonds, ce qui a permis de renforcer la capacité des ONG dans ce secteur. Comme le montre l'Encadré 5, les ONG intervenant dans le combat contre le VIH/SIDA se sont mobilisées et ont rencontré les principales parties concernées avant que ne démarre le processus de préparation de la seconde génération des DSRP. Financièrement, elles ont eu les coudées plus libres

ENCADRÉ 5

UN PLAIDOYER EFFICACE : S'INSPIRER DES ORGANISATIONS DU VIH/SIDA

Les diverses versions du DSRP au Mali mettent toutes au premier plan la lutte contre le VIH/SIDA. Lors des versions plus récentes du DSRP, la réponse à l'épidémie du VIH est citée comme une intervention prioritaire au même rang que la sécurité alimentaire, l'amélioration des services sociaux de base et la réforme administrative. La lutte contre le VIH a des ramifications pour les questions liées au genre, à la population et à la gestion du territoire. Le VIH est mentionné tout au long du diagnostic de la pauvreté.

Au Mali, les groupes combattant le VIH/SIDA se sont organisés rapidement et efficacement. En effet, avant la première réunion du comité directeur du DSRP, le Haut Conseil national pour la lutte contre le SIDA (HCNLS) a parrainé la présence de représentants du Ministère des Finances, de la cellule du DSRP et de la cellule du Budget à un atelier à Johannesburg en Afrique du Sud. Le but de l'atelier régional était de discuter des interactions entre le VIH/SIDA et la pauvreté. Le HCNLS a ensuite recruté un consultant qui a suivi le processus du DSRP du début à la fin et qui a fait ressortir l'impact du VIH sur chaque aspect des politiques sectorielles. Le HCNLS a également parrainé un document indépendant sur les coûts économiques du VIH/SIDA au Mali.

²⁰ PRODESS, à présent dans sa seconde phase, est une approche sectorielle de 10 ans pour la santé et le bien-être social. Elle est coordonnée avec divers plans sociaux et économiques dont le PRSP. Le programme a été démarré en 1998 suivant un processus de consultations de deux ans avec diverses parties concernées, notamment les communautés locales et les femmes. PRODESS est axé sur cinq thèmes : renforcer la solidarité et lutter contre les inégalités, faire reculer la pauvreté, renforcer la protection sociale, renforcer les institutions et renforcer les capacités en ressources humaines.

puisque les ressources étaient disponibles pour parrainer des visites d'études, recruter un consultant et entreprendre une recherche indépendante.

Première version du DSRP-II

Le DSRP 2003 et les rapports des six groupes ad hoc ont été évalués lors d'une réunion en juin 2006. Suivant la réunion, le gouvernement a chargé un groupe de consultation de rédiger la première version du DSRP de seconde génération. Le groupe comptait des consultants nationaux et internationaux. Tout au long du processus, ce groupe a également recruté des fonctionnaires de haut niveau de l'administration précédente, notamment l'ancien ministre des finances et l'ancien ministre de l'administration territoriale. Une première version datée du 4 août 2006 a été présentée, aux fins d'examen, aux différentes parties concernées du DSRP. L'analyse du contenu concernant les questions de population et de planification familiale met à jour les aspects suivants :

- L'évaluation du DSRP de 2003 indique que les objectifs de santé et de population ont été atteints.
- Dans la même section, le taux rapide de croissance de la population fait qu'il est difficile pour les jeunes de trouver du travail.
- Le document indique que des questions de portée plus vaste comme la population sont traitées dans l'analyse des politiques sectorielles.
- L'estimation donnée dans la section sur la croissance macroéconomique suppose un ralentissement de la croissance de la population.
- La section intitulée "Population" traite essentiellement de la mise en œuvre de la politique de population de 2005–2009, notant sa nature transversale et la nécessité de suivre le plan d'investissement stipulée dans la politique.²¹
- De pair avec les questions de genre et d'environnement, la population est mentionnée comme une question transversale.

Manquaient à l'évidence les aspects suivants dans la première version du nouveau DSRP :

- Mention spécifique de la planification familiale ;
- Mention spécifique des mesures qui seront prises pour alléger les pressions démographiques ou ralentir la croissance de la population comme facteur de réduction de la pauvreté ; et
- Détails montrant comment la population pourrait être intégrée comme question transversale touchant aux différents secteurs.

Mobilisation de la société à la défense de la planification familiale

Lorsque les activités du DSRP de l'Initiative des Politiques de Santé ont démarré au Mali, le processus du DSRP était en cours depuis huit mois. Une leçon importante à retenir à cet effet, c'est qu'il faut chercher à participer le plus tôt possible avant la planification et la formulation du DSRP. Ici, un tel engagement précoce aurait permis au Mali de renforcer les capacités locales pour défendre les liens qui existent entre la planification familiale et la pauvreté.

²¹ La politique en matière de population comprend 10 objectifs. Le troisième objectif concerne le contrôle de la croissance de la population. La plupart des interventions stratégiques sont des éléments d'un programme efficace de planification familiale.

Pris par le temps après la communication de la première version du DSRP de 2006, l'USAID/Mali et l'Initiative des Politiques de Santé ont rencontré le Groupe Pivot/Santé Population (GP/SP) pour discuter de l'intégration de la planification familiale à la version finale du DSRP. GP/SP a été choisi comme partenaire local car c'est une organisation parapluie qui représente toute une panoplie d'ONG maliennes intervenant dans le domaine de la santé, de l'éducation et d'autres secteurs. La section santé de l'organisation compte à elle seule environ 200 membres.

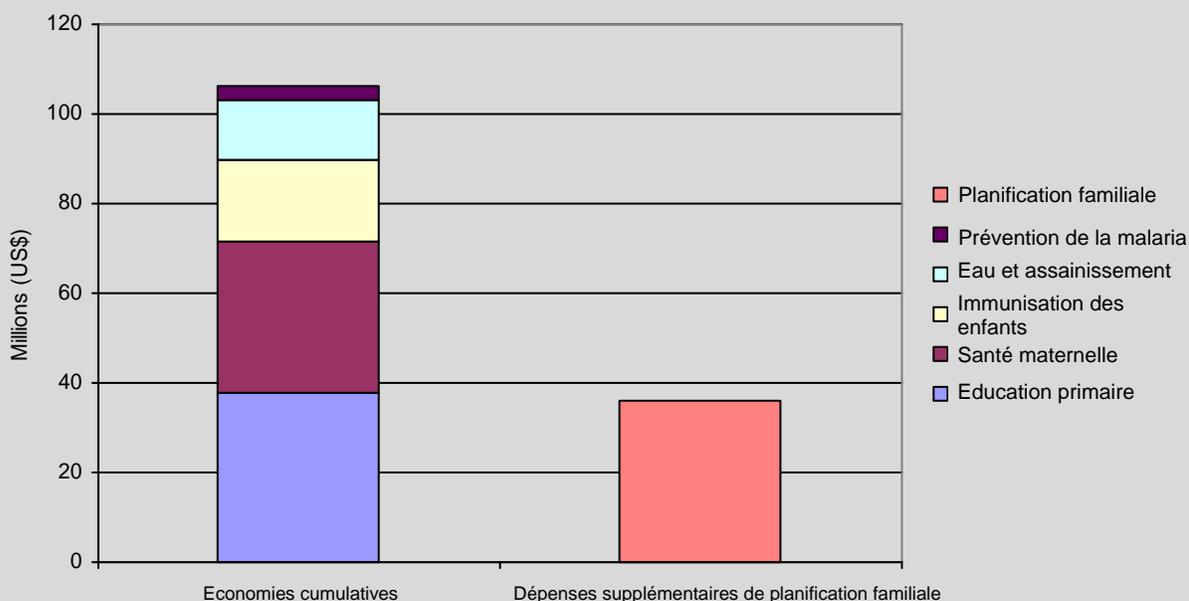
Lors de la réunion initiale avec 28 représentants de la société civile en août, l'Initiative des Politiques de Santé a présenté une information générale sur l'impact de la croissance de la population sur le développement national (en utilisant le Modèle RAPID) et le rôle de la planification familiale dans la réalisation des OMD (en utilisant la présentation sur les OMD). L'encadré 6 présente les principaux résultats. Un groupe de travail plus petit composé de sept membres a été mis sur pied pour concevoir une stratégie qui permettait de mieux intégrer la planification familiale à la prochaine version du DSRP. Le groupe comprend des représentants de l'Association des Centres de santé, l'Entité coordinatrice des associations féminines, la Fédération des ONG, GP/SP et l'Initiative des Politiques de Santé.

ENCADRÉ 6 PLAIDOYER POUR LA PLANIFICATION FAMILIALE AU MALI

Le modèle RAPID et la présentation des OMD démontrent la contribution de la planification familiale aux objectifs de développement socioéconomique :

- La demande totale actuelle de planification familiale chez les femmes mariées s'élève à 36,6% (utilisatrices actuelles [8,1%] plus celles qui ont un besoin non satisfait [28,5%])
- Pour satisfaire à la demande totale de planification familiale, il faudrait :
 - Diminuer la fécondité totale de 6,8 naissances par femme à 4,3
 - Réduire la population totale projetée en 2025, de 23,1 millions à 18,9 millions
 - Réduire les décès infantiles en 2025, des 121 000 projetés à 36 000
 - Réduire les décès maternels en 2025, des 6 240 projetés à 1 860
- Répondre au besoin non satisfait en planification familiale reviendra à 35.8 millions \$ (en plus de ce qu'il faut dépenser pour maintenir les niveaux actuels d'utilisation de la contraception). Par ailleurs, le ralentissement de la croissance de la population et la satisfaction du besoin non satisfait en planification familiale permettraient également de faire baisser les dépenses en santé et en éducation lors de la période des OMD (2005-2015), d'où des économies totales de 106,3 millions (70,5 millions d'économies nettes) (Voir Figure 6).

FIGURE 6. ECONOMIES CUMULATIVES OBTENUES EN ATTEIGNANT LES CIBLES DE DÉVELOPPEMENT DU MILLÉNAIRE CHOISIES AU MALI, 2005–2015



- 37,9 millions \$ économisés sur les coûts cumulatifs pour assurer une éducation primaire universelle
- 33,5 millions \$ économisés sur les coûts cumulatifs pour traiter la santé maternelle
- 18,5 millions \$ économisés sur les coûts cumulatifs pour fournir la vaccination contre la rougeole
- 13,2 millions \$ économisés sur les coûts cumulatifs pour fournir une eau salubre et l'assainissement
- 3,2 millions \$ économisés sur les coûts cumulatifs pour distribuer des moustiquaires imprégnées aux insecticides pour la prévention du paludisme

Début septembre, le groupe de travail s'est réuni pour préparer une réunion avec la cellule du DSRP. Le groupe a ébauché des recommandations pour améliorer le statut de la planification familiale au Mali dont:

- Améliorer les services de planification familiale pour satisfaire au besoin non satisfait ;
- Encourager la demande de services de planification familiale ;
- Réduire les coûts des services de planification familiale ;
- Assurer le financement des produits de planification familiale ;
- Rehausser la nature institutionnelle de la santé de la reproduction au sein du MS ; et
- Encourager le dialogue entre le gouvernement et les partenaires.

Vu que le processus du DSRP était en cours et qu'il fallait agir rapidement pour défendre l'inclusion de la planification familiale, l'Initiative des Politiques de Santé a apporté le soutien financier pour recruter un consultant représentant GP/SP et le groupe de travail. Il est d'importance capitale de disposer d'une personne équipée de l'aptitude à faire du plaidoyer, d'une bonne connaissance de la question et qui a le

temps de se consacrer au processus du DSRP. Le consultant, un Malien ayant de l'expérience en matière d'économie et de développement rural s'est présenté à la cellule du DSRP, a cherché des informations sur les dates des réunions de la société civile et a revu les premières versions du DSRP. Il a rencontré le petit groupe de travail et la cellule du DSRP à plusieurs occasions sur une période de 4 à 6 semaines. Sa présence constante a permis de garder la planification familiale à l'ordre du jour. Parallèlement, le personnel de l'Initiative des Politiques de Santé a rencontré les parties concernées de la DSRP pour discuter davantage de la planification familiale.

Seconde version du DSRP-II

Le 25 août, une seconde version du DSRP-II de 2006 était communiquée aux fins d'examen. Quelques petits changements avaient été portés au document. Il accordait par exemple une plus grande importance aux questions démographiques.

- L'introduction comprenait une phrase indiquant que la réduction de la pauvreté dépend du ralentissement de la croissance de la population.
- Dans une section sur les orientations stratégiques, un paragraphe a été ajouté notant l'importance de prendre en compte les facteurs démographiques, notamment la croissance de la population.
- Dans la discussion sur le genre et la santé, la version préliminaire faisait état de l'importance de l'accès à l'information sur la planification familiale.
- Le cadre du suivi et de l'évaluation contenait plusieurs indicateurs concernant la planification familiale et la population, notamment l'indice synthétique de fécondité, le taux de croissance de la population et l'utilisation des services de planification familiale.

Un effort de plaidoyer continu

Si on ne sait pas trop ce qui a poussé aux changements portés dans les deux versions d'août, il n'en reste pas moins qu'ils mettent en avant l'importance d'atteindre divers publics et d'éventuels alliés. En août, GP/SP et son consultant n'avaient pas encore démarré leurs efforts de plaidoyer. Par contre, le personnel de l'Initiative des Politiques de Santé et d'autres personnes avaient démarré un processus éducatif sur l'impact de la croissance de la population sur la pauvreté et la croissance économique. L'Initiative avait notamment contacté le directeur de la cellule du DSRP. De plus cette cellule elle-même avait tenu plusieurs réunions face-à-face avec les principales parties concernées. Il est fort possible que l'une ou l'autre de ces parties prenantes aient recommandé de mettre plus en avant les questions de population. Les deux premières adjonctions susmentionnées sont analogues aux tendances et visions des choses souvent évoquées par la DNP. La mention de la planification familiale par rapport au genre était probablement due aux efforts de tous ceux qui plaident fermement pour la participation de la femme au processus.

Le 1^{er} septembre, le Directeur local de l'Initiative des Politiques de Santé a fait une présentation (combinant la présentation de RAPID et la présentation OMD) au Secrétaire général du Mali (conseiller en chef du Président), à des cadres de l'USAID et à des dirigeants religieux. Après la présentation, le Secrétaire général et d'autres participants ont posé des questions approfondies sur la corrélation entre le développement économique et la planification familiale. Les participants ont également posé des questions sur le contenu des OMD et les stratégies à l'appui de la réalisation de ces objectifs ainsi que les implications pour les dirigeants religieux sur le plan de la planification familiale. Cette présentation aura sans doute un impact sur les futures révisions du document stratégique dans la mesure où les membres de la cellule du DSRP sont au courant de la présentation et sont influencés par le Secrétaire général.

A la mi-septembre, la cellule du DSRP a convoqué plusieurs réunions importantes invitant divers membres du gouvernement et de la société civile. Y assistaient également un certain nombre de plaidoyers des questions de population et de planification familiale dont un représentant de l'Ambassade hollandaise, le délégué du MS, des cadres de la DNP, le consultant représentant GP/SP et d'autres groupes de la société civile. Les représentants de l'Ambassade hollandaise et le MS ont recommandé d'inclure d'autres volets sur la planification familiale et la nutrition. Les représentants de la DNP ont demandé que soient mieux intégrés les éléments de population.

La cellule du DSRP a organisé quatre commissions (ou groupes de travail) pour une discussion intense lors de la réunion de septembre axée sur les éléments suivants :

- Cadre macroéconomique, budgétaire et financier ;
- Suivi et consolidation de la réforme structurelle ;
- Infrastructure et secteur productif ; et
- Renforcement des secteurs sociaux.

Le consultant représentant GP/SP a participé à la commission sur les secteurs sociaux. Cette commission comptait également des représentants du CPS du ministère de la santé et de l'Ambassade hollandaise. Le représentant de la DNP défendait les intérêts des questions de population en général.

Dans les rangs de la commission des secteurs sociaux, le consultant représentant le GP/SP a montré à l'aide d'exemples précis comment la planification familiale pouvait être renforcée tout au long du DSRP. On a rejeté sa première suggestion concernant l'insertion d'un paragraphe décrivant un programme de planification familiale efficace. La raison avancée à ce propos était la suivante : le DSRP n'est pas l'endroit où sont décrits des programmes ou projets expliqués ailleurs (dans ce cas, il s'agit du PRODESS et/ou de la Politique nationale de population). Le consultant a donc proposé des phrases ou tournures spécifiques où des améliorations pouvaient être portées au contenu de la planification familiale. Il a notamment proposé les éléments suivants :

- Le plaidoyer pour les questions de population ne doit pas seulement être fait auprès des décideurs mais aussi auprès des dirigeants d'opinion ;
- Le besoin non satisfait pour la planification familiale devrait être traité dans le document ; et
- La planification familiale devrait faire partie des services pour lesquels sera étudiée la possibilité de diminuer les tarifs.

Le consultant, de pair avec des représentants du DNP, a vivement recommandé de garder les indicateurs de la planification familiale et de la population dans le cadre de suivi et d'évaluation. On leur a indiqué que le nombre d'indicateurs pour le DSRP entier serait réduit à une vingtaine environ et que passeraient en priorité les indicateurs liés aux OMD.

Troisième version du DSRP-II

Le 4 octobre, une troisième version du DSRP-II était communiquée. Alors que le document prenait sa forme finale, il accordait une place de plus en plus préminente à la planification familiale et à la croissance de la population. Par exemple :

- L'un des deux grands objectifs du DSRP était la croissance économique. Dans la description de cet objectif, le document indique que le ralentissement de la croissance de la population est nécessaire pour améliorer la distribution des revenus et réduire la pauvreté.
- La phrase de conclusion de la section sur la pauvreté indique que l'une des grandes causes du niveau élevé de pauvreté réside dans le manque d'attention portée à la réduction de la croissance de la population.
- La section sur l'évaluation de la réussite du premier DSRP indique à présent que tous les objectifs de santé ont été atteints sauf celui de la planification familiale.
- Dans la section sur les projections du revenu par habitant, on souligne encore davantage toute l'importance du ralentissement de la croissance de la population dans l'analyse de la pauvreté.
- Au début de la section sur les politiques sectorielles, est noté le fait que la population bien qu'elle touche à divers secteurs fait partie de la section sur les politiques sectorielles pour bien souligner son importance.
- Dans la section sur l'amélioration des secteurs sociaux, le champ d'action du plaidoyer est étendu jusqu'aux dirigeants d'opinion.
- Dans la section sur les interventions prioritaires, la sous-section sur les secteurs sociaux précise qu'il est important de répondre au besoin non satisfait de planification familiale.
- La sous-section sur la politique sectorielle pour le secteur de la santé mentionne la nécessité de diminuer les coûts de la planification familiale pour les pauvres.

Par contre, le cadre de suivi et d'évaluation bien plus restreint ne comportait pas plusieurs des indicateurs se rapportant à la croissance de la population, à la fécondité et à l'utilisation de la planification familiale. Un tableau des indicateurs, datant du 15 décembre 2006, comportait uniquement le couple-année de protection (CAP)²² comme indicateur mesurant l'objectif indiqué sur le renforcement des services de planification familiale dans les centres de santé communautaires et les centres de santé de référence. Selon le tableau, le but est d'arriver à ce que la moitié des centres de santé communautaires et centres de référence soient opérationnels d'ici 2007 et ensuite que tous les centres deviennent opérationnels d'ici 2008.

Leçons retenues

Au moment de la rédaction du présent guide, le document final du DSRP est rédigé par la cellule du DSRP. Une fois finalisé, il sera présenté à l'Assemblée nationale. Cette dernière ne vote pas pour l'adoption du DSRP mais ce document n'en sert pas moins de référence pour les lois budgétaires qui devront être approuvées par l'Assemblée.

Si le DSRP 2006 du Mali ne représente pas forcément un cas idéal sur l'inclusion de la planification familiale, le processus du plaidoyer en faveur de la planification familiale dégage pourtant plusieurs leçons à retenir.

- Cet exercice a démontré avant tout qu'il est possible pour la société civile de participer au processus du DSRP et de repositionner la planification familiale comme intervention nationale qui peut aider à faire reculer la pauvreté. Il est capital de pouvoir compter sur un plaidoyer pour la planification familiale qui se consacre entièrement au processus, qui offre des suggestions et fait le suivi des actions nécessaires. On peut en juger d'après le fait que toutes les mentions

²² Le CAP est défini comme une mesure représentant le nombre total d'années de protection contraceptive conférée par une méthode. Le CAP est calculé pour chaque méthode en prenant le nombre d'unités distribuées et en divisant ce nombre par un facteur représentant le nombre d'unités nécessaires pour protéger un couple pendant une année.

spécifiques de la planification familiale — sauf l'évaluation de la réussite sur ce plan dans le cadre du premier DSRP- corréler les suggestions faites par le consultant du GP/SP.

- Une participation dès les premières étapes revêt une importance vitale. Si on était intervenu plus tôt dans le processus au Mali au moment de la révision du DSRP de 2003 et de l'analyse des questions qui devaient être incluses au DSRP de 2006, on aurait eu plus de temps pour sensibiliser et défendre l'inclusion de la planification familiale à tous les aspects du DSRP (diagnostic, objectifs, recommandations de politiques, suivi, etc.).
- Il faut avoir un groupe de la société civile en place qui défende la planification familiale pour faciliter une participation active et assurer le suivi de la préparation et de la mise en œuvre du DSRP. Il est donc important de renforcer la capacité de la société civile dans le pays pour défendre la planification familiale et formuler les stratégies sur les liens avec la réduction de la pauvreté. Ici, comme le temps était limité, il n'a pas été possible de renforcer les capacités d'un membre au sein du GP/SP et, par conséquent, l'Initiative des Politiques de Santé a apporté une assistance pour recruter un consultant chevronné dont la présence serait constante tout au long du processus de formulation.
- Les organisations de lutte contre le VIH/SIDA ont été plus efficaces pour démontrer l'impact de l'épidémie sur le développement socioéconomique. Les plaidoyeurs de la planification familiale peuvent s'inspirer de leurs exemples et chercher à collaborer avec ces groupes. L'intégration de la PF/SR et du VIH sera mutuellement bénéfique aux deux fronts.
- Les plaidoyeurs de la planification familiale peuvent trouver des alliés dans la société civile (groupements féminins) et dans les rangs du gouvernement. Dans le cas du Mali, la Division de la santé de la reproduction du MS qui pouvait s'avérer un allié notable de la planification familiale n'a pas participé activement au processus du DSRP. De plus, le MS et le Ministère du Plan ont balisé leur propre terrain en termes d'approches aux questions de population. Par conséquent, les plaidoyeurs de la planification familiale devront non seulement cibler la cellule du DSRP mais aussi d'autres personnes ou organisations influentes pour encourager leur engagement et présenter une approche unifiée.
- En dernier lieu, les expériences du Mali nous montrent que l'utilisation de solides preuves pertinentes au contexte et la présentation de suggestions concises — notamment un modèle ou un langage proposé qui peut être intégré au document- peuvent aider les plaidoyeurs de la planification familiale à plaider et à gagner la cause de l'inclusion au DSRP.

⊕ RESSOURCES EN LIGNE RECOMMANDÉES

Pour trouver d'autres études de cas du processus du DSRP spécifiques à divers pays, prière de consulter :

- African Learning Group on the Poverty Reduction Strategy Papers
<http://www.uneca.org/DSRP/>
- Afriline: Poverty Reduction Strategies Monitoring Participation
<http://www.afriline.net/DSRP.html>
- Eldis: Watching the Poverty Reduction Strategies Process
<http://www.eldis.org/poverty/DSRP.htm>

SECTION 6:

LISTE DE VÉRIFICATION DE LA PLANIFICATION FAMILIALE ET DU DSRP

La liste de vérification ci-après aide à intégrer la planification familiale au DSRP. Elle récapitule les principaux points de la Section 4 et les leçons retenues de l'étude de cas du Mali (voir Section 5). Les points ci-après sont présentés à titre de suggestions et non pas comme des étapes chronologiques, puisque les possibilités de participation pour la société civile vont varier selon le contexte particulier du pays. De plus, les pays qui mettent au point leur premier DSRP n'ont peut-être pas encore créé certaines des structures organisationnelles (cellule du DSRP) qui sont mentionnées ci-après.

I. Comment démarrer

Connaître le processus

Contactez la cellule ou le comité chargé du processus du DSRP. Celui-ci se trouve généralement au sein du Ministère des Finances. Il est capital de participer dès les premières étapes.

Déterminez à quel stade se trouve votre pays dans le processus du DSRP. Généralement, les DSRP sont revus tous les 3 à 5 ans.

Evaluer votre position stratégique

Assurez la formation et/ou octroyez les ressources dont a besoin votre organisation pour donner la meilleure défense possible à la planification familiale (aptitudes à parler en public, compétences d'analyse des données).

Envisagez de forger des alliances stratégiques avec des organisations intervenant au niveau de la même cause (par exemple, les groupements féminins, les plaidoyeurs de la santé des enfants, les groupes de lutte contre le VIH/SIDA, les professionnels de la santé, etc.).

2. Formuler une approche de plaidoyer

Classer par ordre prioritaire les objectifs et les publics

Ebauchez les buts et les objectifs du plaidoyer (intégrer au DSRP les questions, politiques, rubriques budgétaires et indicateurs de la planification familiale).

Identifiez les publics cibles (cellule du DSRP, personnel du ministère de la santé, parlementaires, etc.). Ne pas oublier que les messages, les stratégies et les publics cibles peuvent changer en fonction du stade du processus.

Concevoir votre stratégie de plaidoyer

Préparez votre stratégie avec les responsabilités et les calendriers d'exécution.

Collectez des informations et des données pertinentes.

Concevoir des messages de plaidoyer pour cibler les décideurs du DSRP (en s'attachant aux relations entre la fécondité élevée, la planification familiale et la réduction de la pauvreté ou encore l'impact qu'aurait la satisfaction du besoin non satisfait de planification familiale).

Suivre vos efforts de plaidoyer pour la planification familiale et le DSRP.

3. Diagnostic du problème

Expliquer preuves à l'appui le problème que vous cherchez à traiter dans le cadre du processus du DSRP

Chaque DSRP commence par faire la description de la situation de son pays sur le plan de la pauvreté. Compiler les données pour informer les décideurs de la relation entre la croissance de la population, la pauvreté, le besoin non satisfait de planification familiale et son accès pour les pauvres.

Préparer les documents d'ordre général, les fiches factuelles, les résumés d'orientation et les recommandations de politiques concernant les questions de planification familiale et la réduction de la pauvreté.

Faire une analyse des lois et politiques actuelles de la planification familiale et santé de la reproduction et identifier les lacunes qui devraient être comblées dans le DSRP.

Préparer des études de segmentation du marché pour informer la mise au point de stratégies qui font une meilleure utilisation des ressources pour répondre aux besoins des pauvres sur le plan de la planification familiale.

Communiquer les résultats de l'évaluation du problème

Faire des présentations de plaidoyer pour les parties prenantes ou partenaires du DSRP.

Faire partie des groupes de travail qui évalueront le DSRP précédent et la situation actuelle de pauvreté dans le pays.

Sensibiliser aux liens entre la planification familiale et la pauvreté par le biais des médias et d'autres forums publics.

Utiliser les modèles informatiques pour démontrer les impacts que comporte pour le secteur social la réduction de la croissance de la population.

4. Formuler the DSRP

Influencer ceux qui rédigent ou approuvent le DSRP

Organiser des réunions avec des représentants officiels de haut niveau ou d'autres parties concernées qui peuvent influencer l'équipe chargée de la rédaction.

Promouvoir des mécanismes pour donner aux pauvres voix au chapitre.

Participer au processus de rédaction et d'examen

Apporter l'assistance technique nécessaire pour formuler les objectifs, les politiques et les indicateurs.

Préparer un langage modèle qui sera utilisé dans le document de la stratégie.

Faire partie de l'équipe de rédaction ou des comités consultatifs du DSRP qui donnent des conseils à l'équipe chargée de la rédaction.

Revoir les versions préliminaires préparées par l'équipe de la rédaction.

5. Mise en oeuvre du DSRP

Responsabiliser et engager les groupes au niveau de la mise en oeuvre

Vérifier que le gouvernement et les partenaires de la mise en oeuvre sont tenus pour responsables et respectent les engagements qu'ils ont pris dans le cadre du DSRP.

Mettre sur pied ou recommander la création des groupes multisectoriels qui seront chargés de coordonner la mise en oeuvre.

Rassembler l'information pour la mise en oeuvre

Faire une analyse des lois et politiques actuelles de planification familiale et de santé de la reproduction et faire la comparaison avec la stratégie du DSRP. Encourager les réformes de politiques ou les modifications si nécessaire.

Utiliser des modèles informatiques pour estimer les ressources nécessaires pour répondre aux buts liés à la planification familiale dans le DSRP et demander les octrois budgétaires nécessaires.

6. Suivi de la mise en oeuvre du DSRP

Participer au processus d'examen annuel du DSRP

Des rapports d'activités sont présentés chaque année. Vérifier que les indicateurs de la planification familiale (indice synthétique de fécondité, taux de prévalence de la contraception, besoin non satisfait) sont compris dans les plans de suivi et d'évaluation.

Contactez la cellule du DSRP et demandez à prendre part au comité de suivi.

Faire des évaluations indépendantes

Envisager de faire votre propre recherche pour pouvoir donner des conseils au groupe de suivi du DSRP ou pour communiquer avec le public en général.

Au regard du défi que cela représente d'augmenter l'utilisation de la planification familiale et de ralentir la croissance de la population à court terme (3 à 5 ans entre chaque DSRP), voici certaines questions à se poser pour voir si on est effectivement sur la bonne voie pour atteindre les objectifs de la planification familiale :

- Est-ce que le gouvernement a octroyé un budget pour soutenir les programmes visant à satisfaire aux besoins non satisfaits de planification familiale ?
- une politique a-t-elle été adoptée qui permet de déterminer les groupes qui présentent les conditions requises pour obtenir les services subventionnés par le gouvernement ?
- Le personnel des soins de santé a-t-il reçu une formation portant sur les nouvelles directives ?

- Est-ce que les pauvres connaissent les services qui sont disponibles, notamment les services subventionnés ou gratuits pour les pauvres ?
- Est-ce que les programmes arrivent aux bénéficiaires prévus (pauvres ou groupes ruraux) ? Dans la négative, pourquoi pas ?

7. Pensées finales

S'engager dès le début du processus

Un engagement dès les premières étapes est d'importance critique pour vérifier que la planification familiale est effectivement incluse à toutes les étapes du processus du DSRP.

Se préparer pour le long terme

Le processus du DSRP, surtout au niveau de la formulation, prend du temps et demande la coopération de nombreuses personnes. Vérifier que vous disposez d'une personne au sein de votre organisation qui peut se consacrer entièrement au processus et vérifier que les actions nécessaires sont prises.

Tirer des leçons des collègues

Repositionner la planification familiale explicitement comme une stratégie de réduction de la pauvreté est un concept nouveau. Dans bien des pays, les liens ont été établis bien plus clairement entre le VIH/SIDA et le développement socioéconomique. Les plaidoyeurs de la planification familiale peuvent prendre exemple sur les organisations de planification familiale et chercher à établir des liens avec ces dernières. L'intégration entre la PF/SR et le VIH peut avoir des bénéfices mutuels pour les deux groupes.

Ne pas passer à côté d'éventuels alliés

Les plaidoyeurs de la planification familiale devraient non seulement cibler la cellule du DSRP mais aussi d'autres parties intéressées influentes et mettre en avant un front unifié. Ces alliés se trouvent dans la société civile (groupements féminins, plaidoyeurs de la santé infantile) et dans les rangs du gouvernement (ministère de la santé, parlementaires).

Appuyer toujours vos arguments sur de solides preuves

Le fait d'avancer des preuves à l'appui (données démographiques et économiques actuelles pertinentes pour le contexte du pays) et de présenter des suggestions concises — dont un langage modèle qui peut être utilisé tel quel dans le document- aidera les plaidoyeurs de la planification familiale à plaider pour son inclusion dans le DSRP.

SECTION 7:

OUTILS, RESSOURCES EN LIGNE ET LECTURES RECOMMANDÉES

Des données exactes, à jour et pertinentes dans le contexte du pays sont d'importance capitale pour un plaidoyer efficace. Les DSRP sont conçus pour traiter des questions liées à la pauvreté dans un pays donné. Les plaidoyeurs de la planification familiale auront bien plus de chances de réussir s'ils adaptent les arguments généraux donnés dans ce guide au contexte de leur pays. Les outils et ressources présentés ci-après sont autant de données et de modèles informatiques sur la planification familiale ainsi que des lectures supplémentaires sur les liens entre la planification familiale et la pauvreté.

Outils de plaidoyer et de planification des politiques

Modèles informatiques conviviaux

Dans le cadre de ses efforts d'assistance portant sur les politiques sanitaires, l'USAID a soutenu la mise au point de modèles informatiques faciles à utiliser et qui servent à évaluer les contextes spécifiques d'un pays. Les modèles peuvent être utilisés pour sensibiliser davantage aux diverses questions se rapportant à la pauvreté et à la santé de la reproduction, pour encourager le dialogue et le plaidoyer, évaluer différentes stratégies et leur impact et estimer le niveau de ressources nécessaire pour atteindre tel but donné en matière de politiques.

Les modèles, dont certains sont cités comme référence tout au long de ce guide, sont regroupés dans un logiciel appelé SPECTRUM. Ce logiciel est un ensemble de modèles de politiques qui se sert de commandes sur Windows faciles à maîtriser. Quatre des modèles se rapportant à la planification familiale sont présentés dans le Tableau 2. Chaque modèle comprend un manuel détaillé de l'utilisateur qui non seulement donne le mode d'emploi du logiciel mais qui comprend également des sections sur les sources de données, l'interprétation et l'utilisation des résultats, un tutoriel et une description de la méthodologie. Les données peuvent être présentées sous forme de tableaux et graphiques faciles à utiliser dans le cadre de présentations de PowerPoint. SPECTRUM est disponible gratuitement en ligne à l'adresse suivante : www.healthpolicyinitiative.com/index.cfm?id=software.

TABLEAU 2. MODÈLES INFORMATIQUES DE PLAIDOYER ET DE PLANIFICATION STRATÉGIQUE DISPONIBLES DANS LA SERIE SPECTRUM

Modèle	Description
RAPID	RAPID projette les conséquences sociales et économiques liées à une fécondité élevée et à une rapide croissance de la population pour les secteurs du travail, de l'éducation, de la santé, de l'urbanisation et de l'agriculture. Ce programme est utilisé pour sensibiliser les décideurs à l'importance de la fécondité et de la croissance de la population en tant que facteurs dans le développement social et économique.
FamPlan	FamPlan projette les besoins en planification familiale qui permettront d'atteindre les buts nationaux pour répondre au besoin non satisfait ou arriver au seuil de fécondité souhaité. Il peut être utilisé pour atteindre des buts réalistes et planifier l'expansion de services nécessaire pour réaliser les objectifs du programme. Le programme part de certaines hypothèses sur les déterminants immédiats de la fécondité et les caractéristiques du programme de planification familiale (gamme de méthodes, combinaison de sources, taux d'arrêt) pour calculer le coût et le nombre de femmes utilisant et acceptant différentes méthodes par source. Diverses stratégies peuvent être simulées comme façon d'évaluer les différentes manières d'atteindre les buts du programme.
DemProj	DemProj projette la population pour une région ou un pays entier par âge et par sexe en fonction de diverses hypothèses sur la fécondité, la mortalité et la migration. Un jeu complet d'indicateurs démographiques peut être affiché prévoyant jusqu'à 50 ans à l'avenir. Des projections urbaines et rurales peuvent également être préparées.
BenCost	Ce modèle compare le coût monétaire des programmes de planification familiale aux avantages monétaires en termes de baisse des niveaux de services sociaux demandés aux niveaux moindres de fécondité. Les avantages sont définis comme d'éventuelles économies dans les dépenses publiques pour les services sociaux. BenCost permet aux planificateurs d'ajouter le coût des services de santé, d'éducation et autres services sociaux aux projections démographiques créées avec les modèles DemProj et FamPlan. BenCost peut être utilisé pour étudier les coûts et avantages à long terme résultant de changements dans les programmes de planification familiale.
Allocate	Allocate est un outil qui examine les liens et les interactions entre trois grands domaines d'un plan d'action complet en santé de la reproduction : planification familiale, maternités sans risques et soins après avortement. Allocate a pour objet de déterminer les impacts interactifs des décisions sur les niveaux de financement. Ensuite, Allocate présente un mécanisme pour ré-affecter et/ou augmenter les budgets pour chacun des domaines en question avec les effets qui s'ensuivent montrés sur l'écran récapitulatif.

Présentation OMD

L'USAID | Initiative des Politiques de Santé et son prédécesseur, le Projet POLICY financé par l'USAID, ont mis au point une méthodologie pour évaluer l'impact de la planification familiale sur la réalisation des OMD. Cette méthodologie calcule les économies nettes réalisées pour atteindre les OMD après avoir répondu au besoin non satisfait de planification familiale. Moreland et Talbird (2006) qui ont effectué l'analyse pour 16 pays africains subsahariens ont décrit la méthodologie dans les termes suivants:

L'étude du coût-avantage se fonde sur des cibles choisies de cinq des huit OMD en utilisant l'approche de modélisation. Dans les sections qui suivent, nous revoyons d'abord l'élan démographique dans les pays choisis et les niveaux de besoin non satisfait en planification et

les grossesses non voulues et non planifiées. Ensuite, nous présentons deux scénarios de projections démographiques — l'une basée sur une augmentation modeste continue de la prévalence de la contraception et l'autre sur la satisfaction du besoin actuel non satisfait en planification familiale. Nous estimons également le coût supplémentaire lié à la satisfaction du besoin non satisfait de planification familiale. Suivant ces sections, nous discutons des analyses et des scénarios basés sur les cinq modèles OMD dans les domaines de l'éducation, de la survie de l'enfance, de la santé maternelle, du paludisme et de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement. Une recherche considérable a été faite pour étayer la base de la projection des coûts qui devront être encourus pour atteindre les diverses cibles des OMD. En dernier lieu, nous comparons les coûts de la planification familiale aux coûts réduits liés aux cibles des cinq OMD, en utilisant le cadre des coûts-avantages (p.1).

Les tableurs ne sont pas d'utilisation aussi facile que les modèles informatiques décrits ci-dessus et ne sont pas disponibles en ligne à l'heure actuelle. Des résumés d'orientation ont été mis au point sur les OMD pour tous les 16 pays africains compris dans l'étude originale (Burkina Faso, Cameroun, Tchad, Ethiopie, Ghana, Guinée, Kenya, Madagascar, Mali, Niger, Nigéria, Rwanda, Sénégal, Tanzanie, Ouganda et Zambie). Ils peuvent être téléchargés à l'adresse suivante: http://www.usaid.gov/our_work/global_health/pop/techareas/repositioning/index.html#mdg. Des présentations de PowerPoint peuvent être préparées sur demande pour des pays supplémentaires. Jusqu'à présent, des présentations ont été préparées pour le Malawi, la République Dominicaine, El Salvador, le Guatemala, le Pérou et le Nicaragua (toutes en espagnol). Elles sont disponibles sur demande auprès de l'Initiative des Politiques de Santé.



Ressources en ligne

Les ressources en ligne indiquées ci-après servent à obtenir des données, documents et études de cas spécifiques. D'autres sites sont également indiqués pour obtenir des informations générales sur les DSRP et les OMD.

- African Learning Group on the Poverty Reduction Strategy Papers <http://www.uneca.org/DSRP/>
- Afriline: Poverty Reduction Strategies Monitoring Participation <http://www.afriline.net/DSRP.html>
- DOLPHN: Data Online for Population, Health, and Nutrition <http://dolphn.aimglobalhealth.org/>
- Eldis: Watching the Poverty Reduction Strategies Process <http://www.eldis.org/poverty/DSRP.htm>
- IMF: Data and Statistics <http://www.imf.org/external/data.htm>

- IMF: DSRP Portal
<http://www.imf.org/external/np/DSRP/DSRP.asp>
- MEASURE Demographic and Health Surveys
<http://www.measuredhs.com/>
- Population Reference Bureau: Datafinder
<http://www.prb.org/datafind/datafinder7.htm>
- Spectrum Software Suite
<http://www.healthpolicyinitiative.com/site/software.cfm>
- UN Millennium Development Goals Home
<http://www.un.org/millenniumgoals/>
- UN MDG Indicators
<http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Default.aspx>
- UNDP : Human Development Reports
<http://hdr.undp.org/>
- UNDP : MDG Toolkit
<http://mdgtoolkit.undg.org/>
- UNDP Resource Sheet : Poverty Reduction Strategies—Perspectives from Civil Society
<http://www.undp.org/partners/cso/publications/brochure.pdf>
- UNFPA : Indicators/Policy Developments Search
<http://www.unfpa.org/worldwide/>
- UNICEF : Monitoring the Situation of Children and Women
<http://www.childinfo.org/>
- Banque Mondiale : Data and Research
<http://econ.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/EXTDEC/0,,menuPK:476823~pagePK:64165236~piPK:64165141~theSitePK:469372,00.html>
- Banque Mondiale : Poverty and Reproductive Health Country Studies
<http://wbln0018.worldbank.org/HDnet/hddocs.nsf/vtlw/8FC90D3546E938CE85256DE9005A248C>
- Banque Mondiale : PovertyNet
<http://www.worldbank.org/poverty>
- Banque Mondiale : DSRP Sourcebook
<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTPOVERTY/EXTPRS/0,,contentMDK:20175742~pagePK:210058~piPK:210062~theSitePK:384201,00.html>
- Organisation mondiale de la Santé : Database on Health in DSRPs
<http://www.who.int/hdp/database/index.aspx>
- Organisation mondiale de la Santé : Health Statistics
<http://www.who.int/statistics/en/>

Lectures et références recommandées

Allen, M., et D.M. Leipziger. 2005. *2005 Review of the Poverty Reduction Strategy Approach: Balancing Accountabilities and Scaling Up Results*. Washington, DC: Fonds Monétaire International (FMI).

Aradeon, S.B. 2000. *Advocacy for Population and Reproductive Health: An Introductory Manual for Advocates and Trainers—Part 1: Preparing the Ground Work*. Fiji: UNFPA Fiji Sub-regional Office. Disponible à <http://www.un.org/popin/regional/asiapac/fiji/advocacy.htm> [consulté le 25 janvier 2007].

Ashford, L.S., D.R. Gwatkin, et A.S. Yazbeck. 2006. *Designing Health and Population Programs to Reach the Poor*. Washington, DC: Population Reference Bureau.

Bedi, T., A. Coudouel, M. Cox, M. Goldstein, et N. Thornton. 2006. *Beyond the Numbers: Understanding the Institutions for Monitoring Poverty Reduction Strategies*. Washington, DC: Banque Mondiale, International Bank for Reconstruction and Development.

Birdsall, N., A.C. Kelley, et S. Sinding (eds.). 2001. *Population Matters: Demographic Change, Economic Growth, and Poverty in the Developing World*. Oxford: Oxford University Press.

Borda, M. 2005. “How Well Do Poverty Reduction Strategy Papers Address Family Planning: An Analysis of 45 Countries.” *manuscript non publié*. Washington, DC: Constella Futures, POLICY Project.

Bretton Woods Projet. 2003. “Poverty Reduction Strategy Papers (DSRPs): A Rough Guide.” Londres, UK: Projet Bretton Woods.

Christiaensen, L., C. Scott, et Q. Wodon. 2002. “Chapter 4: Development Targets and Costs.” dans J. Klugman (ed.), *A Sourcebook for Poverty Reduction Strategies*. Washington, DC: Banque Mondiale.

Claeson, M., C.C. Griffin, T.A. Johnston, M. McLachlan, A.L.B. Soucat, A. Wagstaff, et A.S. Yazbeck 2002. “Chapter 18: Health, Nutrition, and Population.” dans J. Klugman (ed.), *A Sourcebook for Poverty Reduction Strategies*. Washington, DC: Banque Mondiale.

Cohen, S.A. 2004. “The Broad Benefits of Investing in Sexual and Reproductive Health.” *The Guttmacher Report on Public Policy* 7 (1): 5–8.

Eastwood, R., et M. Lipton. 2001. “Chapter 9: Demographic Transition and Poverty: Effects Via Economic Growth, Distribution and Conversion.” In N. Birdsall, A.C. Kelley, and S.W. Sinding (eds.), *Population Matters: Demographic Change, Economic Growth, and Poverty in the Developing World*. Oxford: Oxford University Press.

Gibb Vogel, C. 2006. “The Changing Face of Foreign Assistance: New Funding Paradigms Offer a Challenge and Opportunity for Family Planning.” *Research Commentary* 1 (8). Washington, DC: Population Action International.

Global Health Council. 2004. *Banking on Reproductive Health: The Banque Mondiale’s Support for Population, the Cairo Agenda, and the Millennium Development Goals*. Washington, DC: Global Health Council.

Gouvernement du Guyana. 2002. *The Guyana Poverty Reduction Strategy Paper*. Georgetown: Gouvernement du Guyana.

Gouvernement du Mali. 2002. *Final DSRP: Poverty Reduction Strategy Paper*. Bamako: Gouvernement du Mali.

Greene, M.E., et T. Merrick. 2005. *Poverty Reduction: Does Reproductive Health Matter?* Washington, DC: International Bank for Reconstruction and Development/Banque Mondiale.

Guillespie, D.G. 2004. "Whatever Happened to Family Planning and, for That Matter, Reproductive Health?" *International Family Planning Perspectives* 30 (1): 34–38.

Hardee, K., I. Feranil, J. Boezwinkle, et B. Clark. 2004. "The Policy Circle: A Framework for Analyzing the Components of Family Planning, Reproductive Health, Maternal Health, and HIV/AIDS Policies." POLICY Working Paper Series No. 11. Washington, DC: Futures Group, POLICY Project.

Hare, L., Hart, C., Scribner, S., Shepherd, C., Pandit, T. (ed.), et Bornbusch, A. (ed.). 2004. *SPARHCS: Strategic Pathway to Reproductive Health Commodity Security. A Tool for Assessment, Planning, and Implementation*. Baltimore, MD: INFO Project/Center for Communication Programs, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health.

International Monetary Fund (IMF). 2006. "IMF Lending." Washington, DC: IMF. Disponible à <http://www.imf.org/external/np/exr/facts/howlend.htm> [consulté le 25 janvier 2007].

Klugman, J. (ed.). 2002a. *A Sourcebook for Poverty Reduction Strategies*. Washington, DC: Banque Mondiale. Disponible à <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTPOVERTY/EXTPRS/0,,contentMDK:20175742~pagePK:210058~piPK:210062~theSitePK:384201,00.html> [consulté le 25 janvier 2007].

Klugman, J. 2002b "Overview." In J. Klugman (ed.), *A Sourcebook for Poverty Reduction Strategies*. Washington, DC: Banque Mondiale.

Leisinger, K.M., K. Schmitt, et R. Pandya-Lorch. 2002. *Six Billion and Counting: Population Growth and Food Security in the 21st Century*. Washington, DC: International Food Policy Research Institute.

Mason, A., et S. Lee. 2004. "Chapter 20: The Demographic Dividend and Poverty Reduction" (pp. XX1–XX7). In United Nations Department of Economic and Social Affairs/Population Division, *Proceedings of the Seminar on the Relevance of Population Aspects for the Achievement of the Millennium Development Goals, November 17–19, 2004*. New York: United Nations Department of Economic and Social Affairs.

May, J.F. 2005. "Chapter 28: Population Policy" (pp. 827–852). In D.L. Poston and M. Micklin (eds.), *Handbook of Population*. New York: Springer.

May, J.F., S. Harouna, et J.P. Guengant. 2004. *Nourrir, éduquer et signer tous les Nigériens : La démographie en perspective*. Washington, DC: Banque Mondiale, Africa Region, Human Development III.

McGee, R., avec J. Levene et A. Hughes. 2002. "Assessing Participation in Poverty Reduction Strategy Papers: A Desk-based Synthesis of Experience in sub-Saharan Africa." Research Report 52. Brighton, Angleterre : Institute for Development Studies (IDS).

- McGee, R., avec A. Norton. 2000. "Participation in Poverty Reduction Strategies: A Synthesis of Experience with Participatory Approaches to Policy Design, Implementation, and Monitoring." *IDS Working Paper 109*. Brighton, Angleterre : Institute for Development Studies (IDS).
- Merrick, T.W. 2002. "Population and Poverty: New Views on an Old Controversy." *International Family Planning Perspectives* 28 (1): 41–46.
- Moreland, S. 2006. "Egypt's Population Program: Assessing 25 Years of Family Planning." Washington, DC: Constella Futures, POLICY Project.
- Moreland, S. et S. Talbird. 2006. "Achieving the Millennium Development Goals: The Contribution of Fulfilling the Unmet Need for Family Planning." Washington, DC: Constella Futures, POLICY Project.
- National Planning Development Commission. 2005. *Growth and Poverty Reduction Strategy (GPRS-II) (2006–2009)*. Accra: République du Ghana.
- Oxfam. 2002. *Influencing Poverty Reduction Strategies: A Guide*. Londres, RU: Oxfam.
- Oxfam. 2004. "From 'Donorship' to Ownership? Moving Toward DSRP Round Two." Oxfam Briefing Paper 51. Londres, RU: Oxfam.
- Panos. 2005. "Who's Richer, Who's Poorer? A Journalist's Guide to the Politics of Poverty Reduction Strategies." *Panos Media Toolkit on DSRPs – No.1*. Londres, RU: Panos Institute.
- PATH et Fonds des Nations-Unis pour la Population (UNFPA). 2006. *Meeting the Need: Strengthening Family Planning Programs*. Seattle, WA: PATH and UNFPA.
- POLICY Project. 1999. *Networking for Policy Change: An Advocacy Training Manual*. Washington, DC: Futures Group, POLICY Project.
- POLICY Project. 2005. *Strengthening Family Planning Policies and Programs in Developing Countries: An Advocacy Toolkit*. Washington, DC: Futures Group, POLICY Project.
- Population and Reproductive Health Cluster. 2004. "A Review of Population, Reproductive Health, and Adolescent Health and Development in Poverty Reduction Strategies." Washington, DC: Banque Mondiale/ Health, Nutrition, and Population Central Unit/Population and Reproductive Health Cluster.
- Population Information Program. 1999. "Why Family Planning Matters." *Population Reports, Vol. XXVII* (No. 2, July), Series J (No. 49). Baltimore, MD: Johns Hopkins School for Public Health/Center for Communication Programs/Population Information Program. Disponible à <http://www.infoforhealth.org/pr/j49edsum.shtml> [accessed January 25, 2007].
- Prennushi, G., G. Rubio, et K. Subbarao. 2002. "Chapter 3: Monitoring and Evaluation." In J. Klugman (ed.), *A Sourcebook for Poverty Reduction Strategies*. Washington, DC: Banque Mondiale.
- Quijada, C., T. Dmytraczenko, et B. Mensah. 2004. *Ensuring Contraceptive Security within New Development Assistance Mechanisms*. Bethesda, MD: Abt Associates.
- République d'Azerbaïdjan. 2003. *State Programme of Poverty Reduction and Economic Development 2003–2005*. Bakou: République d'Azerbaïdjan.

- République du Ghana. 2003. *Ghana Poverty Reduction Strategy 2003–2005*. Accra: République du Ghana
- Ross, J. 2004. “Understanding the Demographic Dividend.” Washington, DC: Futures Group, POLICY Project.
- Ross, J., et J. Stover. 2000. “Effort Indices for National Family Planning Programs, 1999.” Chapel Hill, NC: MEASURE Evaluation, Université de Caroline du Nord.
- Ross, J., et J. Stover. 2001. “Family Planning Program Effort Index: 1999 Cycle.” *International Family Planning Perspectives* 27(3): 119–129.
- Ross, J., J. Stover, et D. Adelaja. 2005. *Profiles for Family Planning and Reproductive Health Programs: 116 Countries, 2nd Edition*. Glastonbury, CT: Futures Group.
- Sanchez, D., et K. Cash. 2003. *Reducing Poverty or Repeating Mistakes: A Civil Society Critique of Poverty Reduction Strategy Papers*. Stockholm: Church of Sweden Aid, Diakonia, Save the Children Sweden, et the Swedish Jubilee Network.
- Sharma, S., S. Smith, M. Pine, et W. Winfrey. 2005a. “Formal and Informal Reproductive Healthcare User Fees in Uttaranchal, India.” Washington, DC: Constella Futures, POLICY Project.
- Sharma, S., S. Smith, E. Sonneveldt, M. Pine, V. Dayaratnaya, et R. Sanders. 2005b. “Formal and Informal Fees for Maternal Health Care Services in Five Countries: Policies, Practices, and Perspectives.” Washington, DC: Constella Futures, POLICY Project.
- Singh, S., J. Darroch, M. Vlassof, et J. Nadeau. 2004. *Adding It Up: The Benefits of Investing in Sexual and Reproductive Health Care*. New York: UNFPA.
- République Socialiste du Vietnam. 2003. *The Comprehensive Poverty Reduction and Growth Strategy*. Hanoi: République Socialiste du Vietnam.
- Soucat, A., et A. Yazbeck avec R. Knippenberg, S. Chao, et S. Luculescu. 2000. “Rapid Guidelines for Integrating Health, Nutrition and Population Issues in Interim Poverty Reduction Strategy Papers of Low-income Countries.” Washington DC: Banque Mondiale.
- Sprechmann, S., et E. Pelton. 2001. *Advocacy Tools and Guidelines: Promoting Policy Change—A Resource Manual for CARE Program Managers*. Atlanta, GA: CARE.
- Tikare, S., D. Youssef, P. Donnelly-Roark, et P. Shah. 2002. “Chapter 7: Participation.” In J. Klugman (ed.), *A Sourcebook for Poverty Reduction Strategies*. Washington, DC: Banque Mondiale.
- UN Millennium Project. 2005. *Population, Reproductive Health, and the Millennium Development Goals: Messages from the UN Millennium Project Reports*. New York: United Nations Development Program.
- UN Millennium Project. 2006. *Public Choices, Private Decisions: Sexual and Reproductive Health and the Millennium Development Goals*. New York: United Nations Development Program.

Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA). 2002. *State of World Population Report 2002—People, Poverty, and Possibilities*. New York: UNFPA. Available at <http://www.unfpa.org/swp/2002/> [consulté le 25 janvier, 2007].

Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA). 2004. *State of World Population Report 2004—The Cairo Consensus at 10: Population, Reproductive Health, and the Global Effort to End Poverty*. New York: UNFPA. Available at <http://www.unfpa.org/swp/2004/> [consulté le 25 janvier 2007].

Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA). 2005. *Reducing Poverty and Achieving the Millennium Development Goals: Arguments for Investing in Reproductive Health and Rights*. New York: UNFPA.

Walford, V. 2002. *Health in Poverty Reduction Strategy Papers (DSRPs): An Introduction and Early Experience*. Londres: Department for International Development, Health Systems Resource Center.

Banque Mondiale. 2003. *World Development Report 2004: Making Services Work for Poor People*. Washington, DC: Banque Mondiale.

Banque Mondiale et Fonds Monétaire International(FMI). No date. “Guidelines for World Bank and IMF Staffs for Joint Staff Advisory Notes (JSANs) of PRS Annual Progress Reports on Implementation.” Washington DC: Banque Mondiale/IMF.

Organisation Mondiale de la Santé (OMS). 2004. *DSRPs: Their Significance for Health: Second Synthesis Report*. Genève: OMS.

OMS. 2005. *Technical Consultation on Reproductive Health Indicators: Summary Report—Geneva, 21–22 September, 2005*. WHO/RHR/06.14. Genève: OMS, Department of Reproductive Health and Research.

OMS/Fonds des Nations-Unies pour la Population (UNFPA). 2006. *Building UNFPA/WHO Capacity to Work with National Health and Development Planning Processes in Support of Reproductive Health*. Genève, Suisse: OMS.

Health Policy Initiative, Task Order I
Constella Futures
One Thomas Circle, NW, Suite 200
Washington, DC 20005 USA
Tel: (202) 775-9680
Fax: (202) 775-9694
Email: policyinfo@healthpolicyinitiative.com
<http://ghiqc.usaid.gov>
<http://www.healthpolicyinitiative.com>