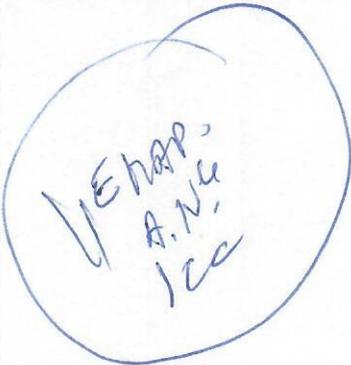


**REPUBLIQUE DU SENEGAL
MINISTERE DE L'ECONOMIE ET DES FINANCES
DIRECTION DE LA PLANIFICATION**

**FONDS DES NATIONS UNIES
POUR L'ENFANCE (UNICEF)**

**PROGRAMME DES NATIONS UNIES
POUR LE DEVELOPPEMENT (PNUD)**



PROGRAMME ELARGI DE LUTTE CONTRE LA PAUVRETE (PELCP)

**PLAN D' ACTIONS POUR LA MISE
EN ŒUVRE DE L'INITIATIVE 20/20**

RAPPORT DEFINITIF

JUIN 2002

PLAN D' ACTIONS POUR LA MISE EN ŒUVRE DE L'INITIATIVE 20/20

Réalisé par :



INTERAFRICAINNE D'INGENIEURS-CONSEILS ET CONSULTANTS

ICC-SARL : B.P. 3616 - DAKAR / RP (Sénégal) - Sicap Liberté 3 Villa N° 2068
- E-mail icc@arc.sn - R.C. 2000. B. 369 - NINEA - 0058405 2C2
Tél. (221) 825.58.44 Fax (221) 824.03.40

«Persévérer dans l'effort, pour développer l'Afrique»

TABLE DES MATIERES

LISTE DES TABLEAUX.....	3
LISTE DES ACRONYMES ET ABREVIATIONS.....	4
INTRODUCTION.....	6
I. ANALYSE DES DEPENSES ALLOUEES AUX SERVICES SOCIAUX DE BASE.....	8
1.1. Classification fonctionnelle des dépenses ordinaires.....	8
1.2. Les niveaux de priorités budgétaires et macro-économiques des dépenses sociales.....	9
1.3. Niveau, efficacité et équité des dépenses sociales.....	10
II. STRUCTURE, EVOLUTION ET EFFICACITE DES DEPENSES PUBLIQUES D'EDUCATION.....	11
2.1. Structure et évolution des dépenses publiques d'éducation.....	11
2.2. Structure et évolution des dépenses publiques d'éducation de base.....	12
2.3. Efficacité des dépenses publiques d'éducation.....	13
III. STRUCTURE, EVOLUTION ET EFFICACITE DES DEPENSES PUBLIQUES DE SANTE.....	16
3.1. Structure et évolution des dépenses publiques de santé.....	16
3.2. Structure et évolution des dépenses publiques de santé de base.....	17
3.3. Efficacité des dépenses publiques de santé.....	18
IV. NIVEAU ET EFFICACITE DES DEPENSES PUBLIQUES EN EAU POTABLE ET ASSAINISSEMENT.....	23
V. NIVEAU ET EFFICACITE DES DEPENSES PUBLIQUES EN ALIMENTATION ET NUTRITION.....	26
VI. NIVEAU D'ATTEINTE DES OBJECTIFS DE L'INITIATIVE 20/20.....	30
6.1. Les dépenses publiques dans les services sociaux de base.....	30
6.2. Aide aux services sociaux de base.....	31
VII. LES PROGRAMMES EN COURS.....	34
7.1. La Politique de Santé.....	34
7.2. La Politique du Secteur de l'Eau et l'Assainissement.....	37
7.3. La Politique en matière d'Education.....	41

7.4.	La Politique en matière de Nutrition.....	43
VIII.	LE PLAN D'ACTION OPERATIONNEL.....	44
8.1.	Rappel des Objectifs et Stratégies pour chaque sous- secteur considéré	44
8.2.	Projection pour la Réalisation des Objectifs de l'Initiative 20/20.....	47
8.3.	Analyse détaillée des actions.....	51
	A. La santé	54
	B. L'eau potable et l'assainissement.....	57
	C. L'éducation.....	59
	D. L'alimentation et la nutrition.....	61
8.4.	Mise en Ouvre du Plan d'Actions.....	64
8.5.	Perspectives.....	88
8.6.	Représentation schématique et programmation des actions.....	68
	a) La santé.....	69
	b) L'eau potable et l'assainissement.....	77
	c) L'éducation.....	82
	d) L'alimentation et la nutrition.....	91

ANNEXES :

- **Liste des membres du Comité de Pilotage**
- **Liste des participants à l'Atelier de réalisation de l'Initiative 20/20**
- **Méthodologie de calcul des données utilisés**

LISTE DES TABLEAUX

Tableau n°1 :	Répartition fonctionnelle des dépenses ordinaires.....	6
Tableau n°2 :	Ratio de dépenses budgétaires.....	7
Tableau n°3 :	Structure des dépenses publiques globales d'éducation (%).....	9
Tableau n°4 :	Part des différents niveaux d'éducation par catégories de dépenses.....	9
Tableau n°5 :	Ratio de dépenses publiques d'éducation de base.....	11
Tableau n°6 :	Structure des dépenses publiques globales de santé (%).....	14
Tableau n°7 :	Part des différents niveaux de services de santé dans les trois catégories de dépenses.....	15
Tableau n°8 :	Ratios de dépenses publiques de santé de base.....	16
Tableau n°9 :	Evolution des indicateurs de mortalité.....	17
Tableau n°10 :	Structure des dépenses en matière d'eau potable en zone rurale et périurbaine.....	22
Tableau n°11 :	Structures des dépenses publiques en matière de nutrition et d'alimentation.....	24
Tableau n°12 :	Tableau synoptique des dépenses nécessaires au calcul des ratios qui composent le ratio de dépenses de développement humain.....	28
Tableau n°13 :	Les parts des services sociaux de base dans les dépenses sociales prioritaires.....	28
Tableau n°14 :	Le ratio d'analyse des priorités du développement humain.....	29
Tableau n°15 :	Aide aux services sociaux de base : montants (en milliards de FCFA) et valeurs relatives (%).....	30
Tableau n°16 :	Financement de la santé.....	34
Tableau n° 17 :	Evolution budget de la santé.....	34
Tableau n°18 :	Objectifs quantifiés en matière de population.....	43
Tableau n°19 :	Synoptique des dépenses nécessaires au calcul des ratios composant celui des dépenses de développement Humain.....	46
Tableau n°20 :	Ratios d'analyse des priorités du développement humain (données en %).....	47
Tableau n°21 :	Principaux objectifs et indicateurs identifiés dans la « Déclaration du Millénaire des Nations Unies ».....	64

LISTE DES ACRONYMES ET ABREVIATIONS

SOU	Soins Obstétricaux d'Urgence
SR	Santé de la Reproduction
ONG	Organisations Non Gouvernementales
OCB	Organisations Communautaires de Base
IEC	Information Education et Communication
CPN	Consultation Pré-natale
Sfes	Sages-femmes
BS	Projet Santé
PIB	Produit Intérieur Brut
SSB	Service de Santé de Base
RVO	Réhydratation Par Voie Orale
TBS	Taux Brut de Scolarisation
IDEN	Inspection Départementale de l'Education Nationale
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
PREF	Programme de Redressement Economique et Financier
PVD	Pays en Voie de Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PDIS	Programme de Développement Intégré de la Santé
U.E	Union Economique
BAD	Banque Africaine pour le Développement
APD	Aide Publique au Développement
AEP	Approvisionnement en Eau Potable
OSB	Services Sociaux de Base
EMAP	Etude et Management de Projet
UPE	Unité de Politique Economique
FMI	Fond Monétaire International
DPS	Direction de la Prévision et de la Statistique
ECB	Education Communautaire de Base
PDEF	Programme de Développement de l'Education et de la Formation
PDIS	Programme de Développement Intégré de la Santé

RNDS

Handwritten scribble

PROS PDDS NST / BCS / ONG / AGETIP
 ONAS / SONES / PSE / IDA / CAD / BEI
 ENDA / DBF / PAREF /

PTIP	Programme Triennal d'Investissement Public
PAPA	Programme d'Alphabétisation Priorité Adulte
CFEE	Certificat de Formation d'Etude Elémentaire
EDS	Enquête Démographique et de Santé
MICS	Enquêtes sur les objectifs Intermédiaires (UNICEF)
PEV	Programme Elargi de Vaccination
RVO	Réhydratation par Voie Orale
TVA	Taux sur la Valeur Ajoutée
UEMOA	Union Economique et Monétaire Ouest-Africaine
PSE	Programme Sectoriel Eau
AGETIP	Agence d'Exécution des Travaux d'Intérêt Public
PAIN	Paquet d'Activité Intégré de Nutrition
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
BADEA	Banque ^{Arabe} Durable pour le Développement Economique de l'Afrique
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
MST	Maladies Sexuellement Transmissibles
SONES	Société Nationale des Eaux du Sénégal
ONAS	Office National de l'Assainissement du Sénégal
CFD	Caisse Française de Développement
BEI	Banque Européenne d'Investissement
PDRH	Programme de Développement des Ressources Humaines
PAES	Projet d'Amélioration de l'Enseignement Supérieur
PAPF	Programme d'Alphabétisation Prioritaires Femme
ENDA	Environnement et Développement en Afrique

BCI = Budget

INTRODUCTION

A la fin de la décennie des années 70, une série de chocs extérieurs va faire basculer l'économie dans une ère de déséquilibre macro-économique marquée par des déficits extérieurs et intérieurs persistants et une dépendance accrue de l'aide étrangère. Ces chocs ont gravement atteint l'économie sénégalaise. Tout a commencé par une sécheresse sans précédent qui a sévi surtout dans le Sahel entre 1968 et 1973. L'appauvrissement du milieu rural et l'exode vers les centres urbains qui en est le résultat, ont gonflé les importations des biens de consommation et surtout en produits alimentaires. Au niveau des exportations, les contre performances ajoutées à un besoin pressant d'importations de produits alimentaires expliquent les déséquilibres extérieurs apparus dès le début des années 70.

Face à cette situation, les autorités ont été amenées à adopter des politiques d'ajustement dont les grandes lignes s'articulent autour d'une diminution des dépenses publiques, d'une amélioration des recettes publiques et d'une révision du calendrier de la dette.

Par ailleurs, d'autres mesures ont été entreprises dans la décennie 90 (plan d'urgence, dévaluation...). En effet, depuis la dévaluation du franc CFA, l'économie sénégalaise a enregistré une croissance économique. Mais cette croissance n'a pas réglé les besoins des populations. Au contraire, la majorité des sénégalais n'ont pas accès aux services sociaux de base.

Pour inverser cette tendance, la communauté internationale s'est accordée à reconnaître que l'accès de tous aux services sociaux de base est primordial pour le développement et la réduction de la pauvreté. Ces services essentiels comprennent notamment les soins de santé primaires et de santé de la reproduction, la nutrition, l'eau potable, l'assainissement et l'éducation de base. L'initiative 20/20 adoptée en mars 1995 à Copenhague lors du sommet mondial sur le développement concrétise cette démarche. Elle demande aux gouvernements des pays donateurs et des pays en développement d'allouer respectivement 20% de l'aide publique au développement (APD) et 20% du budget national aux services sociaux de base (SSB).

Pour aller dans ce sens les pouvoirs publics actuels ont fait l'option de poursuivre la politique de redressement économique et social en mettant l'accent sur les mesures de lutte contre la pauvreté. Cela a été confirmé par Madame le Premier Ministre lors de sa déclaration de politique générale devant l'assemblée nationale le... 15 Août 2002

Pour mieux connaître les montants que l'Etat consacre aux SSB, les bénéficiaires des dépenses d'éducation et de santé et le degré d'efficacité de ces dépenses, le Sénégal, avec l'appui du PNUD et de l'UNICEF a entrepris cette étude sur l'initiative 20/20 comme option stratégique de développement. Cette étude par une analyse rétrospective des dépenses publiques allouées aux secteurs sociaux a permis d'en connaître les niveaux, de formuler de proposition de restructurations budgétaires inter et intersectorielles, d'amélioration de l'efficacité de l'utilisation des ressources budgétaires et de l'aide au développement en faveur des SSB.

Le présent rapport vise, par un large processus participatif, à proposer un plan d'action devant aider à généraliser l'accès aux services sociaux et indiquer les pistes de réallocation des ressources budgétaires au profit de ceux-ci. Il procède d'abord à un résumé de l'étude du Cabinet EMAP, puis partant des programmes en cours, proposer un plan d'actions.

I. ANALYSE DES DEPENSES ALLOUEES AUX SERVICES SOCIAUX DE BASE

1.1. classification fonctionnelle des dépenses ordinaires

Il ressort de la première étude que la répartition fonctionnelle des dépenses de fonctionnement hors intérêts versés au titre de la dette révèle que le secteur éducatif est, relativement par rapport aux autres secteurs, le secteur le mieux doté en ressources publiques. Il est suivi des services généraux et devance de très loin les services économiques. Les services sociaux collectifs constituent les secteurs les plus mal dotés en ressources pour la prise en charge de leur fonctionnement.

Tableau n°1 : Répartition fonctionnelle des dépenses ordinaires

	1992	1995	1996	1997	1998	1992-98
Education	29,3%	24,6%	27,2%	28,5%	29,7%	27,5%
Santé	4,7%	5,2%	5,7%	6,2%	6,6%	5,4%
Services collectifs et sociaux	1,7%	1,5%	1,6%	1,5%	1,6%	1,6%
Justice	0,8%	0,5%	0,7%	0,8%	0,9%	0,7%
Services généraux	25,8%	25,1%	25,3%	25,1%	24,7%	25,3%
Défense nationale	12,8%	11,6%	12,6%	12,9%	13,1%	12,5%
Services économiques	3,6%	2,6%	2,8%	3,0%	3,2%	3,4%
Dépenses non imputables	21,3%	28,9%	24,1%	22,1%	20,3%	23,5%

Sources: U PE, FMI, DPS

Le secteur de l'éducation représente, en effet, en moyenne 27,5% des dépenses publiques ordinaires effectuées au cours de la période 1992-98. Toutefois, l'évolution de ce taux montre qu'il a d'abord commencé par baisser régulièrement passant de 29,3% en 1992 à 24,6% en 1995 avant d'amorcer une phase de remontée qui lui a permis d'atteindre 29,7% en 1998 (Tableau n°1). Mais, malgré cela, l'éducation, dans son ensemble a toujours été au centre des priorités budgétaires du pays. Cela se comprend aisément dans la mesure où le secteur de l'éducation est le secteur le plus important en terme d'effectif. Il est composé essentiellement d'enseignants dont le poids salarial reste relativement important.

Depuis 1996, on note une reprise de l'effort public en faveur de l'éducation. Cependant, bien que cette phase s'accompagne d'une amélioration de l'importance relative accordée à l'éducation de base, la part relative dans les dépenses de fonctionnement du sous-secteur de l'enseignement moyen et secondaire reste toujours prépondérant : 44,2% contre 34,6% pour l'éducation de base en 1998. C'est plutôt l'enseignement supérieur, avec actuellement 21,2% des dépenses ordinaires, qui a beaucoup régressé (4 points de pourcentage par rapport à 1995). La nouvelle politique de recrutement de volontaires de l'éducation à la place d'instituteurs ainsi que la mise en place de mesures agissant sur le taux d'encadrement des élèves par les classes à double flux et les classes multigrades ont permis d'optimiser le rapport élèves-maîtres et d'augmenter le taux de scolarisation sans provoquer de dérapage au niveau des dépenses de fonctionnement.

Au niveau de la santé, les dépenses ordinaires se situent en moyenne à 5,4% des dépenses ordinaires totales sur la période 1992-98. Cependant, le taux annuel n'a jamais cessé de progresser sur cette même période, passant de 4,7% en 1992 à 6,6% en 1998. Ce qui reste très loin de l'objectif des 9% fixé par l'OMS. Il faut signaler que cet objectif avait été atteint dans les années soixante-dix avant la mise en place des premiers programmes

à aller
à 2002

d'ajustement dont la santé a énormément souffert. Toutefois, malgré les améliorations notées ces dernières années, il demeure certain que la part de la santé dans les dépenses ordinaires est encore faible.

Quant aux services sociaux (hydraulique, assainissement, action sociale, culture, jeunesse, sport...) leur part dans les dépenses publiques de fonctionnement, même si elle augmente d'année en année, demeure très faible : 1,6% en moyenne sur la période 1992-98.

Au total, les dépenses sociales (éducation, santé, action sociale, habitat, hydraulique, assainissement, etc.) bénéficient d'un effort budgétaire de plus en plus depuis 1995. Elles sont ainsi passées de 31,3% en 1995 à 37,9% en 1998 des dépenses ordinaires, alors qu'elles en représentent 35,7% en 1992. Cet effort n'a été cependant possible que parce que les dépenses communes de fonctionnement ont vu leur part dans l'ensemble des dépenses ordinaires baisser de près de 9 points de pourcentage, passant de 28,9% en 1995 à 20,3% en 1998.

1.2. Les niveaux de priorités budgétaires et macro-économiques des dépenses sociales

Sur la période 1989-98, la part de la consommation de l'administration publique sénégalaise dans le PIB est de 12,1%. Cependant aux cours de la période 1989-93 et 1994-98, ce taux a beaucoup diminué passant de 15,5% à 10,0%. Toutefois, cette baisse de la part des dépenses budgétaires totales dans le PIB ne signifie nullement une réduction du budget. Au contraire, compte tenu de la forte croissance enregistrée entre 1994 et 1998, les dépenses budgétaires ont progressé de 2,3% en moyenne l'an alors qu'elles avaient baissé de 2,5% en moyenne au cours de la période 1989-93 (Tableau n°2).

On note d'ailleurs la même évolution aussi bien en ce qui concerne les dépenses budgétaires de santé qu'en ce qui concerne les dépenses d'éducation. Alors que la part de l'éducation dans le PIB est de 6,6% sur la période 1989-98, la part des dépenses budgétaires d'éducation dans le PIB est passée de 4,1% en 1989-93 à 3,2% en 1994-98. Quant à la santé, sa part dans le PIB s'est réduite de 0,1 points de pourcentage entre ces deux périodes passant de 0,8% à 0,7% pour un taux moyen sur la période 1989-98 de 0,7%

Tableau n°2 : Ratio de dépenses budgétaires

	1989-93	1994-98	1989-98
Dépenses budgétaires/PIB	15,5%	10,0%	12,1%
Dépenses budgétaires de la santé/PIB	0,8%	0,7%	0,7%
Dépenses budgétaires de l'éducation/PIB	4,1%	3,2%	3,6%
Dépenses budgétaires de la santé/ DB	5,3%	7,0%	6,2%
Dépenses budgétaires de l'éducation/DB	26,6%	32,4%	29,6%

Source : Rapport diagnostic EMAP

Mais du point de vue budgétaire, quoique les deux secteurs ne bénéficient pas des mêmes priorités, leur situation respective a continué à s'améliorer entre 1989 et 1998. Ainsi, alors que l'éducation bénéficie déjà de 26,6% des dépenses budgétaires entre 1989 et 1993. Pour la santé, les dépenses budgétaires sont passées de 5,3% à 7% des dépenses budgétaires entre 1989-93 et 1994-98. Les priorités macro-économiques des secteurs sociaux (santé et éducation plus particulièrement) ne sont pas effectives. Au plan macro-économique, le

Sénégal consacre aussi très peu de ressources aux services sociaux de base. Les développements qui suivent vont nous permettre de savoir combien l'Etat leur consacre et si les objectifs de l'initiative ont été atteints.

1.3. Niveau, efficacité et équité des dépenses sociales

L'initiative 20/20 demande aux gouvernements des pays donateurs et des pays en développement tenaillés par la pauvreté d'allouer respectivement 20% de l'aide publique au développement (APD) et 20% du budget national aux services d'éducation de base, de santé de base, les programmes de nutrition, l'approvisionnement en eau potable et l'assainissement. Cette partie est consacrée à la détermination des proportions de l'aide et des dépenses publiques affectées à ces services. Mais auparavant, il analyse la structure et l'évolution des dépenses publiques au niveau de chacun de ces services et fournit une analyse coût-efficacité dans l'éducation et la santé de base.

II. STRUCTURE, EVOLUTION ET EFFICACITE DES DEPENSES PUBLIQUES D'EDUCATION

2.1. Structure et évolution des dépenses publiques d'éducation

Mise à part la rupture de 1995, les dépenses publiques globales d'éducation ont régulièrement progressé sur la période 1992-98 au taux moyen annuel de 4,4%. Cependant en termes réels, les dépenses ont d'abord commencé par baisser fortement en moyenne de 6,3% par an sur la période 1992-96. Ce n'est qu'au cours des dernières années (1997-98) que la tendance est à la hausse : 11,5% de croissance réelle. Cependant, la tendance reste encore à la baisse sur toute la période d'analyse (1992-98). Ainsi, la part des dépenses publiques d'éducation dans le PIB est passée de 5,4% en 1992 à 3,8% en 1996 avant de remonter légèrement à 4,0% en 1998. Sur la période 1992-98, les dépenses publiques d'éducation ont représenté 4,3% du PIB. Cette diminution de l'effort relatif en matière d'éducation montre que le secteur subit encore le poids des différentes politiques qui continuent de peser sur les dépenses publiques.

Tableau n°3 : Structure des dépenses publiques globales d'éducation (%)

	1992	1995	1996-98	1992-98
Salaires	72,1%	69,4%	64,4%	62,2%
Entretien et matériel	17,2%	15,8%	13,7%	13,4%
investissements	10,7%	14,8%	21,9%	19,4%

Sources: Revue des dépenses publiques d'éducation

Ministère de l'Education nationale. Ministère de l'Economie, des Finances et du Plan
Estimations des auteurs du rapport EMAP

Les dépenses salariales, représentent en moyenne 62,2% de l'ensemble des dépenses sur la période 1995-98 (Tableau n°3). Cependant, elles ont baissé de 5 points de pourcentage entre 1992 et 1998 du fait principalement du recrutement de volontaires dans l'enseignement élémentaire et vacataire dans les autres ordres d'enseignement. Mais, la baisse a surtout touché l'éducation préscolaire et l'enseignement élémentaire, et l'alphabétisation. En revanche, dans l'enseignement moyen-secondaire, la part des salaires relativement à l'ensemble des dépenses n'a cessé d'augmenter: 75,1% en 1992 contre 87,5% en 1998. Cependant, rapportées à l'ensemble des dépenses publiques de fonctionnement du secteur, les dépenses salariales ont fortement baissé : elles sont, en effet, passées de 95,8% en 1995 à 91,1% en 1998.

Tableau n°4 : Part des différents niveaux d'éducation par catégories de dépenses

	1992	1995	1996	1997	1998	1995-98
Dépenses salariales	43,3%	39,2%	38,8%	39,3%	39,7%	39,2%
Education de base	47,7%	48,5%	47,8%	49,6%	49,2%	48,8%
Moyen- secondaire supérieur	9,0%	12,3%	13,4%	11,2%	11,1%	12,0%
Dépenses de fonctionnement non salariales	4,6%	4,3%	7,0%	8,4%	11,4%	8,0%
Education de base	18,6%	9,3%	14,6%	25,3%	21,8%	18,3%
Moyen- secondaire supérieur	76,8%	86,4%	78,4%	66,3%	66,8%	73,8%
Dépenses d'investissement	64%	62,4%	58,9%	56,4%	66,4%	60,5%
Education de base	76,1%	0,0%	12,7%	11,3%	8,1%	9,3%
Moyen- secondaire supérieur	17,5%	37,6%	28,4%	32,4%	25,5%	30,2%

Sources: revue des dépenses publiques d'éducation pour la période 1992-97

Ministère de l'Education nationale. Ministère de l'Economie, des Finances et du Plan
Estimations des auteurs du rapport EMAP pour la période 1998

L'analyse du tableau n°3 ci-dessus permet de comprendre la façon dont l'allocation des ressources budgétaire de l'éducation a été faite selon les trois catégories habituelles de classement des dépenses publiques, structurée chacune selon les différents niveaux d'enseignement : éducation préscolaire et enseignement élémentaire, enseignement élémentaire, l'enseignement moyen et secondaire générale et technique, et l'enseignement supérieur.

Globalement, les arbitrages qui président ces dernières années (1995-98) la structuration du budget de l'éducation de base ont augmenté en moyenne de 6,6% par an alors que le moyen-secondaire a chuté en moyenne d'autant, durant la même période. Cependant, l'éducation de base n'a presque pas bénéficié de cette situation dans la mesure où les dépenses en faveur de l'enseignement supérieur ont augmenté de 11% en moyenne par an.

L'évolution des dépenses d'éducation de base a été positive surtout en raison de l'importance de l'augmentation des dépenses d'investissement dont ce niveau a pu bénéficier. En effet, sur cette catégorie de dépenses, non seulement l'éducation de base s'est arrogée la plus grande partie, mais en plus sa part relative n'a cessé d'augmenter passant de 62,4% en 1995 à 66,4% en 1998 (Tableau n°4).

2.2. Structure et évolution des dépenses publiques d'éducation de base

Les dépenses d'éducation de base occupent actuellement (en 1998) 40,4% des dépenses publiques d'éducation contre 37,1% en 1995, soit une amélioration de 3,3 points de pourcentage. Ce qui représente 56,2% des transferts (transformation de la structure des dépenses) opérés du sous-secteur de l'enseignement supérieur vers les autres sous-secteurs.

Les dépenses d'éducation de base ont donc augmenté de 8,5% en moyenne l'an au cours de la période 1992-98 en valeur nominale. L'augmentation a été cependant moins forte pendant ces dernières années : 6,6% entre 1995 et 1998. Mais, en termes réels, l'évolution a plutôt été très faible (2,4%). Cette hausse réelle a été surtout le fait des investissements réalisés dans le sous-secteur. En effet, les investissements ont fortement augmenté en termes réels : 69,1% en moyenne par an. L'appui des partenaires au développement a été très appréciable dans ce domaine surtout en matière de nouvelles constructions de salles de classe et de travaux de réhabilitation de certaines infrastructures existantes. Ainsi, la part des investissements dans les dépenses de fonctionnement qui n'était que de 2,1% en 1992 est passée à 42,8% en 1998.

La structure des dépenses s'est donc fortement modifiée dans le sous-secteur de l'éducation de base en faveur des investissements. Les dépenses d'investissements se situent actuellement à hauteur de 30% des dépenses totales du sous-secteur contre 2,1% en 1992. Les dépenses salariales qui occupaient 95,5% des dépenses publiques du sous-secteur en 1992 ont vu leur poids baisser pour atteindre actuellement 65,8% en 1998. Quant aux dépenses de fonctionnement non salariales, bien qu'elles aient fortement progressé de 18,9% en valeur (8,5% en volume) en moyenne par an entre 1992 et 1998 leur part dans le total des dépenses d'éducation de base reste encore très faible : 4,2% en 1998.

Tableau n°5 : Ratio de dépenses publiques d'éducation de base

	1995	1996	1997	1998	1995-98
DPEB/ Produit national brut	1,6%	2,0%	1,7%	1,7%	1,8%
DPEB/Dépenses budgétaires	8,3%	11,2%	9,8%	9,2%	9,6%
DPEB/Dépenses totales d'éducation	37,1%	40,6%	38,2%	40,4%	39,2%
DPEB/Dépenses publiques sociales	24,8%	28,2%	25,5%	22,9%	25,3%
Dépenses totales d'éducation/ PNB	4,4%	5,0%	4,5%	4,1%	4,5%

Sources: calcul des auteurs du rapport EMAP

Au total, sur la période 1995-98, la part des dépenses publiques d'éducation de base dans l'ensemble des dépenses publiques s'est stabilisée autour de 10%. Les dépenses publiques en faveur de l'éducation de base ont représenté en moyenne 25,3% du total des dépenses publiques allouées aux services sociaux. Par rapport au produit national brut, elles représentent 1,8% en moyenne au cours de la période 1995-98 (tableau n°5).

2.3. Efficacité des dépenses publiques d'éducation

L'efficacité des dépenses publiques dans le secteur ne peut s'apprécier qu'au regard des performances enregistrées.

Dans l'enseignement élémentaire, les taux bruts de scolarisation sont passés pour les dix dernières années au niveau national de 55,8% en 1991/92 à 68,3 % en 1999/2000 puis 69,4 en 2000/2001 soit une progression de seulement 13,6 points en neuf ans. C'est seulement à partir de 1995/96 que la tendance à la baisse de la scolarisation a été inversée. Ainsi, entre 1994/95 et 2000/01 le taux brut de scolarisation est passé de 54,6% à 69,4 % soit un gain de 15,8 points en cinq ans traduisant ainsi la volonté de l'Etat d'accélérer la scolarisation. Le taux de scolarisation est de 73,5 % pour les garçons et de 63,0% pour les filles soit un écart de plus de 10 points mais en 2000/2001 ces taux sont respectivement de 73,3% pour les garçons et 64,8 pour les filles soit un écart de 9,1 points. La scolarisation des filles s'est améliorée avec des taux qui sont passés de 49,8 % en 1995/96 à 63,0 % en 1999/2000, puis 64,8% en 00/01 soit un gain de près de 13 points.

Les taux de redoublement au niveau de l'élémentaire tournent autour de 14% en moyenne dans les cinq premières années et atteignent une moyenne de 28% au CM2. Le taux d'abandon reste élevé surtout en milieu rural où 6% des enfants du CI sont concernés par ce problème.

Le niveau d'analphabétisme qui était de 68,9% en 1988 a fortement baissé ces dernières années pour atteindre 48,9 % en 1999, soit un taux d'analphabétisme de 47,9 % pour les hommes et 49,9 % pour les femmes. L'objectif de 120 000 auditeurs programmés par année est régulièrement dépassé depuis 1993, date de démarrage du Plan d'Actions.

En plus de l'alphabétisation fonctionnelle, l'expérimentation de modèles alternatifs se poursuit avec en charge les enfants âgés de 9 à 14 ans, non scolarisés ou déscolarisés très tôt, en leur donnant accès à un cycle complet (quatre ans) d'éducation de base à dominante pratique et pré-professionnelle en langues nationales et en français. Ces Ecoles Communautaires de Base (ECB) ont fonctionné dans le cadre des Programmes mis en

œuvre par le PAPA et certaines ONG telle que ADEF-Afrique, Aide et Action, Plan International.

Le financement de l'éducation repose principalement sur le budget de l'Etat qui y consacre depuis 1995 plus de 30 % de ses ressources budgétaires pour se stabiliser à 33% après une pointe de 34% en 1997. On note aussi une contribution relativement importante de l'Aide Publique au Développement, du secteur privé et des collectivités locales chargées de gérer les fonds de dotations.

La contribution des ménages au financement de l'éducation est destinée à la prise en charge pour l'essentiel aux dépenses de fonctionnement. Selon les prévisions du PDEF la part de l'éducation dans les dépenses des ménages devra passer de 0,8% en 1998 à 2% en 2008 pour tout niveau confondu.

Depuis 1998, les collectivités locales gèrent une partie des ressources publiques destinées à l'éducation. Leur effort global en faveur du secteur reste encore faible et se stabilise depuis 1992 à près de 1%. Il est attendu que la part de leur budget consacrée à l'éducation passe de 5% en 1998 à 10 % à la fin du programme décennal.

L'effort d'affectation de près du tiers des ressources budgétaires de l'Etat depuis 1995 s'est accompagné de l'accroissement du volume des investissements particulièrement pour les années 1998, 1999 et 2000 avec en moyenne 7 milliards chaque année (PTIP). Cette évolution favorable s'explique par l'élargissement de l'accès à la scolarisation. L'enseignement élémentaire en a plus bénéficié avec une allocation en moyenne de 38% des ressources. Cette tendance se poursuivra pour les prochaines années dans l'optique de la scolarisation universelle en 2010.

Ce budget est consacré principalement aux dépenses salariales qui représentent environ 70% de ces dépenses. Des efforts d'investissements importants ont été faits ces dernières années particulièrement dans le domaine de la construction et la réhabilitation de salles de classes aussi bien en zones rurales qu'en zones urbaines.

Les contraintes

Le système éducatif est soumis à une série de **contraintes internes et externes** qui ont limité ses performances. Au niveau interne, il y a une forte dépendance à l'égard du financement de l'Etat, les coûts élevés des charges liées à l'enseignement (salaires, les équipements et les infrastructures...), et l'inefficacité du système de gestion et de planification du secteur. De manière exogène une croissance économique lente et des **ressources limitées**, combinées avec une **évolution rapide de la population jeune**, a sérieusement entravé les efforts des pouvoirs publics.

Au niveau de l'élémentaire, en plus de l'**accroissement régulier** de la demande scolaire, on note que :

- **les disparités entre les régions et entre les sexes** sont encore importantes compte tenu de la distribution des infrastructures, des contraintes socio-économiques et des **pesanteurs culturelles** qui ne favorisent pas l'**accès et le maintien** des enfants en particulier des filles à l'école ;

- Les taux de redoublements et d'abandons et le nombre d'années/élèves pour former un diplômé de l'élémentaire supérieur à treize ans ;
- La faiblesse des résultats scolaires tant au CFEE qu'à l'entrée en sixième ;
- Le déficit important en manuels est avec environ un livre pour six élèves en lecture et un livre pour dix élèves en calcul. Ce qui est loin des normes acceptables. Cette situation déteint sur les résultats au CFEE où le taux de réussite ne dépasse pas les 30% ;
- Par ailleurs des limites sont observées dans la formation des maîtres et leur suivi pédagogique surtout avec l'afflux de personnel contractuel ;
- Le nombre d'élèves par maître reste également élevé.

Le secteur de l'Education est confronté à plusieurs problèmes qui limitent ses performances : l'inadéquation entre l'offre et la demande, une répartition déséquilibrée des infrastructures scolaires encore insuffisantes, une insuffisance des enseignants et du personnel d'encadrement, etc. La politique d'alphabétisation, d'éducation de base et de promotion des langues nationales qui connaît un regain d'intérêt et qui bénéficie de plus en plus de ressources a permis d'obtenir des résultats forts appréciables dans le secteur non formel.

Avec près de 33% des ressources budgétaires de l'Etat, l'éducation reste encore sans doute une priorité pour l'Etat du Sénégal. Toutefois, la couverture scolaire au niveau du primaire est loin d'être achevée. Aujourd'hui seuls 69,4% des enfants en âges d'aller à l'école sont scolarisés et l'analphabétisme est aussi bien répandu chez les femmes que chez les hommes. Le fait que la presque totalité des ressources mises à la disposition du fonctionnement de l'école soit absorbée par les recrutements d'enseignants, d'ailleurs insuffisants a aussi rendu le rendement des dépenses publiques d'éducation assez faible. Une situation qui a fini par rejaillir sur l'efficacité pédagogique en dégradant la capacité de l'école à transmettre le savoir et les aptitudes.

En outre, sur le plan social, l'image de l'école gagnerait à être améliorée et sa crédibilité restaurée. A ce niveau les programmes d'ajustement et autres politiques de régulation ont fortement entamé la crédibilité de l'école aux yeux de la population pour qui l'école ne fait que fabriquer des chômeurs. En effet, le chômage des diplômés de l'enseignement supérieur est devenu une réalité et le temps consacré à la recherche d'un emploi s'est considérablement allongé depuis quelques années.

Le même problème se pose au niveau de l'éducation de base du fait de l'extrême pauvreté des ménages pauvres qui n'ont pas les moyens de prendre en charge les dépenses d'éducation. En milieu rural, le problème est beaucoup plus profond dans la mesure où le fait d'envoyer son enfant à l'école représente un renoncement à le faire travailler dans les champs ou à la maison quand il s'agit d'une fille.

A cause de tous ces problèmes, l'école reste toujours vulnérable face à la forte pression démographique et les disparités demeurent criardes entre les villes et les zones rurales d'une part et, d'autre part entre les filles et les garçons. Les écarts entre les zones urbaines et le milieu rural s'expliquent non seulement par le fait que la demande est plus forte en milieu urbain qu'en milieu rural, mais aussi par le fait que les dépenses publiques d'éducation favorisent plutôt les zones urbaines.

III. STRUCTURE, EVOLUTION ET EFFICACITE DES DEPENSES PUBLIQUES DE SANTE

3.1. Structure et évolution des dépenses publiques de santé

Après la chute de plus de 22% intervenue en 1993 par rapport à l'année 1992, les dépenses publiques de santé ont régulièrement augmenté jusqu'en 1996 avant de connaître une nouvelle baisse l'année suivante pour presque se stabiliser ensuite en 1998. La hausse enregistrée entre 1993 et 1996 a été très forte : 54,3% entre ces deux années, soit une progression moyenne de 15,6% par an. Ces évolutions s'expliquent essentiellement par les apports des bailleurs de fonds et autres donateurs qui ont contribué à hauteur de 66,6% en moyenne au budget de la santé. Leur appui a été ainsi décisif sur les dépenses réelles de santé qui ont donc augmenté en moyenne de 6,4% l'an entre 1993 et 1995, ce qui a contribué à limiter les effets négatifs de la dévaluation. Toutefois, sur la période 1992-98, les dépenses globales réelles de santé ont baissé de 5,2% en moyenne par an.

Les dépenses salariales connaissent une tendance à la baisse relativement à l'ensemble des dépenses du secteur (Tableau n°6). Cette baisse est expliquée par celle des effectifs de personnel pour la presque totalité des catégories de qualifications qui a longtemps caractérisé la situation des ressources humaines de la santé. De 53,0% du total des dépenses publiques du secteur en 1992, elles se sont établies à 37,9% en 1995 avant de remonter très légèrement à 38,7% en 1998.

Tableau n°6 : Structure des dépenses publiques globales de santé (%)

	1992	1993-95	1996-98	1992-98
Salaires	53,0%	41,2%	37,3%	41,1%
Entretien et matériel	20,4%	35,4%	38,9%	34,9%
investissement	26,5%	23,5%	23,8%	24,0%

Sources: revue des dépenses publiques de santé
Ministère de la santé publique
Ministère de l'Economie, des Finances et du Plan
Estimations des auteurs du rapport EMAP

Ces changements de structure des dépenses publiques de santé se sont produits au profit des dépenses publiques de matériel et d'entretien pour le secteur de la santé, surtout pendant la période 1993-95 et au bénéfice de celles d'investissements plus particulièrement au cours de ces dernières années. Les dépenses de fonctionnement (salaires non compris) ont représenté 41,5% des dépenses publiques de santé en 1995 contre 20,4% en 1992. En 1996 et 1998 elles se sont presque maintenues à 40% des dépenses publiques totales de santé.

Quant aux dépenses d'investissement, elles ont d'abord fortement chuté entre 1992 et 1993 passant de 26,5% des dépenses totales de santé à 20,6% avant de se redresser ensuite à partir de 1993 pour atteindre 24,3% en 1998. Cependant, depuis 1997 on note une détérioration des dépenses d'investissement au profit des dépenses de fonctionnement non salariales.

L'analyse du tableau n°7 ci après permet de comprendre la façon dont l'allocation des ressources budgétaires de la santé a été faite selon les trois catégories de classement des

dépenses publiques. Ces dépenses sont structurées chacune selon les niveaux suivants : administration générale du Ministère de la Santé publique, soins de santé secondaire, soins de santé primaires, pharmacie et médicaments, et autres c'est-à-dire formation, recherche...

Tableau n°7 : Part des différents niveaux de services de santé dans les trois catégories de dépenses

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1992-98
Dépenses salariales								
Affaires générales MSP	51,3%	44,1%	33,2%	29,4%	29,1%	30,6%	29,7%	35,9%
Soins de santé secondaire	18,2%	29,2%	28,3%	28,9%	29,8%	29,0%	29,3%	27,2%
Soins de santé primaire	19,2%	16,2%	28,5%	32,9%	31,6%	31,0%	31,9%	27,1%
Pharmacie et médicaments	0,9%	1,9%	2,7%	1,9%	1,8%	2,1%	1,9%	1,9%
Autres	10,5%	8,6%	7,2%	6,9%	7,6%	7,2%	7,3%	8,0%
Dépenses de fonctionnement								
Affaires générales MSP	13,6%	9,9%	11,2%	14,7%	15,2%	13,8%	14,6%	13,6%
Soins de santé secondaire	52,9%	41,7%	25,0%	26,9%	31,4%	27,9%	28,8%	31,2%
Soins de santé primaire	18,1%	34,2%	28,0%	27,6%	27,9%	27,8%	27,8%	27,6%
Pharmacie et médicaments	1,9%	3,2%	2,8%	1,6%	1,8%	2,0%	1,8%	2,1%
Autres	13,5%	11,1%	33,1%	29,1%	23,8%	28,4%	27,0%	25,5%
Dépenses d'investissement								
Affaires générales MSP	15%	28%	25%	37%	29%	31%	32%	28%
Soins de santé secondaire	45%	10%	7%	13%	23%	14%	17%	19%
Soins de santé primaire	33%	28%	38%	32%	30%	33%	32%	33%
Pharmacie et médicaments	4%	18%	17%	10%	9%	12%	10%	11%
Autres	3%	16%	13%	8%	8%	10%	9%	9%

Sources: revue des dépenses publiques de santé pour la période 1992-96
Ministère de la santé publique
Ministère de l'Economie, des Finances et du Plan
Estimations des auteurs du rapport EMAP pour la période 1997-98

Le tableau ci-dessus montre que les soins de santé primaires occupent la plus grande part des dépenses d'investissement. Par contre, en ce qui concerne les dépenses de fonctionnement non salariales, les soins de santé primaires viennent en deuxième position après les soins de santé secondaires.

3.2 Structure et évolution des dépenses publiques de santé de base

Les services de soins de base sont assez difficiles à évaluer présentement au Sénégal. Les soins de santé primaires en constituent l'essentiel. Les objectifs visés sont non seulement multiples, mais leur réalisation nécessite l'atteinte de nombreux résultats à travers la mise en œuvre de plusieurs activités au niveau des paliers de la pyramide sanitaire. La mise en œuvre de telles politiques requiert des ressources suffisantes dans la mesure où l'accent mis sur la médecine préventive implique un soutien en faveur du secteur public.

Les dépenses de soins de santé primaires occupent, en 1998 30.2% des dépenses publiques de santé contre 22.5% en 1992. Mais pour atteindre ce niveau, il a fallu rogner sur les budgets des autres sous-secteurs de la santé dans un budget global qui n'a presque pas augmenté (0.4% en moyenne par an entre 1992 et 1998). Les 16 points de pourcentage perdus par l'administration générale et les soins de santé secondaires

proviennent de la restructuration des dépenses publiques de santé entre 1992 et 1998, 50% sont allées aux dépenses publiques de soins de santé primaires.

Les dépenses de santé primaires ont donc augmenté de 5.4% en moyenne l'an au cours de la période 1992-98 en valeur nominale. Mais, en termes réels, l'évolution a plutôt été à la baisse (-0.5%). Cette baisse réelle a été très ressentie au niveau des dépenses d'investissements qui ont reculé en volume ainsi que les dépenses salariales. Ce qui se comprend vu le changement de structure intervenu entre 1992 et 1995. En effet, en 1992 les dépenses publiques de soins de santé primaires étaient essentiellement affectées à ces deux postes et celui des dépenses de matériels et d'entretien.

Les soins de santé primaires appellent, en effet, des programmes en matière de protection maternelle et infantile, et d'éducation sanitaire. Ils passent par la mise en place de programmes élargis de vaccination (PEV), d'une politique de médicaments essentiels et de réduction des coûts, le recours à la planification familiale. Ainsi, des agents de santé ont été formés aussi bien en médecine moderne qu'en médecine traditionnelle ; des cases de santé, des postes de santé et des centres de santé ont aussi été construits. Des comités de santé ont également été constitués et des campagnes de vaccination lancées. Ce qui explique l'accroissement des dépenses de fonctionnement et surtout d'investissement qui traduisent la volonté des autorités d'accroître l'offre des services de santé de base tout en améliorant la qualité des soins. Ainsi, en moyenne, un peu plus de 54% de l'aide extérieure allouée à la santé concerne des actions spécifiques aux soins de santé primaires sans compter l'appui en direction des politiques et planification menées dans le sous secteur.

Tableau n°8 : Ratios de dépenses publiques de santé de base

	1995	1996	1997	1998	1995-98
DPSB/PNB	0.3%	0.30%	0.2%	0.2%	0.3%
DPSB/Dépenses budgétaires	1.7%	1.6%	1.4%	1.2%	1.5%
DPSB/Dépenses totales de santé	30.6%	29.7%	30.3%	30.2%	30.2%
DPSB/Dépenses publiques sociales	5.0%	4.1%	3.5%	3.0%	3.8%
Dépenses totales de santé/PNB	1.1%	1.0%	0.8%	0.7%	0.9%

Source: Calculs des auteurs du rapport EMAP

Toutefois, ces dépenses se révèlent insuffisantes puisqu'elles ne représentent que 30.2% en moyenne de l'ensemble des dépenses du secteur de la santé et seulement 0.3% du produit national brut alors qu'une universalisation de l'accès aux services de santé de bases aurait requis au moins une part de 0.6% des ressources nationales en 1998 (tableau n°8).

3.3. Efficacité des dépenses publiques de santé

La situation sanitaire reste encore précaire en dépit des efforts déployés et compte tenu des conditions de l'environnement, de la précarité de l'offre en matière d'hygiène et d'assainissement et de soins accessibles. Le taux de mortalité au Sénégal est estimé actuellement à 18 pour mille et l'espérance de vie à la naissance à 51 ans pour les hommes et 53 ans pour les femmes. La mortalité des enfants reste élevée du fait du poids des maladies diarrhéiques, de la malnutrition, des maladies cibles du PEV et du paludisme.

D'après les résultats de l'EDS III publiés en 1997, les quotients de mortalité des enfants s'établissent actuellement à 69,4 pour 1.000 pour la mortalité infantile et 75,1 pour 1000 pour la mortalité juvénile et à 139,3 pour 1.000 pour la mortalité infanto-juvénile. Il est

observé une baisse de la mortalité infantile entre 1992 et 1997 ainsi que de la mortalité juvénile. Les résultats de la MICS (2000) indiquent une quasi stagnation des niveaux de mortalité infantile contrairement à la mortalité juvénile et infanto-juvénile qui ont subi une hausse relativement sensible. Les taux respectifs sont de 70 pour mille, 80,9 pour mille et 145,3 pour mille.

En l'absence de statistiques fiables et à jour, il est retenu que le taux de mortalité maternelle qui est de 510 décès maternels pour 100000 naissances indique l'importance du risque obstétrical lié à la maternité et à la grossesse. Il est expliqué en partie par la faible couverture en consultation prénatale, la forte proportion des accouchements non assistés et les intervalles intergénésiques rapprochés, les grossesses précoces.

Les taux de couvertures en CPN et PEV sont faibles. Cela résulte de plusieurs facteurs parmi lesquels le déficit chronique en personnels socio-sanitaires, la modicité des ressources allouées au fonctionnement des structures comme les centres de santé, l'insuffisance de la supervision à tous les niveaux, la faible intégration entre les différents programmes de santé ainsi que le manque de coordination des actions des différents intervenants dans le secteur. Les risques obstétricaux liés à la grossesse et l'accouchement restent encore très élevés.

Ce risque obstétrical varie selon le milieu de résidence ou le niveau d'instruction. Les femmes rurales ou analphabètes sont les plus exposées au risque. On note que seulement 48% des accouchements ont lieu dans un service de santé et 47% des naissances sont assistées par du personnel qualifié et huit naissances sur 10 (82%) ont bénéficié de soins prénatals dispensés par du personnel qualifié (EDSIII).

Tableau n°9 : Evolution des indicateurs de mortalité

Indicateurs	1992/1993	EDS 1997	MICS 2000
Taux brut de mortalité	18 ‰	ND	ND
Mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes	510 décès 100.000 naissances	ND	ND
Mortalité Infantile	76 ‰ 68	69,4 ‰ 67,8	70 ‰
Mortalité juvénile	87,4 ‰	75,1 ‰ 137	80,9 ‰
Mortalité infanto-juvénile	156,7 ‰ 131	139,3 ‰	145,3 ‰

Source : Rapport EMAP / DP

*représente
la couverture*

Dans le domaine de la lutte contre les maladies, la dernière évaluation du PEV en 1999 a permis de noter une dégradation de la couverture vaccinale ces dernières années, particulièrement dans les régions de Kaolack, Kolda et Tamba. Au niveau national le taux de couverture a régressé et se situe autour de 45 % (ESIS 99). Cette situation couplée à la dégradation de la situation nutritionnelle explique les niveaux actuels de mortalité infantile et juvénile. Les contraintes dans la mise en œuvre du programme sont entre autres : les coûts élevés d'intervention des équipes mobiles l'absence de moyens logistiques, la faible intégration de la vaccination aux autres composantes des Soins de Santé Primaire et la faiblesse et l'absence des chaînes de froid.

Les maladies de l'enfant notamment les maladies diarrhéiques et la malnutrition font l'objet de programmes spécifiques exécutés au niveau des districts sanitaires. La morbidité attribuable à la diarrhée a chuté de 21% à 15 % entre 1992 et 1997. Elle se situe encore à des niveaux élevés.

En termes d'infrastructures, le pays est couvert actuellement par 52 centres de santé. Ils sont répartis en centres de santé secondaires dépourvus de blocs opératoires (84 %) et en centres de référence dotés d'une unité chirurgicale (16%). Seuls trois blocs opératoires sont fonctionnels. Les autres souffrent d'un manque de personnel et parfois d'équipements. Bien que soixante dix huit (78 %) des centres de santé se situent à moins de cinquante (50) kilomètres d'une unité chirurgicale appartenant à un hôpital (national, régional ou départemental), des efforts restent encore à faire pour la prise en charge des urgences chirurgicales. L'offre de couverture a connu un accroissement de 2 % passant de 1 centre de santé pour 84182 habitants à 1 centre de santé pour 82845 hbts en 1999.

Le nombre de postes a augmenté d'années en années depuis 1993 en passant de 920 à 1206 structures en 1999 soit une hausse de 31 %. Cela n'a cependant entraîné qu'une faible amélioration de la couverture des populations du fait de la croissance démographique rapide. Le rayon d'action moyen, qui renseigne sur l'accessibilité théorique d'un poste de santé, est actuellement inférieur à 9,3 km pour l'ensemble du pays avec cependant de grandes disparités régionales, passant de 1,5 km à Dakar, à 15,5 km dans la région de Tambacounda.

Les cases de santé au nombre de 1.694 sont construites au niveau des villages par les communautés.

Malgré ces indicateurs, les infrastructures sanitaires restent insuffisantes. Beaucoup d'entre elles sont vétustes, sous équipées et souffrent d'un engorgement. La fonctionnalité du système de santé reste donc caractérisée par le vieillissement, le non-respect du système de référence, le manque de matériel, d'entretien, de consommables, de médicaments et le déficit crucial en personnel.

Le système de santé a dû faire face à un déficit permanent de personnel sanitaire qui est resté insuffisant par rapport aux normes en vigueur dans le secteur.

L'effectif réel du personnel qualifié (médecins, sages-femmes, infirmiers, techniciens supérieurs, agents d'hygiène) est inégalement réparti. Plus de la moitié de ces professionnels exercent dans les districts de deux régions que sont Dakar et Thiès. Le déficit en spécialistes comme les gynécologues, les pédiatres et les anesthésistes sont plus marqué en zone rurale et dans les centres de santé.

Le déficit en personnel persiste du fait des nombreux départs et des besoins en personnels induits par la création de nouvelles infrastructures. Au-delà de l'insuffisance du personnel, il convient aussi de souligner la disparité dans la répartition spatiale avec une très forte concentration des agents à Dakar ou dans les grandes villes surtout en ce qui concerne les infirmiers et sages-femmes. Cette situation entraîne un dysfonctionnement de la pyramide sanitaire et accentue les évacuations sur Dakar. Il en résulte un engorgement des structures de la capitale avec une baisse de la qualité des services et un délaissement des structures de référence régionales.

Les effets conjugués d'un accroissement démographique plus important que la capacité des infrastructures et l'insuffisance du personnel ont entraîné une baisse des ratios personnels de santé par rapport à la population pour les soins de base prodigués par les infirmiers et les sages femmes. A cela s'ajoutent un mode d'organisation et de gestion pas toujours appropriée, un engorgement des structures hospitalières découlant

essentiellement du non respect du système de référence et le manque de logistique qui gêne énormément les activités de supervision.

Pour son financement, le secteur de la santé compte en premier lieu sur l'État et à un degré moindre, sur les collectivités locales et les ONG. Les ménages, quant à eux, consacrent 3,4% de leurs dépenses annuelles pour la prise en charge de leurs problèmes de santé. Les dépenses exécutées dans le secteur de la santé à partir de la participation des populations en 1995 se chiffrent à un peu plus de 2 milliards correspondant à 87% des recettes de la période. Au niveau des districts, les dépenses de fonctionnement en 1995 ont été couvertes à 64% par les comités de santé et à 36% par le budget de l'État. Cette tendance est plus nette pour le niveau poste de santé où les comités prennent totalement en charge les dépenses de fonctionnement, en maintenant leur taux de couverture à une moyenne de 1,12.

Depuis 1998, début de la mise en œuvre du PDIS, 150 milliards de francs CFA ont été injectés dans le secteur de la santé répartis entre l'État, les partenaires, les collectivités locales et les populations. Il convient, malgré les efforts des différents acteurs de relever la faible participation des collectivités, le retard dans la mise en place des fonds de dotations et la mauvaise ré allocation des ressources qui ne sont pas entièrement versées aux structures bénéficiaires. Les postes de santé ruraux sont marginalisés dans l'allocation des ressources du fait de l'utilisation par les seuls maires des ressources affectées aux districts au seul profit des centres de santé et postes urbains. Par ailleurs la lourdeur des procédures de certains partenaires au développement et la non maîtrise par tous les acteurs des procédures de gestion et de mobilisation des ressources constituent une contrainte majeure récurrente pour l'exécution des plans d'opérations annuels. Il convient de souligner aussi les difficultés dans la maîtrise des ressources des comités de santé et le manque de transparence dans leur gestion dans certains cas. A cela s'ajoutent des difficultés d'une planification pertinente de toutes les ressources mobilisables.

D'importants efforts ont donc été faits au cours de ces dix dernières années en matière de santé. Ces efforts ont permis d'améliorer et d'augmenter le nombre des infrastructures sanitaires de base. Les postes de santé ainsi que les centres de santé ont connu des évolutions significatives. Il est même envisagé dans le cadre du PDIS d'augmenter encore leur nombre et d'améliorer leur répartition tout en élevant le niveau d'implication des collectivités locales, des partenaires au développement et des populations dans leur construction et leur entretien.

Les indicateurs les plus étroitement liés aux soins curatifs et hospitaliers sont encore très en deçà des normes de l'OMS (nombre d'habitants par médecin, par lit d'hôpital, par hôpitaux...) ; certains continuent même de baisser. Les indices associés aux soins de santé préventifs (nombre d'habitants par case de santé, par poste de santé, par centre de santé, infirmiers...) révèlent une amélioration de l'accès de ce type de services. L'espérance de vie est passée de 41ans en 1970 à 53 en 1998, la mortalité a connu de fortes baisses passant de 25‰ en 1970 à 13‰ en 1998. Des progrès ont été aussi réalisés grâce à la vulgarisation de mesures curatives simples comme la réhydratation par voie orale (RVO) pour sauver les malades, les enfants en particulier, atteints de diarrhée.

Malgré l'adoption d'importantes mesures comme l'organisation de journées nationales de vaccination, la prise en charge de l'achat des vaccins par l'État, le recyclage des agents de santé..., la couverture vaccinale reste encore inadéquate contre les maladies ciblées par

les programmes. La situation nutritionnelle des enfants reste encore préoccupante et la mortalité maternelle demeure très élevée. D'importantes connaissances ont été acquises par les pouvoirs publics ainsi que par les populations sur la gravité de certaines maladies cycliques grâce aux progrès de l'épidémiologie, mais le manque chronique de moyen réduit souvent l'efficacité du système de santé.

IV. NIVEAU ET EFFICACITE DES DEPENSES PUBLIQUES EN EAU POTABLE ET ASSAINISSEMENT

L'approvisionnement des populations en eau potable constitue un défi majeur à relever compte tenu de la place que les ressources en eau occupent dans un pays sahélien comme le Sénégal, soumis à des cycles de sécheresse et à une forte pression démographique.

Les difficultés à résoudre sont d'autant plus grandes que les ressources disponibles en eau de surface sont excentrées par rapport aux zones de concentration humaine et que les réserves en eau souterraine situées en profondeur quelque soit par ailleurs leur importance, exigent d'énormes efforts d'investissement.

Ainsi, la gestion efficace des ressources en eau s'est-elle révélée comme un préalable essentiel dans la nécessaire maîtrise de l'eau pour satisfaire les besoins alimentaires de la population, lutter contre la pauvreté et protéger et préserver l'environnement. Dans ce cadre, l'Etat s'est engagé dans une politique de l'eau axée autour (1) d'une meilleure connaissance des ressources, (2) d'une densification du réseau national des points d'eau éternelles et (3) de la réalisation d'infrastructures hydrauliques structurantes.

Environ 63% des sénégalais ont accès à une eau potable à une distance de moins de 500 mètres du domicile ; 32% ont l'eau potable à domicile et 19% à moins de 100 mètres du domicile. En milieu urbain, 90% ont accès à l'eau potable ; en milieu rural, ce taux est de 42%. En 1995, environ 54% de la population urbaine avait un accès direct à l'eau potable et 42% aux branchements sociaux. Le reste de la population a recours aux sources traditionnelles. L'une des plus grandes contraintes pour l'accès des pauvres à l'eau potable est le coût élevé du branchement difficilement supportable par les revenus modestes des populations défavorisées. En 2000, 83,7 % de la population a accès à l'eau potable, 32 % des ménages urbains ont accès à l'électricité en 1997, et 52 % vivent dans des logements qui ne leur appartiennent pas.

Le taux d'accès à l'eau potable national a connu une évolution positive de 8,5 % entre 1996 et 2000. Le Projet Sectoriel Eau entamé en 1996, a contribué dans la lutte contre la pauvreté par : L'augmentation de la production en eau potable de 60.000 m³ /j, la réalisation de 36.000 branchements sociaux et 400 bornes fontaines pour les groupes défavorisés. Par ailleurs, dans la grille des tarifs, une tranche sociale de 20 m³ subit un tarif 180 FCFA/m³ (au lieu de 480 FCFA/m³). En plus, avec l'harmonisation de la TVA dans l'espace UEMOA, l'Etat a pris la mesure d'exempter les 40 premiers mètres cubes (m³) de TVA pour alléger la facture des groupes vulnérables. Le milieu urbain est confronté à une forte demande d'eau due à la croissance démographique et au phénomène d'urbanisation notamment dans l'agglomération dakaroise. Une nette amélioration de l'accès à l'eau potable est observée depuis juin 1999 dans la région de Dakar avec la réalisation du PSE qui a permis d'augmenter la capacité de production en eau potable de 60.000 m³ /j. On note aussi une amélioration de la qualité de l'eau et une satisfaction des besoins en eau des villes intérieures. Les directives de l'OMS concernant la qualité de l'eau potable sont suivies et respectées. Le taux de desserte des populations urbaines est de 77,4% avec une nette amélioration du rendement du réseau. Le prix de l'eau augmente de l'ordre de 3% par an et le coût élevé du branchement du réseau est peu supportable par un plus grand nombre de citoyens.

Le nouveau fil de série des politiques (Plé d'act

*pour les gens de
rural
à venir*

En milieu péri-urbain, les ménages non accordés au réseau, consomment moins d'eau car payant encore plus cher à la borne –fontaine, ce qui fait que les maladies causées par un manque d'eau à l'hygiène y sont fréquentes. Certains quartiers défavorisés contraints de s'installer dans des zones inondées ou propices aux eaux stagnantes, s'approvisionnent à partir de puits et sont exposés constamment au paludisme et au péril fécal.

Le Projet Eau Long Terme (PLT) a quant à lui permis des extensions importantes pour sécuriser l'approvisionnement en eau des zones péri-urbaines. La politique des branchements sociaux projette d'en réaliser 31.000 à Dakar et 17.000 dans les zones secondaires.

En milieu rural, la mise en place d'un vaste programme d'hydraulique villageoise et pastorale a permis de multiplier par neuf le nombre de forages motorisés qui passe de 101 en 1981 à 927 forages équipés en 1999.

Tableau n°10 : Structure des dépenses en matière d'eau potable en zone rurale et périurbaine

	1995	1996	1997	1998	1995-98
dépenses de personnel	3.8%	8.3%	8.4%	5.9%	5.9%
dépenses de matériel	0.8%	1.9%	2.0%	1.3%	1.3%
coût de fonctionnement	4.6%	10.2%	10.4%	7.2%	7.3%
dépenses d'investissement	95.4%	89.8%	89.6%	92.8%	92.7%

Sources: M H, MEFP

La réalisation des infrastructures a nécessité une forte contribution des partenaires extérieurs pour accompagner le Sénégal dans la mise en œuvre d'une politique de transfert des ouvrages aux collectivités locales et dans le renforcement des capacités des services centraux et régionaux du Ministère de l'Hydraulique en matière de traitement des données hydrogéologiques et hydrologiques et enfin dans la réduction à moyen-long terme du déficit en eau potable de Dakar. Sur la période 95-98, les dépenses publiques globales en faveur de l'hydraulique rurale s'élèvent à près de 33 milliards de FCFA dont près 94% sont consacrés aux investissements financés à hauteur de 93% par l'appui extérieur, contre 7% seulement par l'Etat. En ce qui concerne l'hydraulique urbaine et l'assainissement, le volume des investissements s'établit à quelques 44 milliards de FCFA entre 1995 et 1998 dont 96% mobilisés par l'aide extérieure.

Les grands programmes d'action entrepris ou envisagés dans le domaine de l'eau concernent essentiellement la gestion de l'offre de ressources en eau. Ils visent à assurer une adéquation permanente entre les ressources en eau mobilisées et la demande en eau générée par le développement économique et social du pays. Cependant, l'amélioration de l'approvisionnement en eau potable des villes ne se fait pas proportionnellement à celle du taux de branchement à l'égout. Il se pose alors des problèmes d'assainissement avec l'augmentation conséquente des eaux usées à évacuer. En 1997 le taux de desserte en eau potable en milieu rural était de 26 litres/hbt contre 35 litres/hbt pour les normes de l'OMS. Ce taux est resté dans les mêmes proportions en 1998 et 1999 pour après se situer à 28 litres/hbt en l'an 2000. En milieu rural, seulement près de 54% des besoins en eau potable sont satisfaits pour un objectif de 35 l/j/hbt recommandé par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Dans les zones rurales, il manque dramatiquement d'infrastructures pour évacuer les eaux usées et de drainage et il existe très peu de latrines réglementaires. De plus la qualité des ressources en eau douce s'est dégradée à cause des pollutions agro-

industrielles, les effets néfastes des activités hydro-agricoles et la surexploitation des nappes. L'absence ou le manque d'eau et l'insuffisance des infrastructures hydrauliques ont entraîné une corvée d'eau plus difficile, une recrudescence des maladies hydriques ou contractées en buvant de l'eau contaminée et un exode des populations rurales vers les zones urbaines.

répartition

Le milieu urbain est confronté à une forte demande d'eau due à la croissance démographique et au phénomène d'urbanisation notamment dans l'agglomération dakaroise. Une nette amélioration de l'accès à l'eau potable est observée depuis juin 1999 dans la région de Dakar avec la réalisation du PSE qui a permis d'augmenter la capacité de production en eau potable de 60 000 m³/j. On note aussi une amélioration de la qualité de l'eau et une satisfaction des besoins en eau des villes intérieures. Les directives de l'OMS concernant la qualité de l'eau potable sont suivies et respectées. Le taux de desserte des populations urbaines est de 77,4 % avec une nette amélioration du rendement du réseau. Le prix de l'eau augmente de l'ordre de 3 % par an et le coût élevé du branchement au réseau est peu supportable par un plus grand nombre de citoyens.

En milieu péri-urbain, les ménages non raccordés au réseau, consomment moins d'eau car ayant encore plus cher à la borne-fontaine, ce qui fait que les maladies causées par un manque d'eau à l'hygiène y sont fréquentes. Certains quartiers défavorisés contraints de s'installer dans des zones inondées ou propices aux eaux stagnantes, s'approvisionnent à l'aide de puits et sont exposés constamment au paludisme et au péril fécal.

En outre, 13 % des populations urbaines sont raccordées à l'égout tandis que 46 % utilisent les fosses et 38 % ne disposent d'aucun système d'évacuation des eaux usées. De surcroît, Dakar et sa banlieue représentent une source ponctuelle importante d'eaux usées et de déchets solides. Le rejet incontrôlé des eaux usées et des ordures et l'inefficacité du drainage des eaux de surface posent de sérieux problèmes à Dakar. Seulement 20 % des eaux usées collectées sont traitées par la station de Cambéréne. Donc la plus importante partie des eaux usées sont déversées en mer ou dans la nature, ce qui entraîne des nuisances sur l'environnement et sur la santé humaine. L'installation de l'insalubrité avec le déversement des eaux ménagères dans la rue, l'impraticabilité des routes en hivernage et l'inaccessibilité de certains quartiers inondés donnent entre autres, la mesure des problèmes liés à l'eau et à l'assainissement sur notre cadre de vie.

L'accès difficile à l'eau potable, le coût de son service et la rareté des services d'assainissement ont entraîné la recrudescence des maladies hydriques et la détérioration de la qualité de vie en milieu urbain.

V. NIVEAU ET EFFICACITE DES DEPENSES PUBLIQUES EN ALIMENTATION ET NUTRITION

L'alimentation et la nutrition font partie intégrante de la stratégie des soins de santé primaires au Sénégal. Le Ministère de la Santé publique qui définit la politique de l'Etat en la matière par l'intermédiaire du Service de l'alimentation et de la Nutrition Appliquée au Sénégal (SANAS) reçoit, dans ce cadre, l'appui d'importants programmes pour faire face aux problèmes protéino-énergétiques que rencontre le pays

Le régime alimentaire est ici de type sahélien à base de céréales et de légumineuses. Les besoins céréaliers du Sénégal, y compris le riz, sont couverts à hauteur de 90 % quand toute la production est prise en compte. Le riz continue d'exercer sa dominance sur les autres céréales. La consommation par tête a régulièrement atteint et dépassé 62 kg et se situerait à 99 kg en l'an 2000, niveau nettement au-dessus des 83 kg atteints en 1997. Le riz a tendance à peser pour un peu plus de 50 % dans les disponibilités cérésières, et de surcroît elle est en très grande partie importée.

Les aliments d'origine végétale continuent à contribuer pour au moins 85 à 90 % à l'apport énergétique globale des Sénégalais.

En 1995 et 1998, seuls près de 10 milliards de francs CFA ont été consacrés à l'alimentation et la nutrition. La presque totalité de ces dépenses, soit 92%, proviennent de l'aide extérieure qui soutient tous les programmes nationaux qui luttent contre la malnutrition et les problèmes alimentaires. Les dépenses de l'Etat représentent ainsi à peine 8% dont cependant seuls 18% sont affectés au fonctionnement, y compris les dépenses de personnel, le reste étant constitué par sa contrepartie dans le cadre des différents programmes mis en œuvre dans le secteur.

Tableau n°11 : structures des dépenses publiques en matière de nutrition et d'alimentation

	1995	1996	1997	1998	1995-98
Dépenses de personnel	0.9%	2.4%	1.3%	0.6%	1.1%
Dépenses de matériel	0.1%	0.4%	0.1%	0.1%	0.1%
Total fonctionnement	1.0%	2.7%	1.5%	0.7%	1.2%
Investissement	99.0%	97.3%	98.5%	99.3%	98.8

Sources: MEFP, MSP

Depuis 1995, les dépenses de l'Etat en matière d'alimentation et de nutrition sont en baisse. Elles sont ainsi passées de 226,5 à 177.1 millions de francs CFA entre 1995 et 1998, soit une réduction moyenne de 7.9% par an. Seules les dépenses en matériel qui représentent que 1.5% des dépenses budgétaires consacrées à l'alimentation et à la nutrition ont eu à augmenter en moyenne sur la période 1995-98. Contrairement aux dépenses relatives aux salaires qui ont presque stagné, les dépenses de contrepartie dans les investissements ont baissé de 9.1% en moyenne par an.

Les projets et programmes en matière d'alimentation et de nutrition apportent toutefois un concours appréciable à la politique de l'Etat en la matière. La principale intervention se résume actuellement au projet de Nutrition communautaire (PNC) qui est exécuté par l'AGETIP. Ce projet qui est d'un montant d'environ 16 milliards de francs CFA bénéficie des

financements de la Banque mondiale (62%), du Programme alimentaire mondial (PAM) (21%), de l'Allemagne avec 10% le reste devant être supporté par le BCI. Cependant, le secteur a eu aussi à bénéficier des concours du PDRH1 entre 1995 et 1998 et du projet survie de l'enfance financé par l'USAID entre 1994 et 1997.

Malgré tous ces efforts, la prévalence du retard de croissance appréhendé à partir de l'insuffisance pondérale par rapport à l'âge reste encore élevé au Sénégal : 23% des enfants de moins de 5 ans souffrent d'un retard de croissance avec 26% en zone rurale, contre 17% en zone urbaine.

En 2002 chez les enfants de moins de 5 ans le taux d'insuffisance pondérale est de 18,4%, celle du retard de croissance est de 19% et celle de l'émaciation de 8% environ, avec 20,5% en milieu rural et de 13,2 % en milieu urbain, 20,9% en milieu rural et de 14,5% en milieu urbain. L'émaciation a également un niveau plus élevé en milieu rural (9,3%) qu'en milieu urbain (6,9%) (MICSII, 2000).

Le déséquilibre entre les besoins nutritionnels et les apports réels constituent le principal facteur étiologique. A cela s'ajoutent la méconnaissance des besoins nutritionnels de l'enfant par les mères et le manque de suivi nutritionnel des enfants. La pratique de l'allaitement maternel exclusif et les bonnes pratiques de sevrage doivent être améliorées. En effet, seul 23,5% des enfants de moins de 4 mois sont allaités exclusivement. Cette situation est aggravée par les facteurs favorisant la malnutrition : l'insuffisance de la production agricole, la faiblesse des revenus, le manque d'accès à l'eau potable et aux soins de santé, l'inexistence de système d'assainissement approprié et l'analphabétisme.

L'état de santé des enfants est également préoccupant et les maladies constituent des facteurs déclenchant ou précipitant la malnutrition. En effet, les résultats du MICS II montrent que 20,5% des enfants de moins de 5 ans ont présenté des épisodes fébriles durant les deux semaines ayant précédé l'enquête. Les maladies diarrhéiques entraînant notamment la déshydratation et la malnutrition, constituent directement ou indirectement une des principales causes de décès des jeunes enfants. Cette enquête a permis de noter que la prévalence de la diarrhée est relativement élevée au Sénégal. Un enfant sur quatre (26,1%) a eu une ou plusieurs épisodes diarrhéiques durant les deux semaines ayant précédé l'enquête. La prévalence des infections respiratoires aiguës est de 6,6 %.

Les problèmes nutritionnels dus à des carences en micronutriments et les parasitoses intestinales demeurent préoccupantes. Ils peuvent précipiter un équilibre nutritionnel jusque là précaire vers une décompensation.

La prévalence des troubles dus à la carence en iode est plus accentuée dans les régions de l'Est et du Sud du pays. Les dernières enquêtes menées en 1997 dans la Région de Tambacounda avaient montré un taux de prévalence de goitre endémique de 33,5% avec des pics allant jusqu'à 51 % (EOI, 1996).

L'avitaminose A reste encore très courante, ce qui augmente considérablement le risque pour les enfants de mourir de maladies diarrhéiques ou de la rougeole. Dans son classement, l'UNICEF considère le Sénégal comme un pays où l'avitaminose A est un problème de santé publique. En effet, les enquêtes réalisées par le SANAS entre 1988 et 1989 dans les régions de Diourbel, Kaolack et Fatick situent la prévalence du problème

chez les enfants de 2 à 5 ans à 14,1% de Xérophtalmie, 2,7 % de xérosis et 0,2 % de tache de Bitot.

Malgré ces indications, il faut souligner que les données disponibles en général concernant la nutrition, restent parcellaires et ne permettent pas d'avoir une appréciation globale de la situation de tous les indicateurs au niveau national.

En effet, le PAIN et la PCIME se mettent progressivement en place dans les districts. Les Journées Nationales de Vaccination (JNV) et les Journées Nationales de Micronutriments ont contribué à l'amélioration de la couverture en vitamine A. L'approche communautaire développée à travers le PNC s'est révélée efficace dans l'implication des populations dans la prise en charge des problèmes nutritionnels. En effet, les évaluations d'impact du PNC dans les sites sentinelles (St Louis, Diourbel) ont permis d'établir des acquis significatifs dans le suivi promotion de la croissance, l'éducation nutritionnelle, et la récupération nutritionnelle des enfants malnutris (IRD, 1998).

Les Contraintes

Malgré les efforts réalisés, des contraintes ont été notées dans les différents programmes.

L'insuffisance de synergies entre les différents partenaires s'est traduite assez souvent par des interventions mal coordonnées et disjointes, une utilisation peu rationnelle des ressources humaine, financière et matérielle. Cela a eu pour conséquence une faible efficacité et un impact limité des actions en faveur des bénéficiaires.

La faiblesse du système d'information en matière de nutrition résulte principalement de la déficience des données de base sur les groupes cibles (les personnes âgées, les femmes et les enfants) et de l'insuffisance du système de surveillance nutritionnelle. Ces contraintes ont limité les efforts pour des interventions plus pertinentes tenant réellement compte de l'acuité des besoins dans certaines zones et des réajustements et réorientations nécessaires pour une plus grande efficacité des programmes.

La réussite des programmes de nutrition est largement tributaire de l'amélioration du cadre de vie des ménages. En effet, des difficultés d'accès à l'eau potable, à l'assainissement et la faiblesse des revenus se sont avérées comme une contrainte pour l'accès à des conditions d'hygiène, à une alimentation saine, suffisante et équilibrée et à une bonne santé.

L'industrie agroalimentaire est confrontée à deux problèmes clés. Au plan quantitatif, l'approvisionnement en matières premières agricoles et de la pêche connaît des insuffisances, du fait d'une production insuffisante et erratique et d'un appareillage de pêche vétuste et peu développé.

Sur le plan qualitatif, l'agro-alimentaire souffre également de manque de label de qualité et de certification du fait d'une valorisation encore insuffisante de nos produits agricoles. Le cheptel est important, mais le rendement en viande et en lait est faible. Les conditions de production dépendent encore pour beaucoup des aléas climatiques. La transformation et la conservation des produits restent encore insuffisamment développés. En outre, malgré l'existence de normes on note une insuffisance du contrôle de qualité des produits agro-industriels du fait de l'absence de textes réglementaires.

La faible implication des communautés de base aux différentes étapes de formulation et de mise en œuvre des programmes constitue une entrave à l'atteinte des objectifs, à l'appropriation des programmes par les populations et à leur pérennisation. Cette contrainte est d'autant plus importante qu'elle ne prend pas en compte les capacités d'initiatives des populations et celles des collectivités locales dans la prise en charge de leur développement.

Les contraintes socioculturelles recensées auprès des communautés exercent une influence négative sur l'état nutritionnel des femmes et des enfants. Cette situation constitue un facteur de risque pour la morbidité et la mortalité chez les femmes, les enfants et les personnes âgées.

L'insuffisance de ressources humaines spécialisées dans la nutrition constitue un handicap dans la mise en œuvre des programmes, la réalisation d'études spécifiques permettant une bonne appréciation des besoins et une meilleure prise en charge des bénéficiaires.

VI. NIVEAU D'ATTEINTE DES OBJECTIFS DE L'INITIATIVE 20/20

6.1 Les dépenses publiques dans les services sociaux de base

La mesure du degré d'atteinte globale des objectifs de l'initiative 20/20 en ce qui concerne les dépenses publiques est faite à partir de l'indicateur " Ratio de développement durable (TDH)" élaboré par le PNUD lors de la préparation de son rapport sur le développement en 1991. L'analyse des résultats ci-dessous (Tableaux n°12 et n°13) montre que sur une période toute récente (1995-98), les dépenses publiques ont été contenues en moyenne à 18,4% du PNB. La croissance des dépenses publiques observée au cours de cette période : 6,5% en moyenne par an, n'a pas été suffisamment forte pour permettre au Sénégal d'atteindre la norme minimale des 25% nécessaire à la promotion du développement humain. Le ratio des dépenses publiques s'est même affaibli au cours de la période, passant de 19,8% en 1997 à 17,7% en 1997 avant de s'établir à 18,1% en 1998.

La part des dépenses sociales prioritaires dans les dépenses sociales totales est ainsi très médiocre : 30,5% en moyenne entre 1995 et 1998. Le niveau du ratio des dépenses sociales prioritaires est non seulement très faible par rapport à la norme minimale de 50% mais son évolution est marquée par un fléchissement qui se poursuit depuis 1996, passant de 33,1% à 27,9% en 1998. En conséquence, le ratio de dépense de développement humain est aujourd'hui à un niveau extrêmement bas : 2,0% en 1998 (Tableau2). Ce qui confirme le classement insuffisant du pays selon le niveau de développement humain.

Tableau n°12 : Tableau synoptique des dépenses nécessaires au calcul des ratios qui composent le ratio de dépenses de développement humain

En milliards de FCA	1995	1996	1997	1998	1995-98
PNB	2153,6	2390,2	2585,0	2832,1	2490,2
Dépenses publiques	425,7	432,3	457,9	513,7	457,4
Dépenses publiques sociales	141,6	172,3	175,5	206,1	173,9
Dépenses sociales prioritaires	44,9	57,0	53,0	57,4	53,1
Education de base	35,2	48,6	44,8	47,3	44,0
Santé de base	7,1	7,1	6,2	6,1	6,6
Eau potable et assainissement	2,6	1,4	1,9	4,0	2,5

Source : Rapport diagnostic EMAP

Le tableau n°12 montre que dans les dépenses sociales prioritaires, seul l'éducation de base occupe la plus grande portion ensuite vient la santé de base. Les dépenses en eau potable et en nutrition laissent à désirer. Ceci est confirmé par le Tableau n°13 bis ci-dessous.

Tableau n°13 : les parts des services sociaux de base dans les dépenses sociales prioritaires

	1995	1996	1997	1998	1995-98
Education de base/DSP	78.4%	85.3%	84.5%	81.9%	82.9%
Santé de base/DSP	15.8%	12.4%	11.7%	10.6%	12.43%
Eau potable et assainissement/DSP	5.79%	2.5%	3.6%	6.9%	4.7%

Source : Rapport diagnostic EMAP

Malgré les faibles pourcentages en eau potable et assainissement, une nette amélioration est observée depuis 1997.

Tableau n°14 : le ratio d'analyse des priorités du développement humain

	1995	1996	1997	1998	normes
Ratio de dépenses publiques	19,8%	18,1%	17,7%	18,1%	25,0%
Ratio de dépenses sociales	33,3%	39,8%	38,3%	40,1%	40,0%
Ratio de dépenses sociales prioritaires	31,7%	33,1%	30,2%	27,9%	50,0%
Ratio de dépenses de développement humain	2,1%	2,4%	2,0%	2,0%	5,0%
Niveau d'atteinte de l'objectif 20/20	10,6%	13,2%	11,6%	11,2%	20,0%
Ecart par rapport à l'objectif	9,4	6,8	8,4	8,8	
Implications financières	40,2	29,5	38,6	45,3	

Sources: calculs des auteurs du rapport EMAP

Compte tenu de la faiblesse du ratio des dépenses publiques déjà observée, il apparaît que l'insuffisance du niveau du ratio de dépenses de développement humain provient en grande partie de la faiblesse du niveau d'atteinte des objectifs de l'initiative 20/20 qui n'est que de 11,2% en 1998, soit un gap de près de 9 points de pourcentage par rapport à l'objectif de 20%. Il apparaît aussi, étant donné que l'objectif du ratio de dépenses sociales est réalisé, que l'atteinte des objectifs de l'initiative 20/20 nécessite une réallocation des dépenses sociales entre les différents secteurs sociaux et aux seins de ceux-ci afin de promouvoir les services sociaux de base que sont notamment la santé de base y compris les services de santé de la reproduction, l'éducation de base, les programmes de nutrition, l'approvisionnement en eau potable et l'assainissement.

6.2 Aide aux services sociaux de base

L'aide au développement reçue par le Sénégal est composée d'aide bilatérale et multilatérale.

Au niveau bilatéral, en 1997 l'aide reste dominée par le Koweït, la France le Japon et dans une moindre mesure la Belgique qui y ont fortement contribué : 66,4%, 36,6%, 25,2% et 11,6% respectivement. En revanche, l'aide bilatérale émanant de l'initiative individuelle de pays donateurs comme le Canada, l'Allemagne, l'Arabie Saoudite, les Etats Unis ainsi que les Pays Bas a enregistré une hausse dont la contribution négative à la baisse de l'aide bilatérale totale a été de 46,7%.

Pour l'aide multilatérale, elle reste dominée par le système des Nations Unis dont la part a sensiblement augmenté au cours de la période 1994-1997, passant ainsi de 56,0% à 67,8%. Au sein des autres institutions multilatérales d'aide qui apportent leur soutien au Sénégal, l'U.E. constitue le principal donateur très loin devant les banques régionales, la BAD et la BADEA. Par ailleurs, la composition sectorielle de l'aide a évolué vers une plus grande présence des secteurs sociaux. En effet, la part des services sociaux de base dans l'aide accordée à l'ensemble des secteurs est de 55,8% en 1997 contre une moyenne de 55,6% au cours de la période 1994-97 (tableau n°15).

Elle était de 51,6% en 1994 et avait atteint un maximum de 70,0% en 1995 avant de chuter à 46,6% en 1996. Si dans l'ensemble des secteurs sociaux on peut constater que l'aide va

prioritaire aux services sociaux de base, il n'en est pas toujours de même au niveau des différents secteurs de base. Ainsi au niveau d'éducation, seuls 31,9% en moyenne de l'aide affectée à ce secteur servent à financer l'éducation de base. En revanche au niveau de la santé, la quasi-totalité de l'aide (92,5% en moyenne) est allouée aux soins de santé de base.

Tableau n°15 : Aide aux services sociaux de base : montants (en milliards de FCFA) et valeurs relatives (%)

	1994	1995	1996	1997	1994-97
Services sociaux de base (SSB)	34	43	32	34	36
Services sociaux (SS)	66	61	69	60	64
Aide totale	362	271	269	215	279
SSB/SS	51,6%	70,0%	46,6%	55,8%	55,6%
SS/Aide totale	18,1%	22,7%	25,8%	28,0%	23,0%
SSB/Aide totale	9,3%	15,9%	12,0%	15,6%	12,8%

Sources: PNUD

Au total, la part de l'aide extérieure servant à financer les services sociaux de base a atteint son maximum en 1995 (Tableau n°15) avec 15,9%, soit un gap de 4,1% par rapport à l'objectif de 20%. Pourtant, l'aide au développement est un facteur essentiel pour améliorer l'accès aux services sociaux de base dans le cadre de l'initiative, comme ne cesse de le souligner l'UNICEF. En effet, l'aide au développement représente 8,1% du PIB en 1997. Son poids dans l'économie est donc plus important que celui des services sociaux qui n'est que de 6,6%. Un meilleur ciblage de ces fonds pourrait donc permettre d'augmenter les ressources réelles par habitant pouvant être consacrées aux SSB. Pour cela, il serait nécessaire d'orienter davantage l'aide vers des actions de santé publique et de services cliniques de base, d'éducation et de formation professionnelle et d'activités génératrices de revenus.

Conclusion

Nonobstant les améliorations remarquables qui ont été réalisées depuis plus d'une décennie grâce aux efforts déployés par les pouvoirs publics et l'appui des partenaires au développement, les développements précédents sur la situation du Sénégal en rapport avec les objectifs de l'initiative 20/20 montrent que celle-ci a été très peu présente, pour ne pas dire absente dans la définition et la mise en œuvre des activités de développement. L'enquête réalisée au cours de ces travaux révèle que les services gouvernementaux concernés mettent en œuvre le plus souvent une initiative 20/20 ignorante. Ainsi, le Sénégal consacre des ressources très en deçà du minimum requis en matière de dépenses sociales prioritaires pour au moins pouvoir envisager, sur une base saine, l'universalisation des services sociaux de base dans les dix prochaines années. En moyenne, sur la période 1995-98, 11,6% des dépenses publiques sont allouées aux services sociaux de base.

L'aide au développement qui constitue un élément important pour l'atteinte des objectifs de l'initiative 20/20 reste aussi insuffisante. Seuls 12,8% des concours des donateurs ont été perçus, en moyenne, par les services sociaux de base entre 1994 et 1997. La communauté internationale peut faire davantage pour l'initiative 20/20. Un accroissement plus substantiel de cette aide se justifie d'autant plus que la distance qui sépare de l'universalisation des services sociaux de base est énorme. L'aide extérieure aux travaux de recherche et

d'édition de manuels didactiques, à la construction d'infrastructures scolaires, sanitaires et distribution d'eau potable et d'assainissement, aux services de santé publique et dans l'augmentation des possibilités de revenus pourrait être d'un intérêt pour l'initiative 20/20.

Les dépenses publiques sociales de base vont prioritairement à l'éducation de base qui en absorbe ainsi, en moyenne, 82,9% contre 12,4% pour la santé de base, la portion congrue (4,7%) revenant aux services de base en matière d'eau potable et d'assainissement. Les dépenses d'éducation bénéficient, cependant, beaucoup plus aux riches et aux citadins. Les chances d'être scolarisé varient énormément suivant la zone de résidence et le milieu socio-économique, consacrant ainsi de graves inégalités sociales et régionales. Néanmoins, l'enseignement primaire semble nettement plus accessible que l'enseignement moyen et secondaire et apparaît donc comme le sous-secteur de l'éducation qui pourrait le mieux cibler les dépenses d'éducation.

Toutefois, un tel choix doit s'inscrire dans une politique plus vaste qui concerne tout le système éducatif. Et cela est aussi valable pour les autres secteurs sociaux. Les possibilités de réallocation intrasectorielle des ressources disponibles se révèlent limitées, autant dans l'éducation que dans la santé. D'autre part, les conditions de vie souvent difficiles des ménages font que les facteurs socio-économiques ont une influence négative sur l'utilisation efficace des services sociaux de base.

En fin de compte, pour donner à tous les Sénégalais, en particulier aux plus pauvres d'entre eux, la possibilité de vivre une vie plus productive, de vivre plus longtemps et en bonne santé, il faut augmenter le budget national et l'aide au développement affectés aux services sociaux de base et les dépenses de façon plus équitable et avec plus d'efficacité. Cependant, une bonne comptabilisation des dépenses publiques ainsi que celles financées par les donateurs reste une condition de base pour faire de l'initiative 20/20 une option stratégique de développement.

VII - LES PROGRAMMES EN COURS

La promotion du développement humain est devenue depuis 1994 la première priorité des pouvoirs publics. Ainsi, tous les programmes ont connu une vraie relance comme il apparaît ci-dessous.

7.1. La politique de santé

En 1995, l'Etat a initié une réforme en profondeur de la politique de santé. Cela s'est traduit par l'élaboration des Plans Régionaux et Départementaux de Développement de la Santé PRDS/PDDS, qui s'étaient fondée sur les objectifs généraux contenus dans la Déclaration de Politique Nationale de Santé à savoir : i) améliorer l'état de santé des populations ; ii) Améliorer les conditions socio-économiques des groupes vulnérables ; iii) réduire la prévalence des fléaux sociaux.

La politique de santé repose sur un système qui se présente sous une forme pyramidale à trois niveaux de la base au sommet. Les postes de santé dans les villages et communautés rurales ; les centres de santé urbains (niveau intermédiaire) dans les communes, et les hôpitaux de région et le CHU au niveau national. Cette architecture pyramidale de l'offre de services de soins se traduit par un système de référence qui va du poste de santé aux hôpitaux en passant par les centres de santé. L'hôpital régional offre les services et soins spécialisés. Tandis que le CHU, qui occupe le sommet de la pyramide constitue le dernier recours et sert aussi de cadre de recherche. Le système de référence- recours mis en place et une certaine complémentarité entre ces différents niveaux dans l'offre de soins.

L'élaboration d'un Plan de Développement Sanitaire et Social (PNDS) a permis de construire une vision prospective pour l'évolution du secteur de la santé et de l'action sociale sur la période 1998-2007.

Les principales orientations retenues par le PNDS portent sur : i) les réformes institutionnelles ; ii) l'amélioration de l'accès aux services ; iii) l'amélioration de la qualité des services ; iv) le développement des ressources humaines ; v) l'amélioration de la performance des programmes de santé de la reproduction ; vi) le renforcement de la surveillance épidémiologique et du contrôle des grandes endémies ; vii) la promotion des mesures d'hygiène de protection individuelle et collective ; viii) l'appui au secteur privé et à la médecine traditionnelle ; ix) le développement de la recherche opérationnelle en santé ; x) l'amélioration du cadre de vie des familles démunies et des groupes sociaux vulnérables ; xi) l'appui institutionnel.

Ces orientations sont traduites en actions à travers un Programme de Développement Intégré du Secteur de la Santé (PDIS) dont la mise œuvre permet d'atteindre les objectifs prioritaires du secteur pour les cinq prochaines années couvrant la période 1998-2002 à savoir i) réduire la mortalité maternelle et infanto-juvénile, ii) réduire l'indice synthétique de fécondité ; iii) améliorer le cadre de vie des familles démunies. Le PDIS fait aussi la synthèse des priorités des Plans de Développement Régionaux et de Districts (PRDS/PDDS). Les actions principales du Programme d'Investissement Sectoriel sont :

- les réformes institutionnelles concernent la réorganisation du Ministère, les sous-secteurs des hôpitaux, de la pharmacie et du médicament ;

- l'amélioration de l'accès aux services de santé par la construction et la rénovation de diverses infrastructures sanitaires pour compléter le dispositif existant et en veillant à réduire le déséquilibre entre le milieu urbain et le milieu rural ;
- l'amélioration de la qualité des services par un relèvement du plateau technique des infrastructures sanitaires ;
- le développement des ressources humaines ;
- l'amélioration de la performance des programmes de santé de la reproduction par la mise en place d'un cadre institutionnel approprié ;
- le renforcement de la surveillance épidémiologique et du contrôle des grandes endémies ;
- la promotion des mesures d'hygiène de protection individuelle et collective à travers l'IEC ;

la mise en place de structures communautaires de lutte contre la salubrité ;

l'appui au secteur privé et à la médecine traditionnelle ;

l'amélioration du cadre de vie des familles démunies et des groupes vulnérables.

Plusieurs programmes sont intégrés au PDIS. Il s'agit essentiellement de : Programme Elargi de Vaccination, MST/Sida, les Programmes de Lutte contre la tuberculose, le paludisme, la bilharziose, la mortalité maternelle, le ver de Guinée, le programme de la santé de la reproduction, le programme des Médicaments essentiels... La mise en œuvre du programme repose sur une approche fondée sur :

- la promotion de la participation des populations à l'effort de Santé à travers les comités de santé ;
- le renforcement de la décentralisation et de la déconcentration dans la planification des activités et la gestion des ressources ;
- la réorganisation du Ministère de la Santé ;
- le renforcement du partenariat avec les partenaires à savoir : les ONG, les partenaires au développement, les collectivités locales ;
- la mise en place de cadre de coordination, de concertation et de suivi.

Le coût global du PDIS est estimé à 229 milliards de F.CFA courants répartis comme suit : Investissements : 60 milliards soit 26,1 % ; Fonctionnement : 97,5 milliards soit 42,6 % ; Personnel : 71,5 milliards, soit 31,3 %.

L'effort attendu de l'État pour la prise en charge de ces dépenses est estimé à 123,5 milliards soit 53 % des dépenses du PDIS en tenant compte de l'engagement du

Gouvernement d'augmenter le budget de la Santé de 0,5% par pour atteindre la norme fixée par l'OMS de 9% du budget national. La contribution attendue des comités de santé est estimée à 11 % dont l'essentiel porte sur les dépenses de fonctionnement des infrastructures de base alors que les collectivités locales doivent participer à concurrence de 5 %. L'appui attendu des bailleurs de fonds est évalué à 67,8 milliards de F.CFA représentant 30 % du coût global du PDIS pour financer essentiellement l'investissement et les dépenses liées à la réforme du secteur.

Depuis sa mise en œuvre, la mobilisation des ressources se déroule de manière assez satisfaisante. Ainsi, à ce jour 126 milliards ont fait l'objet d'accords signés avec les différents bailleurs de fonds dont l'Union européenne, le Gouvernement Espagnol (appui aux projets d'établissements des hôpitaux Le Dantec, Fann et de Fatick), le fonds saoudien (projet d'établissement de Le Dantec), la Norvège (rénovation du centre de santé de Linguère).

Pour l'exercice 1998, 37, 2 milliards ont été injectés dans le secteur de la santé. Au 31 décembre 1999, 63 milliards ont été dépensés au profit du secteur de la santé par l'Etat (63,6 milliards), Comités de santé (8,6 milliards) ; Collectivités locales (2,6 milliards) ; Partenaires au développement (23,7 milliards).

Tableau n°16 : financement de la santé

	1998 (en milliards)	1999 (milliards)	2000	2001
Port des populations (Comités de santé et dotations)	5,8	8,6	ND	ND
Appuis des collectivités locales	1,8	2,6	ND	ND
Financement Etat	20,6	28,7	ND	ND
Partenaires au développement	9,0	23,7	ND	ND

Source : Rapport diagnostic EMAP

Tableau n° 17 : Evolution budget de la santé

	1997	1998	1999	2000	2001
Fonctionnement	19879	20321	23213	25930	ND
BCI	1006	3480	4069	ND	ND
Budget global	20885	23803	27282	ND	ND

Source : Dage MSP

La mise en œuvre de l'approche programme permet une plus grande rationalisation dans la mobilisation et l'utilisation des ressources affectées au programme de santé. L'existence de manuel de procédures comptables et de gestion, le renforcement du rôle de la Dage dans la gestion des fonds, la décentralisation de la gestion au niveau régional avec la création de caisses ont été des avancées significatives, le développement de la contractualisation avec les ONG et l'AGETIP ont constitué des avancées significatives dans la mise en œuvre. Néanmoins, dans le cadre de l'exécution du budget, il convient, malgré les efforts des différents acteurs de relever la faible participation des collectivités, le retard dans la mise en place des fonds de dotations, la lourdeur des procédures de certains partenaires au développement et la non maîtrise par tous des procédures de gestion et de mobilisation des ressources.

7.2. La politique du secteur de l'eau potable et l'assainissement

La politique du secteur de l'hydraulique urbaine et de l'assainissement, adoptée en 1995 avait pour objectif principal, l'amélioration de la qualité de l'approvisionnement en eau des centres urbains, plus particulièrement de l'agglomération dakaroise. Dans ce cadre, il a été défini une stratégie sectorielle sur deux axes principaux :

- une réforme institutionnelle visant la viabilité financière du secteur et l'implication du secteur privé dans la gestion de l'eau ;
- la mise en œuvre d'un important programme d'investissements à travers le Projet Sectoriel Eau (PSE) en vue de limiter le déficit de la production d'eau potable et d'améliorer le service rendu aux usagers.

Le PSE vise notamment les objectifs suivants :

Si l'incidence du PSE peut être jugée très satisfaisante sur le secteur lui-même, notamment à travers les objectifs spécifiques du programme, le secteur continuera cependant à moyen et long termes, d'être confronté à certaines contraintes. Pour faire face à cette situation, les pouvoirs publics ont approfondi les réformes et adopté un programme d'approvisionnement en Eau Potable à long terme de Dakar. Les réformes entreprises dans ce cadre ont permis de renforcer les capacités institutionnelles du Ministère de l'hydraulique, de la SONES et de l'ONAS en matière de gestion et de planification du secteur de l'eau et de l'assainissement après la réforme institutionnelle de 1996.

La mise en œuvre de cette stratégie s'est traduite par les résultats suivants :

- démarrage effectif des travaux du projet sectoriel eau qui ont permis de mobiliser en 1999 une production supplémentaire de 60 000 m³/j au profit de la région de Dakar ;
- mise en œuvre des mesures d'accompagnement liées à une meilleure gestion des ressources en eau et le renforcement des capacités de gestion et de planification du secteur par l'ONAS et la SONES & GPRE
- augmentation régulière de l'ordre de 3 % des tarifs de l'eau depuis juillet 1995 dans le cadre de la recherche de l'objectif d'équilibre financier du sous-secteur de l'hydraulique urbaine (eau potable) en 2003 ;
- paiement régulier des factures d'eau de l'Administration dans le délai de 4 mois et démarrage d'une étude diagnostic visant la réduction des consommations d'eau des administrations conformément au plan d'actions retenu à cet effet ;
- mise en œuvre effective d'une politique de réduction de l'usage d'eau potable pour l'irrigation qui s'est traduite par une diminution de 50 % des consommations passant de 24 000 m³/j en 1995 (avant la réforme) à 10 500 m³/j en 1998. L'objectif fixé de 14 000 m³/j en 1999 a été ainsi anticipé grâce aux actions menées par la Sénégalaise Des Eaux (lutte contre les fraudes, facturation mensuelle etc...) et à la décision de l'Etat de déclasser les forages de Beer Thialane au profit des maraîchers.

*11a dans 51
norme SDE*

renforcer

objectif défini

5

Cependant, en dépit des bons résultats obtenus par cette réforme et des investissements consentis dans le Projet Sectoriel Eau, le secteur continuera à moyen et à long terme d'être confronté aux contraintes suivantes :

- déficit persistant de l'Approvisionnement en Eau Potable de Dakar dont le niveau atteindra 30 000 m³/j dès 2001 en saison de pointe ;
- niveaux moyens de services d'assainissement médiocres surtout dans les zones péri-urbaines de la région de Dakar avec les risques subséquents sur l'environnement et la santé des populations ;
- viabilité financière de l'ONAS dont les ressources tirées de la redevance assainissement ne lui permettent pas de faire face à ses coûts d'opérations et encore moins d'assurer le renouvellement des infrastructures ;
- tension persistante sur la ressource en eau principale sur laquelle la ville de Dakar devra compter à l'avenir (Lac de Guiers) compte tenu des usages multiples possibles et des risques environnementaux pesant sur la ressource (pollution, dégradation des digues de protection etc...).

absence de ressources alternatives (eau brute du Lac de Guiers et/ou eaux usées traitées) à l'eau potable utilisée pour l'irrigation avec pour conséquence la poursuite de la délivrance de quantités d'eau potable pour les maraîchers de la région de Dakar à un tarif préférentiel ;

risques environnementaux liés à la poursuite de la surexploitation des nappes du Cap Vert.

Le coût du PSE estimé à 290,1 millions de dollar devait se réaliser en trois phases de 1996 à 2000. Son financement est assuré par les bailleurs de fonds suivants : IDA, CFD, BEI, BOAD, NDF, BADEA. La répartition du financement des différentes composantes et la suivante :

Volet production d'eau potable	: 65%
Volet distribution d'eau potable	: 15%
Volet assainissement urbain	: 13%
Volet gestion des ressources en eau, renforcement institutionnel	: 7%

Pour le milieu rural l'Etat va continuer de réaliser des forages dans le cadre des programmes: ~~CEAO II et Programme de Consolidation Hydraulique (PGH)~~. A cela il faudra ajouter trois études de faisabilité de projets qui sont :

- l'alimentation en eau potable de l'axe Gorom-Lampsar qui concerne 52 localités dans le département de Dagana ;
- l'alimentation en eau potable de l'axe N'Diosmone-Palmarin qui concerne 71 villages dans les départements de M'Bour et de Fatick ;
- le programme d'extensions et d'interconnexions de réseaux d'adduction d'eau à travers tous les forages ruraux .

La gestion des points d'eau en milieu rural est confiée aux comités de gestion des forages qui prennent en charge l'ensemble des coûts d'exploitation et 40 % des coûts de maintenance. Près de 120 points d'eau ont plus de 30 ans d'âge et nécessitent de la maintenance ou une réhabilitation. Les comités de gestion ont donné une certaine satisfaction mais les performances escomptées ne sont pas atteintes afin de garantir une pérennisation des installations mises à leur disposition. Le Gouvernement a défini une nouvelle politique de gestion des forages ruraux motorisés en février 1999 dont les grands axes sont :

- le désengagement progressif de l'Etat dans les activités d'exploitation et de maintenance des forages dotés d'équipements de pompage motorisés ;
- la remise à niveau de certaines installations et infrastructures hydrauliques
- la responsabilisation des usagers notamment les femmes dans les organes de décision
- la promotion du secteur privé dans les activités d'exploitation et de maintenance ;
- l'implication du secteur bancaire, surtout de la micro-finance dans le préfinancement d'activités des associations d'usagers ;
- la définition d'un cadre logique d'intervention qui servira de référence aux différents intervenants.

A cet effet, un projet test est mis en œuvre pour appliquer la réforme depuis 1998. Il concerne quatre régions (Thiès, Diourbel, Kaolack et Fatick) et sera étendu aux autres régions dans une deuxième phase. Le coût de l'investissement des points d'eau réalisés de 1993 à 1999 s'élève à 66 milliards de fcfa dont 29 milliards de fcfa de prêt, 31 milliards de fcfa de subvention et 6 milliards de fcfa de fonds propres (contre-partie).

Vu l'importance des populations qui n'ont pas toujours accès à l'eau pour leurs activités domestique et agricole, l'Etat continue de rechercher des financements pour les infrastructures coûteuses (forages motorisés, gros ouvrages de maîtrise de l'eau).

Pour le long Terme, le Gouvernement mettra en œuvre le Projet Sectoriel Eau à Long Terme à côté de divers programmes de développement et des mesures d'accompagnement nécessaires comme le projet d'alimentation en eau potable de 11 villes régionales. Le Projet Sectoriel Eau à Long Terme vise les objectifs suivants, dans la période 2000 à 2006 :

Satisfaire les besoins en eau de la ville de Dakar pour les dix prochaines années ;

Améliorer les conditions sanitaires des populations urbaines et périurbaines, en particulier celles vivant dans les zones non assainies ;

Assurer la protection des ressources en eau ;

Favoriser l'accès à des services satisfaisants d'eau potable et d'assainissement aux populations des zones urbaines, périurbaines et des gros centres de l'intérieur par le

renforcement des capacités des petites entreprises privées et communautaires à délivrer ces services ;

Renforcer les capacités de gestion, de planification, de programmation et de suivi des programmes d'eau et d'assainissement par les organismes publics.

*à effectuer
montré là*

Pour satisfaire la demande en eau de la région de Dakar sur la période allant de 2000 à 2011, le Gouvernement du Sénégal a retenu l'option de prolongement de la conduite (du Projet Sectoriel Eau entre Guéoul et Keur Momar Sarr (70 kms) et la construction d'une station de traitement de 135 000 m³/j, en deux phases, à Keur Momar Sarr. La station de traitement aura une capacité initiale de 65.000 m³/j, en 2003 et est prévue de monter à 135.000 m³/j entre 2006 et 2007. Elle sera construite et financée par le secteur privé sous forme de DBF (Design, Build, Finance) et sera mise à disposition de la SDE, pour exploitation, dans le cadre du contrat d'affermage en cours.

Les objectifs assignés à l'assainissement concernent trois aspects importants pour l'amélioration de la qualité de l'environnement et la santé des populations urbaines et rurales :

l'augmentation de la desserte des populations en ouvrages d'assainissement collectif et autonome ;

- prise en charge correcte des rejets d'eaux usées produits actuellement et suite à la mise en œuvre du volet production d'eau potable ;
- la protection de l'environnement urbain par le traitement des eaux résiduaires et des matières de vidange et à long terme par l'épuration avant rejet vers la mer des eaux vannes et ménagères.

Les actions prévues portent sur :

- un programme de développement de l'assainissement autonome pour une population de 400.000 habitants dans la zone de Pikine ;
- l'installation de points de collecte et de traitement de matières de vidange des fosses septiques et l'aménagement des stations d'épuration décentralisées dans les zones ciblées de la capitale ;
- la mise en cohérence et la validation du réseau d'assainissement de la ville de Rufisque à partir de l'expérience du projet ENDA du système à petit diamètre avec lagunage à macrophytes installé dans les quartiers Diokoul et Castors de Rufisque ;
- le programme de réalisation de 16.000 branchements sociaux sur le réseau collectif d'assainissement pour desservir 160.000 habitants ;
- la restructuration et la réhabilitation du réseau d'assainissement collectif de Dakar, notamment celui des Parcelles Assainies desservant 22 unités de voisinage qui concerne une population de près de 160.000 habitants ;

- l'inventaire et la mise à jour des plans de recollement du réseau d'assainissement de Dakar (eaux usées et eaux pluviales) ;
- le renouvellement du réseau pour 270 km avec une première tranche de 27 km visant l'augmentation des capacités d'autocurage des collecteurs, l'amélioration de la qualité du service et l'amélioration des conditions d'exploitation des installations ;
- la restructuration du réseau de la Corniche Ouest de Dakar ;
- le drainage des eaux pluviales de la zone du Triangle sud de Dakar.

7.3. La politique en matière d'éducation

La politique du gouvernement en matière d'éducation et de formation s'inscrit dans le cadre des conclusions des Etats Généraux de l'Education et de la Formation (EGEF), des recommandations de la Commission Nationale de Réforme de l'Éducation et de la formation (CNREF), et de la Loi d'Orientation du 16 février 1991. La politique en matière d'éducation vise le développement des capacités individuelles et collectives, grâce à un enseignement adapté et des apprentissages mieux articulés aux besoins économiques, sociaux et culturels des populations. Elle doit à cet effet, jouer un rôle moteur dans les dynamiques de changement.

Dans le cadre de l'Initiative spéciale pour l'Afrique, le Sénégal a élaboré une politique nationale et un Programme Décennal de l'Education et de la Formation (PDEF 2001-2010) en vue de la scolarisation totale. Ce programme vise des objectifs relatifs à : l'élargissement de l'accès au système éducatif et à l'amélioration de la qualité des enseignements et la pertinence des apprentissages et de gestion du système éducation. Les orientations politiques en matière d'éducation et de formation ont été déclinées en un certain nombre d'objectifs et de priorités à moyen et long terme relativement à chaque sous secteur et mises en œuvre à travers divers projets et programmes, notamment le PDRH, Le PAES (supérieur), le PAPF, le PAPA, (l'alphabétisation).

Le développement de l'enseignement élémentaire a toujours constitué une priorité nationale. Déjà dans le cadre du PDRH II, l'accent a été mis sur un accroissement de l'effectif de la population scolarisée afin d'atteindre un taux de scolarisation de 65% en 1998.

Les efforts ont aussi porté sur une réduction des inégalités entre zones rurale et urbaine, la maîtrise des coûts de l'enseignement, le relèvement de l'inscription des filles, et l'amélioration de la qualité et de l'efficacité internes du système, sur l'extension des classes à double flux et à flux multigrade, et la diversification des sources de financement. Une attention sera portée sur le renforcement des capacités de planification et de gestion du secteur au profit des inspections académiques, et l'amélioration de l'efficacité des fonctions de planification et de gestion des départements ministériels concernés.

Dans le sous secteur de l'alphabétisation, l'objectif poursuivi est de réduire le taux d'analphabétisme de 5% par an afin de le ramener à 36% en l'an 2004. Dans cette perspective un Plan d'Actions a été élaboré et poursuit les objectifs ci dessous :

- réduire sensiblement l'analphabétisme parmi les populations féminines notamment dans la tranche d'âge 9 à 55 ; baisse de 5 % par an du taux d'analphabétisme (soit 120 000 auditeurs par an) et correction des disparités entre régions sexes et âge ;
- améliorer l'efficacité des programmes d'alphabétisation par ;
 - (i) l'établissement de centre de ressources ;
 - (ii) un meilleur suivi des programmes.
- assurer la pérennisation des acquis des néoalphabètes à travers :
 - (i) le financement des programmes de post alphabétisation ;
 - (ii) la promotion d'un environnement lettré en langues nationales afin d'améliorer le rendement des programmes d'alphabétisation ;
- améliorer la coordination, le suivi et la supervision de l'alphabétisation au niveau national avec :
 - (i) le renforcement des capacités du Ministère chargé de l'alphabétisation ;
 - (ii) la mise en place d'un système de concertation entre le Ministère chargé de l'alphabétisation, les opérateurs et les bailleurs.

La stratégie mise en œuvre par le gouvernement pour atteindre les objectifs fixés dans le Plan d'Actions en matière d'éducation non formelle se fonde sur le « faire faire ». Ainsi l'exécution des actions de terrains revient aux organisations de la société civile (association, GIE, ONG...) et l'orientation, la coordination, l'impulsion, la recherche et la mise à disposition des financements à l'Etat.

La politique éducative du Sénégal pour les dix prochaines années sera donc mise en œuvre à travers le Programme Décennal de l'Education et de la Formation (PDEF). Fruit d'une réflexion partagée entre tous les acteurs du système, le programme définit une vision à long terme sur les objectifs de développement du secteur et repose à la fois sur une approche globale de l'éducation et sur une articulation entre les différents niveaux et filières afin de garantir une maîtrise des flux.

Il vise une :

- (i) une généralisation de la scolarisation et l'éradication de l'analphabétisme ;
- (ii) une plus grande ouverture de l'enseignement secondaire dans un environnement pédagogique amélioré ;
- (iii) une réforme en profondeur de la formation professionnelle dans le sens d'en renforcer la pertinence et la qualité ;
- (iv) la poursuite de la réforme de l'enseignement supérieur pour en améliorer la qualité et faciliter l'accès aux nouvelles technologies de l'information et de la communication ;
- (v) une amélioration de l'efficacité du cadre et des instruments de gestion du système éducatif.

La priorité sera accordée à l'enseignement élémentaire et à l'enseignement technique et à la formation professionnelle. L'un des objectifs principaux du programme est d'atteindre la scolarisation universelle en 2010 et d'atteindre des objectifs intermédiaires de scolarisation

de 70 % en 2000 et 75 % en 2001. Un accent particulier sera mis sur la scolarisation des filles. En outre, les taux de passage de l'enseignement élémentaire à l'enseignement moyen et du moyen au secondaire devront, à terme, être portés respectivement à 50% et 60%.

Le programme couvre une durée de dix (10) ans répartie en trois phases : première phase : 3 ans, deuxième phase : 4 ans, troisième phase : 3 ans.

Le financement du PDEF va s'appuyer sur un accroissement de l'effort interne. Le coût global du programme est estimé à 420 milliards de francs cfa et sera pris en charge par l'Etat, les populations, les collectivités locales et les partenaires au Développement (IDA, Banque Africaine de Développement, l'ACDI, l'Agence Française de Développement, les fonds de l'OPEP, le Fonds Nordique de Développement). Il s'agira à terme d'arriver à une part des dépenses par rapport au PIB de 4,6 % contre 3,6 % en 1998. Les performances attendues ne seront obtenues que la mesure ou le schéma de financement soit respecté. Cela suppose que : 33 % des ressources budgétaires seront affectées par l'Etat à l'éducation ; une réallocation interne se fera au profit de l'éducation de base ; les collectivités locales accroîtront leurs efforts en faveur de l'éducation ; les partenaires au développement participeront au financement du programme. Il faut souligner que la Banque mondiale a déjà accordé un crédit de 31 milliards au titre du financement de la première phase de 3 ans du Programme.

7.4. La politique en matière de nutrition

L'objectif général de cette politique est de contribuer à l'amélioration de l'état nutritionnel des groupes vulnérables, notamment les enfants, les femmes en âge de reproduction et les personnes âgées. Il s'agira spécifiquement pour les enfants de réduire entre autre dans les 10 prochaines années, l'insuffisance pondérale de 45 %. L'Etat s'engage ainsi à faciliter les conditions d'accès des sénégalais à une alimentation suffisante, saine et équilibrée mais également à prévenir et à prendre en charge toutes formes de nuisances induites par l'alimentation. Des programmes d'actions et stratégies cohérentes seront élaborés afin d'inverser les tendances actuelles et permettre aux populations de mener une vie saine et active. La politique en matière de nutrition sera structurée autour d'axes stratégiques qui aideront à mener des actions efficaces en s'attaquant :

aux causes immédiates liées non seulement aux niveaux et adéquations des apports alimentaires mais également à l'état sanitaire des groupes vulnérables,

aux causes sous-jacentes liées à l'insécurité alimentaire des ménages, le niveau d'assainissement du cadre de vie, le niveau de fonctionnalité des structures sanitaires,

aux causes fondamentales liées non seulement au niveau de développement socio-économique du Sénégal mais également étroitement aux aspects institutionnels.

insérer le PNC avec le pb de rupture

Passer de l'absence de la nutrition

VIII - LE PLAN D'ACTIONS OPERATIONNEL

8.1. Rappel des objectifs et stratégies pour chaque sous secteur considéré :

• Objectifs spécifiques formulés

Le plan d'action se fixe comme ambition d'ici à l'an 2010 d'appuyer les politiques sectorielles à travers les objectifs spécifiques (cf. matrices de mesures) du Document de Stratégie Intérimaire à savoir :

9. *à revoir* *R* - la réduction des taux de mortalité infantile et infanto-juvénile de moitié par rapport aux taux enregistrés (respectivement 68 et 139 pour 1000) pour atteindre respectivement 48 et 98 pour mille en 2008 ;

9. *à revoir* *()* - la réduction du taux de mortalité maternelle pour passer de 510 décès pour 100.000 naissances ; *à 380 - 2002. (320 = 2008)*

à revoir - assurer à tous l'alimentation en eau potable en partant d'un taux de 90 % en milieu urbain et d'un taux de 43% en milieu rural ainsi qu'à des systèmes d'assainissement urbains en partant d'un taux de 37% ; *pour tous*

réduire la malnutrition grave ou modérée dont sont victimes les enfants de moins de 5ans en réduisant à 5% le taux de retard de croissance et le niveau de l'insuffisance pondérale à 5% ;

- assurer la sécurité alimentaire des populations ;

- permettre l'accès pour tous à l'éducation de base 2010

- intégrer dans les activités, la réduction des disparités de genre en donnant l'égalité de chance entre filles et garçons (indice de parité pour le taux de scolarisation primaire doit passer de 0,79 à 0,97% en 2008) ;

- réduire le taux d'analphabétisme chez les adultes en le faisant passer 48,6% à 29,4% en 2008.

~~Abdoulatif~~

- Objectifs quantifiés en matière de population : données et indicateurs démographiques et sociaux

Tableau n°18 : Objectifs quantifiés en matière de population

Indicateurs	1988	2000	2005	2010	2015
I. Données et indicateurs démographiques généraux					
Démographique					
Population totale	6.896.811	9.861.292	11.197.100	12.822.400	14.563.900
Population (-15ans)	3.267.656	4.312.974	4.787.800	5.344.000	5.8693.00
Population de 18 ans et plus ¹	3.187.044	4.691.402	5.626.618	6.618.255	7.715.283
Population féminine 15-49	2.960.325	4.562.373	5.395.000	6.259.100	7.205.600
Population (60 et plus)	344.572	440.115	489.595	559.406	679.248
TAN	2.9	2.7	2.7	2.58	2.4
TBN	47.6	39	37.6	35.3	32.5
a	6.6	5.1	4.8	4.4	4.1
nté	17	11.8	10.6	9.5	8.5
a énormément	4.8	8.1	16.4	19.8	23.2
II. Données et indicateurs de répartition					
Population urbaine	2.653.942	4.124.231	4.880.888	5.821.587	6.897.141
Population rurale	4.242.869	5.557.063	6.229.716	6.875.441	7.495.892
Taux d'urbanisation	39	42.6	43.9	45.8	47.9
III. Données et indicateurs sociaux					
Santé					
Espérance de vie Hommes	50.3	55	58	60	62
Espérance de vie femmes	52.3	57	60	62	64
Espérance de vie Totale	51	56	59	61	63
Population (moins de 1an)	279.015	354.139	392.400	420.000	441000
Population (moins de 5ans)	1.565.813	1.895.152	1.831.900	2.010.800	2145200
Education					
Population (3-6 ans) ²	991.972	1.175.970	1.352.400	1.516.800	1647500
Population de 7ans ³	228.096	276.109	314.000	355.700	392700
Population (7-12 ans) ⁴	1.159.930	1.590.283	1.764.300	1.997.300	2237500
Population (13-16 ans) ⁵	601.689	987.218	1.052.300	1.160.800	1318500
Population (17-19 ans) ⁶	412.560	673.051	744.500	799.400	895600
Population (20-27ans) ⁷	892.011	132.8211	1.685.549	1.931.084	2085515
Emploi					
Population (15-64 ans)	3.393.023	5.127.300	6.080.200	7.109.800	8266700

Source : Groupe de travail ad-hoc DPS- DPRH – DAT – SNSR
Projections POLICY Project, Spectrum : Demrpoj & Famplan

¹ Population en âge de voter

² Population d'âge préscolaire

³ Population en âge d'entrée à l'école élémentaire

⁴ Population scolarisable

⁵ Population en âge d'être au collège

⁶ Population en âge d'être au lycée

⁷ Population en âge d'être à l'enseignement supérieur

L'analyse du tableau précédent laisse apparaître une forte augmentation prévisible de la demande sociale, notamment dans les domaines :

- de la santé ;
- de l'éducation ;
- et de l'emploi.

En effet, en matière de santé, la population de moins de 1 an aura progressé de 63,26% dans la période 1988 - 2015 et celle de moins de 5 ans quant à elle devrait progresser de 72,9% dans le même intervalle de temps. Cette évolution de la population nécessitera une augmentation des ressources budgétaires pour assurer la couverture des besoins en matière de santé surtout de la population infanto-juvénile.

S'agissant de l'Education, l'augmentation des différentes catégories de populations concernées posera dans le temps le problème de la construction d'infrastructures scolaires, leur équipement (tables – banc, matériel pédagogique...) ainsi que le besoin de formation en personnel.

Pour ce qui est de l'emploi, la population active devrait subir une évolution de 41,04% entre 1988 et 2015 ce qui aura pour conséquence une augmentation du nombre de demandeurs d'emploi sur le marché du travail.

Au terme de l'analyse des facteurs quantitatifs, il apparaît que le Sénégal connaîtra encore une croissance démographique rapide et élevée, qui risque d'accentuer la demande sociale .

8.2 Projections pour la réalisation des objectifs de l'initiative 20/20

• Objectif

L'objectif visé ici est d'établir une série statistique suffisamment longue afin de disposer d'un modèle pertinent explicatif du lien entre le niveau d'atteinte de l'initiative 20/20 (NAO 20/20) et la période correspondante.

Il s'agit en fait d'estimer le niveau d'atteinte (NAO 20/20) non en fonction du temps, mais plutôt en fonction du logarithme du temps qui est une fonction croissante positive dont la croissance est moins forte (optimisme plus nuancé) que celle de la fonction identifiée, mais qui fournit un coefficient de corrélation plus élevé.

• Présentation des données utilisés

Les données considérés se répartissent en trois (3) catégories :

- Celles de la période 1995 – 1999 : ce sont celles issues des calculs de l'étude réalisées par le Cabinet EMAP. Elles ont été reprises telles quelles.

Celles de la période 2000 – 2001 : elles sont obtenues à partir d'extrapolations et des hypothèses de politiques économiques caractéristiques des secteurs concernés.

Celles de la période 1992 – 1995 : bien que non concernées par le rapport EMAP, elles sont mentionnées. C'est ainsi que pour les dépenses concernant l'éducation de base, elles ont connu une augmentation de 8,5% en moyenne l'an ; pour les dépenses concernant la santé de base, elles ont connus une baisse de 5,4% en moyenne l'an.

- Pour l'eau potable et l'assainissement, les estimations ont été faites en prenant en compte leur place dans le PNB (constatée sur la période 1995 – 1999).
- Celles de la période 1988 – 1992 : elles ont aussi été obtenues par estimation avec certaines considérations à la base :
 - ✓ L'efficacité et la qualité des services de santé publique se sont nettement détériorées durant cette période ;
 - ✓ Le secteur de l'éducation se trouvait sans exception dans un état de crise qui se manifestait de multiples façons (taux de scolarisation primaire qui stagne autour de 57%, classes à double flux, redéploiement dans les salles de classe de quelques 1250 enseignants qui se consacraient auparavant à des tâches administratives, ect..)

Ainsi donc, les données du tableau qui suit ont été déterminées sur un horizon de 14 ans.

Tableau n°19 : Synoptique des dépenses nécessaires au calcul des ratios composant celui des dépenses de développement humain

En milliards de FCFA	1888	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
PNB	1518,6	1418,3	1502,6	1634,8	1757,4	1879,2	2036,3	2153,6	2390,2	2585,0	2832,1	3166,6	3357,3	3558,7
Dépenses publiques	316,3	280,3	271,8	289,6	318,8	344,1	424,8	425,7	432,3	457,9	513,7	579,9	654,7	582,8
Dépenses publiques sociales	99,8	102,2	91,4	118,9	107,1	114,5	169,3	141,6	172,3	175,5	206,1	192,9	250,9	232,3
Dépenses sociales prioritaires	31,6	33,8	27,6	33,1	35,4	34,6	47,2	44,9	57,0	53,0	57,4	63,8	75,8	64,7
Education de base	25,7	26,7	17,5	29,6	27,6	29,9	32,4	35,2	48,6	44,8	47,3	54,4	64,1	53,3
Santé de base	5,0	4,0	5,1	6,8	6,1	6,4	6,7	7,1	7,1	6,2	6,1	6,8	7,5	6,9
Eau potable et assainissement	0,9	3,1	5,0	3,3	1,7	1,7	8,1	2,6	1,4	1,9	4,0	2,6	4,2	4,5

Source :

- WW. IMF ORG / Country Information / Sénégal : statistical appendix
- Les comptes économiques du Sénégal – DPS – MEFP – TOF de l'Etat
- Calculs des auteurs du Cabinet ICC

Sur la base du tableau synoptique qui précède les ratios d'analyse des priorités du développement humain ont été déterminés.

Tableau n°20 : Ratios d'analyse des priorités du développement humain (données en %)

	1888	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Ratios de dépenses publiques	20,8	19,8	18,1	17,7	18,1	18,3	20,9	19,8	18,1	17,7	18,1	18,3	19,5	16,4
Ratios de dépenses sociales	31,6	36,5	33,6	41,1	33,6	33,3	39,9	33,3	39,8	38,3	40,1	33,3	38,3	39,9
Ratios de dépenses sociales prioritaires	31,7	33,1	30,2	27,8	33,1	30,2	27,9	31,7	33,1	30,2	27,9	33,1	30,2	27,9
Ratios de dépenses de développement humain	20,8	23,9	18,4	20,2	20,1	18,4	21,0	2,1	2,4	2,0	2,0	20,2	22,6	18,3
Niveau d'atteinte de l'objectif 20/20	10,0	12,1	10,1	11,4	11,1	10,1	11,1	10,6	13,2	11,6	11,2	11,0	11,6	11,1
Ecart par rapport à l'objectif	10	7,9	9,9	8,6	8,9	9,9	8,9	9,4	6,8	8,4	8,8	9,0	8,4	8,9

Source Calcul des auteurs du Cabinet ICC

Le tableau n°20 des ratios d'analyse des priorités du développement humain révèle que le niveau d'atteinte de l'objectif 20/20 n'a pas varié entre 1998 et 2001. En effet, l'étude du Cabinet EMAP en référence à l'année 1998 avait déterminé le niveau d'atteinte à 11,2 ce qui est sensiblement égal au 11,1 de performance atteint en 2001. En conséquence l'écart par rapport à l'objectif n'a également pas varié, en ce sens qu'il se situe à 8,9 en 2001 par rapport aux 8,8 réalisés en 1998. Par rapport à ce constat des projections pour la réalisation des objectifs de l'initiative 20/20 ont été faites.

• **Projections pour la réalisation des objectifs de l'initiative 20/20**

La démarche suivante a été adoptée pour déterminer le niveau d'atteinte des objectifs de l'initiative 20/20.

D'abord, par une représentation de la fonction d'atteinte de l'objectif 20/20 = f (logt) où t = temps = 1988, 1989 2001, un nuage de points a été déterminé dans le plan.

Ensuite, par la méthode des moindres carrés ordinaires (m.c.o.) ce nuage a été ramené à une droite linéaire permettant de justifier la fonction entre le niveau atteint et les années sous la forme de :

$$Y = 20,92 \log t - 57,83$$

La projection de cette courbe avec la droite $y = 20\%$ a permis de déterminer l'année où le niveau atteint se situerait à 20% pour les dépenses alloués aux SSB.

Ce point se situe à l'année 2013 ou plus précisément le 13 avril 2013. 

De toute évidence, la réalisation de cette performance à l'horizon défini est liée aux efforts à accomplir dans les quatre secteurs concernés :

- la Santé ;
- l'Education ;
- l'Eau Potable et l'Assainissement ;
- la Nutrition et l'Alimentation.

Ainsi, les actions déjà en cours ou prévues par les programmes sectoriels déjà existants dans les quatre secteurs (PDIS, PDEF etc) seront renforcées par des mesures complémentaires bien ciblées. Ces différentes mesures ont été identifiées et données en détails dans les tableaux qui présentent l'ensemble des éléments constitutifs du plan d'action (cf pages 67 et suivantes du présent rapport). L'analyse détaillée qui suit en restitue l'essentiel.

8.3 ANALYSE DETAILLÉE DES ACTIONS

Cette analyse détaillée met en évidence l'ensemble des actions à mener en relation avec les objectifs majeurs et spécifiques des secteurs considérés dans le plan d'actions.

A cet effet, pour les objectifs majeurs de chaque secteur, des actions en corrélation avec les objectifs spécifiques ont été identifiées. Il importe de souligner qu'un effort a été fait pour que la cohérence d'ensemble soit assurée dans les quatre secteurs à savoir :

- Le secteur de la santé ;
- Le secteur de l'eau potable et de l'assainissement ;
- Le secteur de l'éducation et ;
- le secteur de la nutrition et de l'alimentation.

Par ailleurs, les objectifs (majeurs et spécifiques) identifiés ci-dessus sont en parfaite adéquation avec les différentes stratégies dégagées dans la partie diagnostic et qui se résume comme suit :

Stratégie

- Amélioration de l'accès aux services ;
- Amélioration de la qualité des services ;
- Développement des ressources humaines ;
- Amélioration de la performance des programmes de santé de la reproduction ;
- Renforcement de la surveillance épidémiologique et de contrôle des grandes endémies ;
- La promotion des mesures d'hygiène de protection individuelle et collective ;
- L'appui au secteur privé et à la médecine traditionnelle ;
- Le développement de la recherche opérationnelle en santé ;
- Amélioration du cadre de vie des familles démunies et des groupes sociaux vulnérables ;
- Appui institutionnel.

✓ Eau potable et assainissement

- améliorer la gestion du secteur de l'eau en particulier le recouvrement des coûts et réduire sa dépendance vis - à - vis du budget de l'Etat afin d'assurer sa viabilité financière ;
- réduire le déficit de l'alimentation en eau potable de la région de Dakar et améliorer l'accès à l'eau potable et à l'assainissement dans les zones défavorisées des centres urbains ;
- assurer une meilleure adéquation entre besoins et ressources en eau et définir une stratégie globale et cohérente de gestion de ces ressources ;
- renforcer le sous-secteur de l'assainissement urbain en vue de combler son retard par rapport au sous-secteur de l'hydraulique urbaine.

Education

Elargissement de l'accès au système éducatif ;

mélioration de la qualité des enseignements ;

mélioration de la pertinence des apprentissages ;

- Amélioration de la gestion du système éducatif ;
- Réduction du taux d'analphabétisme.

✓ Nutrition et Alimentation

- Amélioration de l'état nutritionnel des groupes vulnérables (enfants, femmes) en âge de reproduction et personnes âgées ;
- Réduction de l'insuffisance pondérale ; de 45% dans les 10 prochaines années ;
- Facilitation des conditions d'accès des sénégalais à une alimentation suffisante saine et équilibrée ;
- Prévention et prise en charge de toutes formes de nuisances induites par l'alimentation.

Les activités retenues dans le Plan d'Actions de l'Initiative 20/20 correspondent pour l'essentiel aux axes prioritaires de la politique actuelle des pouvoirs publics en matière de lutte contre la pauvreté. C'est ainsi qu'un accent particulier a été mis sur :

- La réalisation d'infrastructures de base dans les domaines concernés pour réduire les disparités constatées dans la partie diagnostic ;

- La formation et la sensibilisation en vue d'améliorer les capacités afin de favoriser une plus grande implication des acteurs dans le développement ;
- La promotion d'activités génératrices d'emplois et de revenus ;
- L'équipement des acteurs pour renforcer leurs capacités techniques.

Ces principaux axes d'intervention sont cohérent avec ceux du document de stratégie de réduction de la pauvreté (D.S.R.P).

Toutefois, ~~même si~~ l'ensemble des actions identifiées dans le DSRP figurent dans le Plan d'Actions, il n'en demeure pas moins que d'autres mesures nécessaires à l'atteinte des objectifs de l'initiative 20/20 ont été également prises en compte (voir le détail par secteur dans la présentation schématique).

Il en est de même de la prise en considération de l'horizon temporel fixé par le Plan d'Actions 2002-2010) qui est différent de l'échéancier prévu dans le DSRP (2003-2005). *horizon à CT*

En ce qui concerne l'estimation financière des actions elle tient compte de deux paramètres :

- Le Plan d'Actions de l'initiative 20/20 est essentiellement prévu dans le cadre des interventions de l'Etat.
- Les actions proposées sont programmées sur une période de 10 ans ; ce qui peut parfois influencer à la hausse les montants proposés.

Compte tenu de ce qui précède, des différences de coûts peuvent être constatées par rapport à certaines activités contenues dans les deux documents (DSRP et Plan d'Actions Initiative 20/20).

Le récapitulatif des actions identifiées par secteur se présente comme suit :

*Mis à jour comparé et le + g. du I 20/20 et DSRP
à titre de référence, études CP.*

A - Santé

En matière de lutte contre la pauvreté, la Santé constitue un axe prioritaire qui doit faire l'objet d'une attention particulière de la part des partenaires au développement, notamment la puissance publique. C'est pourquoi deux objectifs majeurs seront retenus dans ce domaine, à savoir :

1. Réduire le taux de mortalité maternelle pour passer de 510 décès pour 100 000 naissances à 320 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2008.
2. Réduire le taux de mortalité infanto-juvénile (68 pour mille et 139 pour mille) pour atteindre (45 pour mille et 98 pour mille en 2008)

Les objectifs spécifiques permettant d'atteindre ces deux objectifs majeurs sont analysés ici ainsi que les activités qui permettent leur réalisation.

Le taux de mortalité maternelle reste encore élevé malgré les efforts des pouvoirs publics. A cet égard, il importe de prendre des mesures urgentes. A cet égard, il faudrait surtout :

Améliorer l'accessibilité des services et soins de santé maternelle.

.. cela, les actions suivantes sont nécessaires :

- rendre disponible les médicaments essentiels ;
- relever le plateau technique des centres de santé de référence SOU (Soins Obstétricaux d'Urgence) ;
- mettre en place des structures sanitaires de référence SOU (soins obstétricaux d'urgence fonctionnels) ;
- doter les structures sanitaires de références d'ambulances médicalisées ;
- équiper les blocs opératoires, laboratoires et banques de sang des centres de santé ;
- équiper les postes de santé et maternités rurales ;
- réhabiliter les postes de santé pour l'intégration de toutes les composantes SR ;
- développer les services de SR à base communautaires ;
- développer les services de SR en faveur des jeunes ;
- promouvoir l'IEC dans les zones rurales et semi-urbaines par la formation de relais ;

- renforcer les moyens logistiques pour les évacuations, les supervisons et stratégies avancées.

b) – Améliorer la qualité des services de santé de base.

Il faudrait mener les mesures ci-après :

- améliorer la couverture vaccinale infanto-juvénile ;
- renforcer la prévention pour les maladies de l'enfant ;
- développer l'IEC sur la santé de la mère et de l'enfant ;
- former des relais communautaires.

– Améliorer la prise en charge des maladies de l'enfant

Pour atteindre cet objectif spécifique, les mesures suivantes devront être prises :

- construire et réhabiliter des postes de santé en milieu urbain et rural en tenant compte de la carte sanitaire ;
- lutter contre les maladies de l'enfant ;
- lutter contre les maladies diarrhéiques ;
- relever le plateau technique des centres de santé ;
- renforcer la disponibilité du personnel de santé.

d) – Améliorer la prévention

Cet objectif spécifique, pour être atteint, devra tenir compte des mesures ci-après :

- renforcer les compétences des prestataires cliniques en IEC / Conseilling / SR ;
- former et recycler le personnel médical et paramédical ;
- former les Sages femmes en échographie ;
- former le personnel, Sage femmes, Infirmiers en CRN, programme de planning familial ;
- relever le plateau technique des structures sanitaires de référence ;
- assurer le déprimage et le suivi des grossesses à risque ;

- créer des services à base communautaire au niveau des villages.

e) – Renforcer l'implication des différents acteurs dans le financement de la santé maternelle et infantile.

Pour ce faire, les actions suivantes devront être menées :

- augmenter les ressources allouées à la santé ;
- opérer une meilleure ré-allocation des ressources budgétaires ;
- faire participer d'avantage les collectivités locales ;
- impliquer d'avantage les ONG à l'effort de santé ;
- faire participer d'avantage les populations à l'effort de santé ;
- entretenir et réhabiliter les infrastructures ;
- améliorer l'état nutritionnel des enfants ;
- construire et équiper des structures sanitaires ;
- gérer plus efficacement les structures de santé de base ;
- faire un monitoring plus régulier des structures ;
- mieux coordonner l'action des ONG ;
- augmenter le personnel de santé de base ;
- promouvoir les mutuelles de santé.

B - Eau potable et assainissement

Le secteur de l'eau potable et de l'assainissement se définit comme un axe prioritaire en matière de lutte contre la pauvreté. A cet égard, il fait aussi l'objet d'une attention soutenue de la part des acteurs du développement notamment des pouvoirs publics. Ainsi deux objectifs majeurs seront retenus dans ce secteur à savoir :

- 1) – Assurer à tous l'alimentation en eau potable, en partant d'un taux de 90% en milieu urbain et d'un taux de 43% en milieu rural
- 2) – Assurer des systèmes d'assainissement urbains en partant d'un taux de 37%.

Les objectifs spécifiques permettant d'atteindre ces deux objectifs majeurs sont analysés ici, de même que les activités qui permettent leur réalisation. Il importe, de souligner que les besoins des populations en matière d'eau potable et d'assainissement ne sont pas encore suffisamment couverts d'où l'urgence de prendre des mesures adéquates. A cet effet, il importe de :

- a) – *Renforcer et de sécuriser les systèmes d'alimentation en eau potable des centres urbains.*

Pour ce faire les actions suivantes sont nécessaires :

- renforcer les capacités de production des centres urbains à travers l'exécution de nouveaux forages et d'adductions d'eau ;
- réhabiliter et étendre les réseaux de distribution à travers le renforcement des branchements sociaux ;
- mettre en œuvre des programmes de lutte contre le gaspillage d'eau par la réalisation de programmes d'IEC.

- b) – *Diversifier et Optimiser l'utilisation du patrimoine national de points d'eau pérennes en milieu rural*

Pour atteindre cet objectif spécifique, il faudra mener les actions ci-après :

- renforcer les capacités de production d'eau ;
- réaliser l'extension des réseaux d'adduction d'eau et d'interconnexion de systèmes d'AEP ;
- redynamiser et sécuriser le système d'exploitation et de maintenance des systèmes d'AEP ruraux.

c) – Gérer rationnellement les ressources en eau

Pour cela les actions ci-après sont nécessaires :

- améliorer la connaissance de la ressource ;
- protéger les nappes ;
- Optimiser et protéger les eaux de surface ;
- Renforcer les réseaux d'observation et de suivi des ressources en eau ;
- Poursuivre et optimiser la modernisation des outils de gestion des ressources en eau ;
- Renforcer et mettre en application des instruments réglementaires et de coordination de la gestion des ressources en eau.

d) – Densifier les réseaux d'assainissement et assurer leur opérationnalité.

atteindre cet objectif les mesures ci-après sont préconisées :

- renforcer les infrastructures d'assainissement dans les zones urbaines et périurbaines ;
- renforcer les capacités des populations en matière d'assainissement ;
- mettre en place un cadre institutionnel performant pour le développement, l'exploitation et la gestion des systèmes d'assainissement existants ou à créer.

e) - favoriser l'accès des populations des zones urbaines et périurbaines à des services d'assainissement satisfaisants

- densifier et opérationnaliser les infrastructures d'assainissement dans les zones urbaines et périurbaines ;
- mettre en place un cadre institutionnel performant pour le développement, l'exploitation et la gestion des systèmes d'assainissement existant ou à créer ;
- X - renforcer les capacités des populations en matière d'assainissement.

C - Education

L'éducation constitue un axe prioritaire en matière de lutte contre la pauvreté. A cet égard, les acteurs au développement, notamment les pouvoirs publics, portent une attention particulière à ce secteur. En effet, un objectif majeur est poursuivi dans ce domaine à savoir :

1. Permettre l'accès pour tous à l'éducation de base.

L'atteinte de cet objectif suppose :

a) – d'assurer l'équité dans l'éducation.

Pour cela, il faudra mener les actions suivantes :

- Construire des centres pour le développement de la petite enfance ;
- recruter et former des maîtres polyvalents pour les centres de développement de la petite enfance ;
- recruter et former des maîtres pour le développement de la petite enfance ;
- Construire des salles de classes du primaire ;
- Mettre à niveau des écoles primaires existantes à travers l'équipement en latrines et points d'eau, la réhabilitation, la maintenance et l'équipement en mobilier ;
- Développer des petits collèges de proximité ;
- Construire des classes supplémentaires et financer leur entretien ;
- Mettre en place un modèle permettant d'accueillir des enfants de la tranche d'âge de 3 à 5 ans dans les centres de développement de la petite enfance ;
- Alphabétiser des personnes âgées de 15 à 49 ans ; dont une majorité de femmes.

L'accès pour tous à l'éducation de base suppose aussi :

b) d'améliorer la qualité des apprentissages de l'éducation préscolaire et de l'enseignement élémentaire et moyen.

Pour atteindre cet objectif, il faudrait entreprendre les mesures ci-après :

- initier un programme intégré de développement de la petite enfance / Education / Santé / Nutrition des enfants situés dans la tranche d'âge de 3 à 6 ans ;

- améliorer l'enseignement primaire à travers la réalisation d'un programme de petite subvention aux écoles et établissements ;
- mener des initiatives en vue de réduire le surnombre d'élèves par classe dans les zones périurbaines de Dakar ;
- mener des initiatives de lecture à l'école et dans les familles ;
- développer un programme de fournitures de manuels scolaires ;
- augmenter la capacité d'apprentissage des élèves par un programme de santé scolaire et de nutrition ;
- préconiser l'éducation des enfants à besoins spéciaux ;
- mener une initiative en vue de réduire le redoublement et les abandons scolaires ;
- promouvoir l'éducation de base des adultes ;
- développer un nouveau curriculum de l'éducation de base ;
- renforcer les compétences pédagogiques des enseignants ;
- promouvoir les échanges et la recherche en matière de développement curriculaire.

Enfin pour permettre l'accès, pour tous à l'éducation de base, il est nécessaire :

c) – De moderniser et de renforcer la gestion dans le secteur éducatif.

A cet effet, les mesures suivantes sont préconisées ;

- améliorer les capacités techniques du personnel de l'éducation ;
- développer un système de planification décentralisé participatif et contractuel ;
- développer et améliorer la participation des parents d'élèves, des structures communautaires de base et de l'école ;
- systématiser une politique de suivi et d'évaluation des programmes ;
- mettre en place un système de gestion financière ;
- augmenter le pourcentage d'élèves inscrits dans les écoles qui offrent un cycle complet de 6 ans ;
- Réduire le nombre de classes dont la taille est au dessus de la norme maximale ou au dessous de la norme minimale.

D - Nutrition et Alimentation

En matière de lutte contre la pauvreté, la nutrition et l'alimentation constituent des éléments d'un axe prioritaire qui doit faire l'objet d'une attention particulière de la part des acteurs du développement surtout des pouvoirs publics. C'est pourquoi deux objectifs majeurs seront poursuivis dans ce domaine à savoir :

- 1) réduire la malnutrition grave ou modérée dont sont victimes les enfants de moins de 5 ans en réduisant à 5% le taux de retard de croissance et le niveau de l'insuffisance pondérale à 5% d'ici 2010 etc ;
- 2) Assurer la sécurité alimentaire des enfants.

Les objectifs spécifiques permettant d'atteindre ces deux objectifs majeurs sont analysés ici ainsi que les activités qui permettent leur réalisation.

Réduire la malnutrition grave ou modérée dont sont victimes les enfants de moins de 5 ans en réduisant à 5% le taux de retard de croissance et le niveau de l'insuffisance pondérale à 5% d'ici 2010.

Le statut nutritionnel des enfants en générale et plus particulièrement ceux de moins de 5 ans n'est pas satisfaisant selon les statistiques actuelles. Vu l'incidence que cela peut avoir sur leur croissance et leur santé, il est urgent que des mesures appropriées soient prises. A cet effet, il faudrait surtout :

- a) - **Assurer une bonne utilisation des techniques de conservation des aliments.**

Pour cela les actions ci-après sont nécessaires :

- vulgariser les techniques de conservation des aliments ;
- mettre en place des technologies appropriées à moindre coût.

- b) - **Diversifier le régime alimentaire des enfants et des femmes.**

Il faudrait mener les mesures ci-après :

- sensibiliser à l'utilisation des produits alimentaires appropriés pour les enfants et les femmes ;
- diversifier l'offre de produits alimentaires riches en nutriments
- promouvoir l'allaitement maternel et les bonnes pratiques d'alimentation et de complémententation ;

- implanter le Paquet d'activités intégrés de nutrition (PAIN) dans les zones rurales et périurbaines.
- développer la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) communautaire ;
- créer des structures de récupération nutritionnelle dans les zones défavorisées prises ;
- développer la prise en charge des enfants malnutris au niveau communautaire.

2) Assurer la sécurité alimentaire des enfants.

Le déficit nutritionnel des enfants dépend dans une large mesure de l'irrégularité de leur alimentation. C'est pourquoi il est nécessaire que leur sécurité alimentaire soit assurée et à l'effet il faudrait :

a) - Valoriser d'avantage les produits alimentaires locaux.

passer par les actions ci-après :

- adopter des mesures incitatives en faveur des industries agro-alimentaires ;
- utiliser d'avantage les résultats de la recherche ;
- assurer une meilleure maîtrise des technologies appropriées par la conservation.

b) - Comblent le déficit en produits alimentaires.

Pour cela il faudrait surtout :

- promouvoir les activités maraîchères et le petit élevage domestique ;
- sensibiliser sur l'utilisation des produits locaux ;
- densifier la production locale.

c) - Améliorer la production agro-alimentaire.

Les actions ci-après sont alors nécessaires :

- améliorer les infrastructures d'appui à la production agricole ;
- améliorer la fertilité des sols ;
- mettre à disposition des intrants de qualité ;

- renforcer les capacités des producteurs ;
- améliorer les conditions de production des GPF exerçant des activités de transformation ;
- renforcer l'appui technique et technologique des GPF et petits producteurs.

d) - Assurer un meilleur accès aux produits alimentaires.

Les actions ci-après sont à mener dans ce sens :

- assurer la maîtrise des prix des produits alimentaires ;
- améliorer le système de distribution et de commercialisation.

8.4 MISE EN ŒUVRE DU PLAN D'ACTIONS

L'initiative 20/20 adoptée en mars 1995 à Copenhague met en œuvre une approche permettant l'accès pour tous aux services sociaux de base (SSB).

Les objectifs et axes stratégiques du Plan d'Actions concrétisent cette option et proposent des mesures concrètes dans les domaines de :

- l'éducation ;
- la santé ;
- la Nutrition et l'Alimentation ;
- l'Eau Potable et de l'Assainissement.

à marquer

Ainsi, ce plan d'actions opérationnalise l'essentiel des orientations de la Politique Nationale de lutte contre la pauvreté traduite dans l'actuel Document de Stratégie de Réduction de la pauvreté (D.S.R.P.) élaboré de façon consensuelle par l'ensemble des acteurs au développement (Etat, Collectivités Locales, Secteur Privé, Société Civile, Bailleurs de Fonds, G...). A cet égard, le Plan d'Actions de l'Initiative 20/20 constitue un élément essentiel du DSRP, qui est le cadre de référence de toutes les interventions de l'ensemble des acteurs du développement.

L'exécution du Plan d'Actions est envisagée dans le cadre de la mise en œuvre du DSRP, à travers son cadre institutionnel et ses moyens humains et financiers. (cf. : mise en œuvre D.S.R.P).

Ainsi l'atteinte des objectifs fixés par l'initiative 20/20 devrait tenir compte de l'évolution du cadre macro-économique notamment les aspects relatifs à :

L'amélioration générale de l'allocation des ressources budgétaires

L'allocation des ressources budgétaires conséquentes aux bénéficiaires des services sociaux de base suppose que les autorités budgétaires fixent des priorités en faveur de ceux-ci et fondées sur des considérations suivantes :

- Améliorer le système d'information pour disposer des choix budgétaires clairement définis ;
- Planifier les interventions publiques en analysant des moyens et des coûts alternatifs que l'on pourrait utiliser pour parvenir à la fourniture des services sociaux prioritaires.

La réforme de la fiscalité

Le budget de l'Etat est alimenté en grande partie par les recettes fiscales. Pour permettre à l'Etat d'atteindre l'initiative 20%, des réformes fiscales doivent être mises en œuvre dans le système de collecte et dans l'administration fiscale. Comme la TVA constitue la principale

source de recettes totales budgétaires, Il convient d'élargir la base interne d'imposition. Ainsi, l'administration fiscale doit être dotée de moyens financiers, matériels et humains pour bien jouer son rôle.

La restructuration intersectorielle

Les limites de la politique fiscale suggèrent que pour mettre le budget au service des objectifs visant l'amélioration de l'efficacité de l'utilisation des services sociaux de base, il faut avant tout donner la priorité à la politique de dépenses. Certaines dépenses qui ne répondent pas à des objectifs économiques doivent être réduites au profit d'autres dépenses qui ont un impact positif sur le développement et les conditions de vie de catégories sociales défavorisées.

La restructuration intrasectorielle

Au niveau des services sociaux, les possibilités de restructuration de l'allocation des ressources à l'intérieur même de ces secteurs par une mobilisation des ressources supplémentaires en faveur des services sociaux de base ciblés par l'initiative 20/20 ne semblent pertinentes qu'au niveau des secteurs dits de grandes masses. Il s'agit plus précisément de l'éducation et de la santé dont les composantes « inférieurs » - éducation de base et soins de santé primaires y compris la santé de la reproduction font effectivement partie des domaines de l'initiative 20/20 et sont considérés comme des secteurs primordiaux. Pour pallier à cela, il convient de mobiliser des ressources au niveau de l'éducation et de la santé pour accéder à la scolarisation universelle et favoriser l'accès à la santé de base, à l'eau potable et à l'assainissement. L'universalisation de l'accès aux services sociaux de base demande beaucoup d'argent ? Pour cela, il est d'une obligation d'utiliser de manière efficace des dépenses publiques. Dans le domaine de l'éducation, cette utilisation efficace passe par la réduction des coûts de construction des infrastructures scolaires, la baisse des coûts d'enseignement, le renforcement de la décentralisation et par le développement de l'enseignement privé. En santé, il faudrait améliorer la gestion hospitalière et développer les actions de prévention généralisée de la maladie.

De plus une prise en charge effective des actions prévues dans le Plan d'Actions, nécessitera la mise en œuvre de mesures spécifiques qui seront également retenues à savoir :

- développer un plaidoyer en faveur d'une large diffusion du Plan d'Actions à l'endroit des acteurs au développement ;
- réaliser un programme d'information et de sensibilisation en faveur des actions préconisées dans l'initiative, auprès des populations bénéficiaires.

Par ailleurs, dans l'exécution de certaines actions en matière de Santé et d'Education notamment, l'introduction des nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC) pourrait rehausser le niveau de performance. C'est le cas de la formation par exemple.

8.5. PRESPECTIVES

L'initiative 20/20 campe sa problématique dans quatre domaines :

- La santé ,
- L'eau potable et l'assainissement ,
- L'éducation, et
- La nutrition et l'alimentation,

et développe en conséquence des stratégies appropriées, pour améliorer la situation dans ces différents domaines. Bien que ceux-ci soient des secteurs prioritaires en terme de réduction de la pauvreté, il n'en demeure pas moins que d'autres tels que :

- L'Habitat et
- l'Electrification Rurale

doivent être pris en compte parce que pouvant jouer un rôle primordiale dans l'amélioration des conditions de vie des populations surtout en milieu rural et pri-urbain. Il est également important dans le cadre de l'identification de mesures aptes à favoriser la réduction de la pauvreté des couches défavorisés de prendre en considération les principaux objectifs de développement identifiés dans la « Déclaration du Millénaire des Nations Unies » adoptée par la résolution 55/2 de l'assemblée générale de septembre 2000. Ces objectifs, ainsi que les axes d'opérationnalisation et les indicateurs qui doivent faciliter leur suivi et contrôle sont présentés de façon exhaustive dans le schéma qui suit :

Tableau n°21 : Principaux objectifs et indicateurs identifiés dans la « Déclaration du Millénaire des Nations Unies »

OBJECTIFS	SOUS-OBJECTIFS	INDICATEURS
Eradiquer la pauvreté extrême	Réduire de moitié à l'horizon 2015, la proportion des personnes vivant en dessous du seuil national de pauvreté	Proportion de la population en dessous du seuil national de pauvreté (1 \$US et 2.400 calories par personne et par jour)
Combattre le VIH/SIDA	Arrêter et renverser la tendance à la propagation du VIH/SIDA en 2015	Taux de prévalence au niveau des adultes (15-49 ans)
Garantir la sécurité alimentaire	Réduire de moitié à l'horizon 2015, la proportion des personnes «souffrant de la sous-alimentation »	Insuffisance pondérale des enfants de moins de 5 ans
Assurer l'accès à l'eau potable	Réduire de moitié à l'horizon 2015, la proportion des personnes vivant sans accès à l'eau potable	Proportion des personnes utilisant de l'eau potable
Universaliser l'éducation primaire	Réaliser l'accès universel à l'éducation primaire en 2015	Taux brut de scolarisation à l'école primaire
Promouvoir la parité genre	Eliminer les disparités au niveau	Indice de parité dans le primaire et

	genre dans l'éducation primaire et secondaire en 2005	dans le secondaire
Améliorer la santé maternelle	Réduire de trois quarts le taux de mortalité maternelle en 2015	Accès aux services de santé de reproduction
Réduire la mortalité des enfants	Réduire de deux tiers à l'horizon 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans	Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans
Protéger l'environnement pour un développement durable	Renverser la tendance à la perte de ressources naturelles, en 2015	Taux de réalisation d'une stratégie nationale (à élaborer) pour un développement durable

Source : PNUD

Ces ^{neuf} huit objectifs majeurs ont été accordés par le SNU (Système des Nations Unies), la Banque Mondiale, le Fond Monétaire International et le Comité d'Aide au Développement de l'Organisation de Coopération et de Développement Economique, et sont reconnus comme Objectifs de Développement du Millenium (MDG). La prise en compte de ces différents aspects devrait permettre d'ouvrir de larges perspectives pour le développement humain durable.

8.6 REPRESENTATION SCHEMATIQUE ET PROGRAMMATION DES ACTIONS

La présentation schématique permet d'avoir une vision d'ensemble des éléments constitutifs du plan d'actions. Les différents tableaux donnent en détail les actions à mener en relation avec les différents niveaux d'objectifs (objectif du secteur et objectifs spécifiques) dont elles permettent la réalisation.

La mise en œuvre de ces actions est programmée sur la durée totale du plan. Les indicateurs pour le suivi-évaluation, les acteurs susceptibles de contribuer à la réalisation des actions ainsi que les moyens financiers que doit nécessiter leur exécution sont spécifiés.

Les indicateurs identifiés concernent surtout les actions afin de faciliter le suivi-évaluation du plan d'action. La programmation des actions tient compte de trois paramètres :

- Urgence des mesures par rapport à la demande sociale ;
- Nécessité de réaliser certaines actions compte tenu des impératifs de développement ;
- Début de toutes les actions au moins avant la fin de la période prévue par ce plan.

La sélection des acteurs susceptibles de mener les actions ou de contribuer à leur exécution se fait sur la base d'une appréciation de leur mission et de leurs aptitudes et capacités à favoriser leur réalisation dans de bonnes conditions.

L'évaluation financière proposée n'est qu'une première estimation qui aura besoin d'être précisée d'avantage lors de la mise en œuvre des actions proposées. La réalisation de l'essentiel des infrastructures est déjà prévu dans les différents programmes en cours d'élaboration ou d'exécution comme par exemple les grands travaux de l'Etat, le PNIR, le PDIS, le PDEF etc...

Il faudra également noter que l'évaluation financière des différentes actions, a été faite en étroite collaboration avec les agents des services sectoriels concernés. A ce sujet, s'agissant du secteur de l'éducation, les coûts ont été estimés sur la base des données chiffrées du PDEF. En ce qui concerne le secteur de la santé, la référence au PDIS a permis de préciser les coûts des actions. Il en est de même pour les secteurs de l'eau potable et de l'Assainissement, et de la Nutrition et de l'Alimentation, pour lesquels l'estimation financière des actions a été faite en rapport avec les programmes respectifs existant.

Ainsi le coût total du Plan d'Actions a été déterminé et se chiffre à la somme de 1396,133 milliards. Ce montant se ventile par secteur de la manière suivante :

- Santé	: 192,470 milliards
- Eau Potable et Assainissement	: 851,000 milliards
- Education	: 337,863 milliards
- Nutrition et Alimentation	: 14,800 milliards

*à main
de fin
par le
N.C.O.*

SANTÉ

Objectif du secteur : Réduire le taux de mortalité maternelle pour passer de 510 décès pour 100 000 naissances à 320 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2008

Objectif spécifique : Améliorer l'accessibilité des services et soins de santé maternelle

Actions à mener	Résultats intermédiaires (indicateurs)	Calendrier de réalisation	Structures ou institutions concernées par l'exécution	Coûts estimatifs et moyens de réalisation	Observations
A.1. Rendre disponibles les médicaments essentiels	- Quantité de médicaments essentiels disponibles	2003-2008	<ul style="list-style-type: none"> • Structures de l'état (MSP) • Collectivités locales • Partenaires au développement 	1 milliard	Ref : P.D.I.S
A.2. Relever le plateau technique des centres de santé de référence SOU	- % de centres de santé réhabilités et équipés	2002-2008	<ul style="list-style-type: none"> • MSP (Régions médicales et structures centrales) • Collectivités locales • Partenaires au développement 	400 millions	Destinées principalement à la formation
A.3. Mettre en place des structures sanitaires de référence SOU fonctionnels	- Nombre de structures mis en place par an	2002-2008	<ul style="list-style-type: none"> • M.S.P • Partenaires au développement • Collectivités locales 	10 milliards	Ref : P.D.I.S.
A.4. Doter les structures sanitaires de références d'ambulances médicalisées	- % de structures équipées en ambulances médicalisées	2002-2005	<ul style="list-style-type: none"> • M.S.P • Partenaires au développement • Collectivités locales 	25 milliards	Pour l'achat et la mise à dispositions des ambulances

SANTÉ

Objectif du secteur : Réduire le taux de mortalité maternelle pour passer de 510 décès pour 100 000 naissances à 320 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2008

Objectif spécifique : Améliorer l'accessibilité des services et soins de santé maternelle

Actions à mener	Résultats intermédiaires (indicateurs)	Calendrier de réalisation	Structures ou institutions concernées par l'exécution	Coûts estimatifs et moyens de réalisation	Observations
A.5. Equiper les blocs opératoires, laboratoires et banques de sang des centres de santé	- Nombre de structures équipées	2002-2008	<ul style="list-style-type: none"> • M.S.P • Partenaires au développement 	50 milliards	P.D.I.S
A.6. Equiper les postes de santé et maternités rurales	- Nombre de postes de santé et de maternités rurales équipés / an	2002-2008	<ul style="list-style-type: none"> • M.S.P • Partenaires au développement 	10 milliards	P.D.I.S
A.7. Réhabiliter les postes de santé pour l'intégration de toutes les composantes SR	- Nombre de postes de santé réhabilités par / an	2002-2008	<ul style="list-style-type: none"> • M.S.P • Collectivités locales • Partenaires au développement 	5 milliards	P.D.I.S
A.8. Développer les services de SR à base communautaire	- Nombre de structures de santé qualifiées	2002-2008	<ul style="list-style-type: none"> • M.S.P • ONG • O.C.B 	10 milliards	P.D.I.S

SANTÉ

Objectif du secteur : Réduire le taux de mortalité maternelle pour passer de 510 décès pour 100 000 naissances à 320 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2008

Objectif spécifique : Améliorer l'accessibilité des services et soins de santé maternelle

Actions à mener	Résultats intermédiaires (indicateurs)	Calendrier de réalisation	Structures ou institutions concernées par l'exécution	Coûts estimatifs et moyens de réalisation	Observations
A.9. Développer les services de SR en faveur des jeunes	<ul style="list-style-type: none"> - % de jeunes sensibilisés - Baisse des grossesses précoces 	2002-2008	<ul style="list-style-type: none"> • M.S.P • Collectivités locales • ONG • O.C.B 	7 milliards	Construction et équipement de centres de conseils des jeunes
A.10. Promouvoir l'IEC dans les zones rurales et semi-urbaines par la formation de relais	<ul style="list-style-type: none"> - Programmes IEC élaborés et mis en œuvre - Nombre d'agents relais formés 	2002-2010	<ul style="list-style-type: none"> • M.S.P • ONG • O.C.B • Collectivités locales 	400 millions	-
A.11. Renforcer les moyens logistiques pour les évacuations les supervisions et stratégies avancées	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de monitoring, de supervisions et d'évacuations assurés / an 	2002-2010	<ul style="list-style-type: none"> • M.S.P • Collectivités locales • Partenaires au développement 	1 milliard	-

SANTE

Objectif du secteur : Réduire le taux de mortalité maternelle pour passer e 510 décès pour 100.000 naissances à 320 décès pour 100.000 naissances vivantes en 2008

Objectif spécifique : Améliorer la qualité des services de santé de base

Actions à mener	Résultats intermédiaires (indicateurs)	Calendrier de réalisation	Structures ou institutions concernées par l'exécution	Coûts estimatifs et moyens de réalisation	Observations
A.1. Améliorer la couverture vaccinale infanto-juvénile	- Nombre d'enfants touchés par des programmes de vaccination	2002-2010	<ul style="list-style-type: none"> • M.S.P • Collectivités locales • ONG • Partenaires au développement 	5 milliards	-
A.2. Renforcer la prévention pour les maladies de l'enfant	- Nombre d'enfants touchés par des mesures de prévention	2002-2010	<ul style="list-style-type: none"> • M.S.P • Collectivités locales • ONG • Partenaires au développement 	5 milliards	-
A.3. Développer l'IEC sur la santé de la mère et de l'enfant	- Nombre de programmes élaborés et effectivement mis en œuvre	2002-2010	<ul style="list-style-type: none"> • M.S.P • Collectivités locales • ONG / OCB • Partenaires au développement 	400 millions	-
A.4. Former des relais communautaires	- Nombre de relais communautaires formés	2002-2010	<ul style="list-style-type: none"> • M.S.P • Collectivités locales • ONG / OCB • Partenaires au développement 	250 millions	

SANTE

Objectif du secteur : Réduire les taux de mortalité infanto-juvénile (68 pour mille et 139 pour mille) pour atteindre (45 pour mille et 98 pour mille en 2008)

Objectif spécifique : Améliorer la prise en charge des maladies de l'enfant

Actions à mener	Résultats intermédiaires (indicateurs)	Calendrier de réalisation	Structures ou institutions concernées par l'exécution	Coûts estimatifs et moyens de réalisation	Observations
A.1. Construire et réhabiliter des postes de santé en milieu urbain et rural en tenant compte de la carte sanitaire	- Nombre de postes construits et réhabilités / an	2003-2010	<ul style="list-style-type: none"> • M.S.P • Collectivités locales • Partenaires au développement 	10 milliards	-
A.2. Lutter contre les maladies de l'enfant	- Nombre d'enfants touchés par les programmes de lutte contre les maladies essentielles	2003-2010	<ul style="list-style-type: none"> • M.S.P • Collectivités locales • Partenaires au développement 	5 milliards	-
A.3. Lutter contre les maladies diarrhéiques	% d'enfants touchés par an	2003-2010	<ul style="list-style-type: none"> • M.S.P • Collectivités locales • Partenaires au développement 	2 milliards	-
A.4. Relever le plateau technique des centres de santé	Nombre de centres de santé équipés	2003-2010	<ul style="list-style-type: none"> • M.S.P • Collectivités locales • Partenaires au développement 	7 milliards	-
A.5. Renforcer la disponibilité du personnel de santé	- Niveau de résorption du déficit en personnel de santé	2003-2010	<ul style="list-style-type: none"> • M.S.P • Collectivités locales • Partenaires au développement 	10 milliards	Il s'agit essentiellement de recrutement de personnel contractuel pour une période de 10 ans

SANTÉ

Objectif du secteur : Réduire les taux de mortalité infanto-juvénile (68 pour mille et 139 pour mille) pour atteindre (45 pour mille et 98 pour mille en 2008)

Objectif spécifique : Améliorer la prévention

Actions à mener	Résultats intermédiaires (indicateurs)	Calendrier de réalisation	Structures ou institutions concernées par l'exécution	Coûts estimatifs et moyens de réalisation	Observations
A.1. Renforcer les compétences des prestataires cliniques en IEC / counselling / SR	- 50% de relais formés en IEC au niveau de chaque région administrative	2002-2008	<ul style="list-style-type: none"> • M.S.P • Collectivités locales • Partenaires au développement 	100 millions	-
A.2. Former et recycler le personnel médical et paramédical	- % de personnel médical et para-médical formés ou recyclés	2002-2008	<ul style="list-style-type: none"> • M.S.P • Collectivités locales • Partenaires au développement 	50 millions	1 région par an
A.3. Former les sages femmes en échographie	- % de sages-femmes formés / an	2002-2008	<ul style="list-style-type: none"> • M.S.P • Collectivités locales • Partenaires au développement 	2 milliards	Type d'équipement spécifique à mettre en place pour les besoins de la formation

SANTÉ

Objectif du secteur : Réduire les taux de mortalité infanto-juvénile (68 pour mille et 139 pour mille) pour atteindre (45 pour mille et 98 pour mille en 2008)

Objectif spécifique : Améliorer la prévention

Actions à mener	Résultats intermédiaires (indicateurs)	Calendrier de réalisation	Structures ou institutions concernées par l'exécution	Coûts estimatifs et moyens de réalisation	Observations
A.4. Former le personnel, Sfes, Infirmiers en CRN, programme, planning familial	- % de personnel formé par an	2002-2008	<ul style="list-style-type: none"> M.S.P Collectivités locales Partenaires au développement 	2 milliards	-
A.5. Relever le plateau technique des structures sanitaires de référence	- % de structures de santé équipés par an	2002-2008	<ul style="list-style-type: none"> M.S.P Collectivités locales Partenaires au développement 	3 milliards	-
A.6. Assurer le dépistage et le suivi des grossesses à risque	<ul style="list-style-type: none"> - Disponibilité de structures de dépistage et de suivi de grossesses à risques - Nombre de femmes avec grossesse à risque dépistée et suivie 	2002-2008	<ul style="list-style-type: none"> M.S.P Collectivités locales Partenaires au développement 	5 milliards	-
A.7. Créer des services à base communautaire au niveau des villages	- Nombre de service à base communautaire mis en place par an	2002-2008	<ul style="list-style-type: none"> M.S.P Collectivités locales Partenaires au développement 	1 milliard	-

SANTE

Objectif du secteur : Réduire les taux de mortalité infanto-juvénile (68 pour 100 et 139 pour mille) pour atteindre (45 pour mille et 98 pour mille en 2008)

Objectif spécifique : Renforcer les infrastructures et améliorer la gestion des structures sanitaires

Actions à mener	Résultats intermédiaires (Indicateurs)	Calendrier de réalisation	Structures ou institutions concernées par l'exécution	Coûts estimatifs et moyens de réalisation	Observations
A.1. Entretien et réhabiliter les infrastructures	- Nombre de postes et centres de santé réhabilités ou entretenus / an	2002-2008	<ul style="list-style-type: none"> M.S.P Collectivités locales Partenaires au développement 	10 milliards	<i>Palloot tumbili fu a - chye</i>
A.2 Construire et équiper des structures sanitaires	- Nombre de postes et centres de santé construits et équipés	2002-2008	<ul style="list-style-type: none"> M.S.P Collectivités locales Partenaires au développement 	2 milliards	<i>l'excution de celle meme</i>
A.3. Gérer plus efficacement les structures de santé de base	- Nombre de structures de santé fonctionnelles	2002-2008	<ul style="list-style-type: none"> M.S.P Collectivités locales Partenaires au développement 	2 milliards	-
A.4 Monitoring plus régulier des structures	- Périodicité des missions de supervision et de suivi	2002-2008	<ul style="list-style-type: none"> M.S.P Collectivités locales Partenaires au développement 	1 milliard	-
A.5. Mieux coordonner l'action des ONG	- Cadre de coordination fonctionnel existant:	2002-2008	<ul style="list-style-type: none"> M.S.P Collectivités locales Partenaires au développement ONG / OCB 	20 millions	-
A.6. Augmenter le personnel de santé de base	Nombre d'A.S.C formés	2002-2008	<ul style="list-style-type: none"> M.S.P Collectivités locales Partenaires au développement ONG / OCB 	250 millions	-
A.7. Promouvoir les mutuelles de santé	- Nombre de mutuelles de santé par régions médicales	2002-2008	<ul style="list-style-type: none"> M.S.P Collectivités locales Partenaires au développement ONG / OCB 	200 millions	-

EAU POTABLE ET ASSAINISSEMENT

27

Objectif du secteur : Assurer à tous l'alimentation en eau potable en partant d'un taux de 90% en milieu urbain et d'un taux de 43% en milieu rural

Objectif spécifique : Renforcer et sécuriser les systèmes d'alimentation en eau potable des centres urbains et périurbains

Actions à mener	Résultats intermédiaires (indicateurs)	Calendrier de réalisation	Structures ou institutions concernées par l'exécution	Coûts estimatifs et moyens de réalisation	Observations
A.1. Renforcer les capacités de production des centres urbains à travers l'exécution de nouveaux forages et d'adduction d'eau	- Rapport entre les productions et les besoins en eau potable	2002-2006	<ul style="list-style-type: none"> • Etat (MMEH) • ONG • Les collectivités locales • Agence d'aide extérieure techniques et financières • Bailleurs de fonds nationaux et étrangers, partenaires bilatéraux et multilatéraux 	200 milliards	-
A.2. Réhabiliter et étendre les réseaux de distribution à travers le renforcement des branchements sociaux	- Pourcentage des populations ayant accès à l'eau	2002-2006	<ul style="list-style-type: none"> • Etat (MMEH) • ONG • Les collectivités locales • Agence d'aide extérieure techniques et financières • Bailleurs de fonds nationaux et étrangers, partenaires bilatéraux et multilatéraux 	30 milliards	-
A.3. Mettre en œuvre des programmes de lutte contre le gaspillage d'eau par la réalisation de programme d'IEC	Pourcentage des systèmes produisant une eau salubre et de qualité acceptable	2002-2006	<ul style="list-style-type: none"> • Etat (MMEH) • ONG • Les collectivités locales • Agence d'aide extérieure techniques et financières • Bailleurs de fonds nationaux et étrangers, partenaires bilatéraux et multilatéraux 	1 milliard <i>1,5</i>	-

EAU POTABLE ET ASSAINISSEMENT

79

Objectif du secteur : Assurer à tous l'alimentation en eau potable en partant d'un taux de 90% en milieu urbain et d'un taux de 43% en milieu rural

Objectif spécifique : Densifier le patrimoine national de points d'eau pérennes en milieu rural et optimiser son utilisation

Actions à mener	Résultats intermédiaires (indicateurs)	Calendrier de réalisation	Structures ou institutions concernées par l'exécution	Coûts estimatifs et moyens de réalisation	Observations
A.1. Renforcer les capacités de production d'eau	<ul style="list-style-type: none"> - Rapport entre les productions et les besoins en eau ; - Pourcentage des besoins en eau couverts - Pourcentage de points d'eau produisant une eau salubre et de qualité acceptable - Pourcentage de la population rurale ayant accès à une eau salubre et de qualité acceptable 	2002-2006	<ul style="list-style-type: none"> • Etat (MMEH) • ONG • Agences d'aide extérieure technique et financière • Collectivités locales • Communautés des usages 	200 milliards	-
A.2. Réaliser l'extension des réseaux d'adduction d'eau et d'interconnexion de systèmes d'AEP	<ul style="list-style-type: none"> - Temps passé à utiliser les systèmes d'AEP (aller-retour, attente du service, utilisation des installations, économie de temps) - Pourcentage des systèmes d'AEP (forages et puits) en fonctionnement 	2002-2008	<ul style="list-style-type: none"> • Etat (MMEH) • ONG • Agences d'aide extérieure technique et financière • Collectivités locales • Communautés des usages 	25 milliards	-
A.3. Redynamiser et sécuriser le système d'exploitation et de maintenance des systèmes d'AEP ruraux	<ul style="list-style-type: none"> - Suffisance et continuité de la production des points d'eau face aux besoins - Nombre de jours écoulés entre une panne et sa réparation 		<ul style="list-style-type: none"> • Etat (MMEH) • ONG • Agences d'aide extérieure technique et financière • Collectivités locales • Communautés des usages 	2 milliards	-
A.4. Réhabiliter et renouveler les équipements	<ul style="list-style-type: none"> - Mois de 2% de forages ayant plus de 30 ans d'âge - Moins de 2% de réseaux ayant plus de 50 ans d'âge - Moins de 2% d'équipement d'exhaure ayant plus de 10 ans d'âge 	2002-2006	<ul style="list-style-type: none"> • Etat (MMEH) • ONG • Agences d'aide extérieure technique et financière • Collectivités locales • Communautés des usages 	2 milliards	-

EAU POTABLE ET ASSAINISSEMENT

79

Objectif du secteur : Assurer à tous l'alimentation en eau potable en partant d'un taux de 90% en milieu urbain et d'un taux de 43% en milieu rural

Objectif spécifique : Gérer rationnellement les ressources en eau

Actions à mener	Résultats intermédiaires (indicateurs)	Calendrier de réalisation	Structures ou institutions concernées par l'exécution	Coûts estimatifs et moyens de réalisation	Observations
A.1. améliorer la connaissance de la ressource	<ul style="list-style-type: none"> - Disponibilité de banque - Caractéristiques des nappes et des modes de réalisation 	2002-2006	<ul style="list-style-type: none"> • Etat (MMEH) • ONG • Agence d'aide extérieure technique et financière • Collectivités locales • Communautés des usages 	10 milliards	-
A.2. Protéger les nappes	<ul style="list-style-type: none"> - Pollution réduite - Exploitation rationalisée - Application du code de l'eau 	2002-2006	<ul style="list-style-type: none"> • Etat (MMEH) • ONG • Agence d'aide extérieure technique et financière • Collectivités locales • Communautés des usages 	12 milliards	-
A.3. Optimiser et protéger les eaux de surface		2002-2006	<ul style="list-style-type: none"> • Etat (MMEH) • ONG • Agence d'aide extérieure technique et financière • Collectivités locales • Communautés des usages 	2 milliards	-

EAU POTABLE ET ASSAINISSEMENT



Objectif du secteur : Assurer à tous l'alimentation en eau potable en partant d'un taux de 90% en milieu urbain et d'un taux de 43% en milieu rural

Objectif spécifique : Gérer rationnellement les ressources en eau

Actions à mener	Résultats intermédiaires (indicateurs)	Calendrier de réalisation	Structures ou institutions concernées par l'exécution	Coûts estimatifs et moyens de réalisation	Observations
A.4. Renforcer les réseaux d'observation et de suivi des ressources en eau	- densité des réseaux d'observation	-	<ul style="list-style-type: none"> • Etat (MMEH) • ONG • Agence d'aide extérieure technique et financière • Collectivités locales • Communautés des usages 	2 milliards	-
A.5. Poursuivre et optimiser la modernisation des outils de gestion des ressources en eau acquise	- Technicité de performances des outils en place	-	<ul style="list-style-type: none"> • Etat (MMEH) • ONG • Agence d'aide extérieure technique et financière • Collectivités locales • Communautés des usages 	3 milliards	-
A.6. Renforcer et mettre en application des instruments réglementaires et de coordination de la gestion des ressources en eau	- Degré d'application des codes de l'eau et de l'assainissement - Niveau de coordination	-	<ul style="list-style-type: none"> • Etat (MMEH) • ONG • Agence d'aide extérieure technique et financière • Collectivités locales 	2 milliards	-

EAU POTABLE ET ASSAINISSEMENT

Objectif du secteur : Assurer des systèmes d'assainissement urbains en partant d'un taux de 37%

Objectif spécifique : Favoriser l'accès des populations des zones urbaines et périurbaines des services d'assainissement

Actions à mener	Résultats intermédiaires (Indicateurs)	Calendrier de réalisation	Structures ou institutions concernées par l'exécution	Coûts estimatifs et moyens de réalisation	Observations
A.1. Renforcer les infrastructures d'assainissement dans les zones urbaines et périurbaines	<ul style="list-style-type: none"> - Densité et répartition spatiale des ouvrages d'assainissement (par ville, par quartier, etc.) collectifs ou autonomes - Fonctionnalité des ouvrages d'assainissement mis en place (pourcentage des ouvrages en état de marche) 	2002-2006	<ul style="list-style-type: none"> • ONG • Agence d'aide extérieure technique et financière • Collectivités locales • Communautés des usages ETAT 	200 milliards	-
A.2. Renforcer les capacités des populations en matière d'assainissement	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre et taux de branchements aux réseaux - Niveaux (ou efficacité) de drainage des eaux usées et des eaux de pluies 	2002-2006	<ul style="list-style-type: none"> • ONG • Agence d'aide extérieure technique et financière • Collectivités locales • Communautés des usages 	150 milliards	
A.3. Mettre en place un cadre institutionnel performant pour le développement, l'exploitation et la gestion des systèmes d'assainissement existants ou à créer	<ul style="list-style-type: none"> - Niveau de traitement des eaux résiduaires rejetées en mer ou dans la nature - Niveau des connaissances et des pratiques en matière d'hygiène individuelle et collective 	2002-2006	<ul style="list-style-type: none"> • ONG • Agence d'aide extérieure technique et financière • Collectivités locales • Communautés des usages 	10 milliards	

81

EDUCATION

Objectif du secteur : Permettre l'accès pour tous à l'éducation de base

Objectif spécifique : Améliorer la qualité des apprentissages de l'éducation préscolaire et de l'enseignement élémentaire et moyen.

Actions à mener	Résultats intermédiaires (Indicateurs)	Calendrier de réalisation	Structures ou institutions concernées par l'exécution	Coûts estimatifs et moyens de réalisation	Observations
A.1. Initier un programme intégré de développement de la petite enfance / éducation/ santé / nutrition des enfants situés dans la tranche d'âge de 3 à 6 ans	- Atteindre 30% des enfants en 2010	2003-2010	<ul style="list-style-type: none"> • Structures étatiques • Bailleurs de fonds • Secteurs privés • ONG • Collectivités locales 	1,1 milliards	-
A.2. Améliorer l'enseignement primaire, à travers la réalisation d'un programme de petite subvention aux écoles et établissements	- 50% des écoles ont soumis un projet d'école et 400 d'entre elles l'ont réalisés - 50% des écoles réussissent à gérer un projet d'école	2004 - 2010	<ul style="list-style-type: none"> • Structures étatiques • Bailleurs de fonds • Secteurs privés • ONG • Collectivités locales 	578 millions	-
A.3. Mener des initiatives en vue de réduire le nombre d'élève par classe dans les zones périurbaines de Dakar	- Réduction du pourcentage d'enfants dans les classes à double flux	2003-2010	<ul style="list-style-type: none"> • Structures étatiques • Bailleurs de fonds • Secteurs privés • ONG • Collectivités locales 	1 milliard	-

EDUCATION

Objectif du secteur : Permettre l'accès pour tous à l'éducation de base

Objectif spécifique : Améliorer la qualité des apprentissages de l'éducation pré-scolaire et de l'enseignement élémentaire et moyen.

Actions à mener	Résultats intermédiaires (indicateurs)	Calendrier de réalisation	Structures ou institutions concernées par l'exécution	Coûts estimatifs et moyens de réalisation	Observations
A.4. Mener des initiatives de lecture à l'école et dans les familles	- 10 à 15 écoles sélectionnées dans chaque IDEN disposent de 20 à 30 livres de lectures	2003-2010	<ul style="list-style-type: none"> • Structures étatiques • Bailleurs de fonds • Secteurs privés • ONG • Collectivités locales 	108 millions	-
A.5. Développer un programme de fournitures de manuels scolaires	- Atteindre 3 livres par élèves du primaire et du moyen	2003-2010	<ul style="list-style-type: none"> • Structures étatiques • Bailleurs de fonds • Secteurs privés • ONG • Collectivités locales 	21,685 milliards	-
A.6. Augmenter la capacité d'apprentissage des élèves par un programme de santé scolaire et de nutrition	<ul style="list-style-type: none"> - Réalisation d'un programme de santé scolaire et de nutrition - Nombre d'élèves touchés par le programme 	2003-2010	<ul style="list-style-type: none"> • Structures étatiques • Bailleurs de fonds • Secteurs privés • ONG • Collectivités locales 	Cf action A1 page 70	-

EDUCATION

Objectif du secteur : Permettre l'accès pour tous à l'éducation de base

Objectif spécifique : Améliorer la qualité des apprentissages de l'éducation pré-scolaire et de l'enseignement élémentaire et moyen.

Actions à mener	Résultats intermédiaires (Indicateurs)	Calendrier de réalisation	Structures ou institutions concernées par l'exécution	Coûts estimatifs et moyens de réalisation	Observations
A.7. Promouvoir l'éducation des enfants à besoins spéciaux	- Nombre d'enfants touchés	2002-2010	<ul style="list-style-type: none"> • Structures étatiques • Bailleurs de fonds • Secteurs privés • ONG • Collectivités locales 	1,540 milliards	-
A.8. Mener une initiative en vue de réduire le redoublement et les abandons scolaires	- Réduire le taux de redoublement annuel de 10%	2003-2010	<ul style="list-style-type: none"> • Structures étatiques • Bailleurs de fonds • Secteurs privés • ONG • Collectivités locales 	18,910 milliards	-
A.9. Promouvoir l'éducation de base des adultes	<ul style="list-style-type: none"> - Elaborer et mettre en œuvre un programme pour l'éducation des adultes - Nombre d'adultes touchés par le programme soit 120.000/an, dont 75% de femmes (alphabétisation) 	2003-2010	<ul style="list-style-type: none"> • Structures étatiques • Bailleurs de fonds • Secteurs privés • ONG • Collectivités locales 	25,717 milliards	-

EDUCATION

Objectif du secteur : Permettre l'accès pour tous à l'éducation de base

Objectif spécifique : Améliorer la qualité des apprentissages de l'éducation pré-scolaire et de l'enseignement élémentaire et moyen.

Actions à mener	Résultats intermédiaires (indicateurs)	Calendrier de réalisation	Structures ou institutions concernées par l'exécution	Coûts estimatifs et moyens de réalisation	Observations
A.10. Développer un nouveau curriculum de l'éducation de base	- Curriculum stabilisé	2003-2010	<ul style="list-style-type: none"> • Structures étatiques • Bailleurs de fonds • Secteurs privés • ONG • Collectivités locales 	8,4 milliards	-
A.11. Renforcer les compétences pédagogiques des enseignants	- Nombre d'enseignants formés par an	2003-2010	<ul style="list-style-type: none"> • Structures étatiques • Bailleurs de fonds • Secteurs privés • ONG • Collectivités locales 	5,775 milliards	-
A.12. Promouvoir les échanges et la recherche en matière de développement curriculaire	- Etude réalisée sur le curriculum et document disponible	2003-2010	<ul style="list-style-type: none"> • Structures étatiques • Bailleurs de fonds • Secteurs privés • ONG • Collectivités locales 	8,4 milliards	-

EDUCATION

Objectif du secteur : Permettre l'accès pour tous à l'éducation de base

Objectif spécifique : Moderniser et renforcer la gestion dans le secteur éducatif

Actions à mener	Résultats intermédiaires (indicateurs)	Calendrier de réalisation	Structures ou institutions concernées par l'exécution	Coûts estimatifs et moyens de réalisation	Observations
A.1. Améliorer les capacités techniques du personnel de l'éducation	- Nombre de séminaires et sessions de formation réalisés	2003-2010	<ul style="list-style-type: none"> • Structures étatiques • Bailleurs de fonds • Secteurs privés • ONG • Collectivités locales 	5,775 milliards	-
A.2. Développer un système de planification décentralisée participative et contractualisé	- 10 PRDE élaborés et 41 PDDE élaborés	2003-2010	<ul style="list-style-type: none"> • Structures étatiques • Bailleurs de fonds • Secteurs privés • ONG • Collectivités locales 	784,700 millions	-
A.3. Développer et améliorer la participation des parents d'élèves, des structures communautaires de base et de l'école	- Plans de communication élaborés et disponibles	2003-2010	<ul style="list-style-type: none"> • Structures étatiques • Bailleurs de fonds • Secteurs privés • ONG • Collectivités locales 	6,465 milliards	-

EDUCATION

Objectif du secteur : Permettre l'accès pour tous à l'éducation de base

Objectif spécifique : Moderniser et renforcer la gestion dans le secteur éducatif

Actions à mener	Résultats Intermédiaires (Indicateurs)	Calendrier de réalisation	Structures ou institutions concernées par l'exécution	Coûts estimatifs et moyens de réalisation	Observations
A.4. Systématiser une politique de suivi et d'évaluation des programmes	- Document de politique et programme de suivi élaborés	2003-2010	<ul style="list-style-type: none"> • Structures étatiques • Bailleurs de fonds • Secteurs privés • ONG • Collectivités locales 	3,635 milliards	-
A.5. Mettre en place un système de gestion financière.	- Un système de gestion élaboré, adopté et disponible	2003-2010	<ul style="list-style-type: none"> • Structures étatiques • Bailleurs de fonds • Secteurs privés • ONG • Collectivités locales 	2,935 milliards	-
A.6. Augmenter le pourcentage d'élèves inscrits dans les écoles qui offrent un cycle complet de 6 ans	- Augmenter le taux d'inscrits de 64% à 80%	2003-2010	<ul style="list-style-type: none"> • Structures étatiques • Bailleurs de fonds • Secteurs privés • ONG • Collectivités locales 	63 milliards	- Activité comportant la mise en place et l'équipement d'infrastructures scolaires
A.7 Réduire le nombre de classes dont la taille est au-dessus de la norme maximale ou au-dessous de la norme minimale	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de classes additives construites par an : 2000 classes /an - Nombre de maîtres recrutés par an : 2000 maîtres (normes PDEF) 	2003-2010	<ul style="list-style-type: none"> • Structures étatiques • Bailleurs de fonds • Secteurs privés • ONG • Collectivités locales 	25,637 milliards	-

EDUCATION

Objectif du secteur : Permettre l'accès pour tous à l'éducation de base

Objectif spécifique : Assurer l'équité dans l'éducation

Actions à mener	Résultats intermédiaires (indicateurs)	Calendrier de réalisation	Structures ou institutions concernées par l'exécution	Coûts estimatifs et moyens de réalisation	Observations
A.1. Construire des centres pour le développement de la petite enfance	- Nombre de centres construits : 300 centres/an	2003-2010	<ul style="list-style-type: none"> • Structures étatiques • Bailleurs de fonds • Collectivités locales • ONG 	4,065 milliards	-
A.2. Recruter et former des maîtres polyvalents pour les centres de développement de la petite enfance	- 300 maîtres formés /an	2003-2010	<ul style="list-style-type: none"> • Structures étatiques • Bailleurs de fonds • Collectivités locales • ONG 	180 millions	-
A.3. Recruter et former des maîtres pour le développement de la petite enfance	- 200 maîtres formés / an	2003-2010	<ul style="list-style-type: none"> • Structures étatiques • Bailleurs de fonds • Collectivités locales • ONG 	1,2 milliards	-
A.4. Construire des salles de classes du primaire	- 2000 classes dans le primaire par an	2003-2010	<ul style="list-style-type: none"> • Structures étatiques • Bailleurs de fonds • Collectivités locales • ONG 	63 milliards	Cf : A6 page 76
A.5. Mettre à niveau des écoles primaires existantes par l'équipement en latrines et points d'eau, la réhabilitation et la maintenance et l'équipement en mobilier	<ul style="list-style-type: none"> - 1800 classes en première phase - 570 écoles équipées en puits - 1080 latrines - 390 classes équipées en table-bancs 	2003-2010	<ul style="list-style-type: none"> • Structures étatiques • Bailleurs de fonds • Collectivités locales • ONG 	25,637 milliards	-

EDUCATION

Objectif du secteur : Permettre l'accès pour tous à l'éducation de base

Objectif spécifique : Assurer l'équité dans l'éducation

Actions à mener	Résultats intermédiaires (indicateurs)	Calendrier de réalisation	Structures ou institutions concernées par l'exécution	Coûts estimatifs et moyens de réalisation	Observations
A.6. Développer des petits collèges de proximité	- 200 salles d'enseignement moyens construits par an	2003-2010	<ul style="list-style-type: none"> • Structures étatiques • Bailleurs de fonds • Collectivités locales • ONG 	6 milliards	-
A.7. Construire et financer l'entretien de classes supplémentaires	- 2000 classes par an, sur 3 ans	2003-2007	<ul style="list-style-type: none"> • Structures étatiques • Bailleurs de fonds • Collectivités locales • ONG 	31,680 milliards	-
A.8. Augmenter le budget de fonctionnement de l'éducation consacré à l'enseignement primaire					
A.9. Améliorer le taux brut de scolarisation (TBS) du primaire					

EDUCATION

Objectif du secteur : Permettre l'accès pour tous à l'éducation de base

Objectif spécifique : Assurer l'équité dans l'éducation

Actions à mener	Résultats intermédiaires (indicateurs)	Calendrier de réalisation	Structures ou institutions concernées par l'exécution	Coûts estimatifs et moyens de réalisation	Observations
A.10. Mettre en place un modèle permettant d'accueillir des enfants de la tranche d'âge de 3 à 5 ans dans les centres de développement de la petite enfance	- 30% des enfants de la tranche d'âge de 3 à 5 ans sont accueillis dans les centres	2003-2010	<ul style="list-style-type: none"> • Ministère de la famille et de la petite enfance • Bailleurs de fonds • Collectivités locales • ONG 	1,06 milliards	-
A.11. Alphabétiser des personnes âgées de 15 à 49 ans, dont une majorité de femmes	- 120 000 personnes / an dont 75% de femmes	2003-2010	<ul style="list-style-type: none"> • Structures étatiques • Bailleurs de fonds • Collectivités locales • ONG 	496,3 millions	-

ALIMENTATION ET NUTRITION

Objectif du secteur : Réduire la malnutrition grave ou modérée dont sont victimes les enfants de moins de 5 ans en réduire à 5% le taux de retard de croissance et le niveau de l'insuffisance pondérale à 5% d'ici 2010.

Objectif spécifique : Bonne utilisation des techniques de conservation des aliments.

Actions à mener	Résultats intermédiaires (indicateurs)	Calendrier de réalisation	Structures ou institutions concernées par l'exécution	Coûts estimatifs et moyens de réalisation	Observations
A.1. Vulgariser les techniques de conservation des aliments	- 50% des femmes fréquentant les services de nutrition communautaire sont initiées aux techniques de conservation des aliments	2003-2007	ITA - CNC - SNHP - SNAN - congrégations religieuses	100 millions	-
A.2. Mettre en place des technologies appropriées à moindre coût	- 20% des femmes reproductives disposent de technologies appropriées de conservation des aliments	2003-2009	Ministère de la Santé, SNHP- SNAN-ITA - CCTAS - CRAT	100 millions	-

ALIMENTATION ET NUTRITION

Objectif du secteur : Réduire la malnutrition grave ou modérée dont sont victimes les enfants de moins de 5 ans en réduire à 5% le taux de retard de croissance et le niveau de l'insuffisance pondérale à 5% d'ici 2010.

Objectif spécifique : Régime alimentaire des Enfants et Femmes diversifié

Actions à mener	Résultats Intermédiaires (indicateurs)	Calendrier de réalisation	Structures ou institutions concernées par l'exécution	Coûts estimatifs et moyens de réalisation	Observations
A.1. Sensibiliser à l'utilisation des produits alimentaires appropriés pour les enfants et les femmes	- 50% des femmes reproductives connaissent les meilleurs produits pour une alimentation saine et équilibrée pour la femme et pour l'enfant	2003-2010	M.S - ASBEF - MAE - CNC	300 millions	
A.2. Diversifier l'offre de produits alimentaires riche en nutriments	- De nouveaux produits sont proposés par les institutions de recherche - 50% des mères pratiquent l'allaitement maternel exclusif pendant les premiers mois du bébé	2003-2010	ITA - MS - ISRA - MAE - CDMIRD	300 millions	Appui à la recherche opérationnelle
A.3. Promouvoir l'allaitement maternel et les bonnes pratiques d'alimentation et de complémentation		2003-2010	CNC - DS - MS - MEDIAS	500 millions	-
A.4. Implanter le Paquet d'activités intégrées de nutrition (PAIN) dans les zones rurales et périurbaines		2003-2010	MS - PRN - ONG - MAE - MFPE	350 millions	Il s'agit de la mise en place de structures complémentaires

ALIMENTATION ET NUTRITION

Objectif du secteur : Réduire la malnutrition grave ou modérée dont sont Victimes les enfants de moins de 5 ans en réduire à 5% le taux de retard de croissance et le niveau de l'insuffisance pondérale à 5% d'ici 2010.

Objectif spécifique : Régime alimentaire des Enfants et Femmes diversifié

Actions à mener	Résultats intermédiaires (indicateurs)	Calendrier de réalisation	Structures ou institutions concernées par l'exécution	Coûts estimatifs et moyens de réalisation	Observations
A.5. Développer la Prise en charge. Intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) communautaire	- 60% des communautés de base mettent en œuvre la PCIME communautaire	2003-2010	<ul style="list-style-type: none"> • MS – ONG - PRN 	300 millions	En plus du coût prévu pour le PAIN
A.6. Créer des structures de récupération nutritionnelle dans les zones défavorisées prises	- Au moins 1 CREM dans chaque district de santé	2003-2008	<ul style="list-style-type: none"> • MS • Bailleurs de fonds 	500 millions	Réhabilitation de structures existantes et création de nouvelles structures
A.7. Développer la prise en charge des enfants malnutris au niveau communautaire	- Nombre de structures communautaires qui prennent en charge les enfants malnutris	2003-2010	<ul style="list-style-type: none"> • MS – ONG – PRN • MAE • Bailleurs de fonds 	250 millions	-

ALIMENTATION ET NUTRITION

Objectif du secteur : Assurer la sécurité alimentaire des femmes et des enfants

Objectif spécifique : Valorisation plus accrue des produits agro-alimentaires

Actions à mener	Résultats intermédiaires (Indicateurs)	Calendrier de réalisation	Structures ou institutions concernées par l'exécution	Coûts estimatifs et moyens de réalisation	Observations
A.1. Adopter des mesures incitatives en faveur des industries agro-alimentaires	- Baisse de la TVA sur les produits alimentaires qui rentrent dans la consommation des nourrissons	2003-2010	<ul style="list-style-type: none"> MEF-MC/PME-PMI-MAE-MS 	-	Stratégie
A.2. Utiliser d'avantage les résultats de la recherche	- Augmentation et diversification des produits agro-alimentaires locaux	2003-2007	<ul style="list-style-type: none"> PME-PMI (agro-alimentaire) MC-ITA-CDH 	100 millions	Appui technique et IEC
A.3. Assurer une meilleure maîtrise des technologies appropriées pour la conservation	- 20% des producteurs agricoles et horticoles utilisent les techniques les plus appropriées de conservation des récoltes	2003-2007	<ul style="list-style-type: none"> Groupement de producteurs - ITA-CDH-MA 	150 millions	En complément aux actions en cours

ALIMENTATION ET NUTRITION

Objectif du secteur :

Assurer la sécurité alimentaire des femmes et des enfants

Objectif spécifique :

Déficit de produits alimentaires comblé

Actions à mener	Résultats intermédiaires (Indicateurs)	Calendrier de réalisation	Structures ou institutions concernées par l'exécution	Coûts estimatifs et moyens de réalisation	Observations
A.1. Promouvoir les activités maraichères et le petit élevage domestique	- 35% des ménages touchés par des programmes mis en œuvre à cet effet	2003-2010	<ul style="list-style-type: none"> • MAE – MDSSN • ONG 	100 millions	En complément au programme spécial de sécurité alimentaire e cours
A.2. Sensibiliser sur l'utilisation des produits locaux	<ul style="list-style-type: none"> - Programme de sensibilisation élaboré et mis en œuvre - 35% des femmes sensibilisées sur l'utilisation des produits 	2003-2010	<ul style="list-style-type: none"> • MS – MAE • MDSSN – ITA • ONG 	300 millions	En complément aux programmes existant
A.3. Diversifier la production locale	- Gamme de produits locaux disponibles	2003-3010	<ul style="list-style-type: none"> • MAE – ISRA • PROCÉDES • ENDA 	500 millions	En complément aux programmes existant

ALIMENTATION ET NUTRITION

Objectif du secteur : Assurer la sécurité alimentaire des enfants

Objectif spécifique : Production agro-alimentaire améliorée

Actions à mener	Résultats Intermédiaires (indicateurs)	Calendrier de réalisation	Structures ou institutions concernées par l'exécution	Coûts estimatifs et moyens de réalisation	Observations
A.4. Renforcer les capacités des producteurs	- Les producteurs sont initiés aux techniques de production à haut rendement et aux méthodes souples de gestion	2003-2010	<ul style="list-style-type: none"> • ONG – MAE – CDH – • Organisations de Producteurs • ISRA – IRD – Bailleurs de Fonds 	50 millions	Voir programme de formation développé
A.5. Améliorer les conditions de production des GPF exerçant des activités de transformation	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de GPF encadrés - Nombre de GPF menant des activités de transformations de produits locaux 	2003-2010	- ONG – MDSSN, MAE etc	100 millions	-
A.6. Renforcer l'appui technique et technologique des GPF et petits producteurs	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de GPF ayant bénéficié d'un appui technique - Nombre de structures ayant bénéficié de crédit 	2003-2010	- ONG, MAE, Organisations de producteurs	150 millions	-