

1121

**OPERATION NATIONALE D'EVALUATION**

**DE LA POLITIQUE DE POPULATION**

**(ONEP)**

**DRAFT FINAL**

*Janvier 2001*

## **SOMMAIRE**

▪ Sigles et abréviations.....	P.3
▪ Résumé exécutif.....	P.7
<b>Chapitre 1 : Situation en matière de population et développement 1997-2001.....</b>	<b>P.12</b>
1.1. Analyse du contexte national de développement.....	P.12
1.2. Interrelations Population et développement durable.....	P.19
1.3. Perspectives Population et développement.....	P.20
<b>Chapitre 2 : Niveaux, tendances et caractéristiques de la population.....</b>	<b>P22</b>
2.1. Evaluation des données quantitatives et qualitatives nécessaires à l'analyse du développement démo-économique et socioculturel.....	P.24
2.2. Evolution, tendance et perspectives de la dynamique des populations.....	P.28
2.3. Niveaux et tendances en matière d'éducation, d'alphabétisation, de formation professionnelle, d'emploi et de main d'œuvre.....	P.28
2.4. Analyse des liens entre la dynamique des populations, l'espace et le processus de développement.....	P.31
<b>Chapitre 3 : Progrès accomplis et besoins critiques concernant le domaine de population et développement, la santé de la reproduction et la parité des sexes.....</b>	<b>P.32</b>
3.1. Analyse des performances en matière de réalisation de certains objectifs-clés du PA/CIPD.....	P.32
3.2. Analyse du cadre institutionnel de formulation et de mise en œuvre des politiques et programmes de population.....	P.34
3.3. Situation et réalisations selon les trois domaines de concentration : population et stratégies de développement, santé de la reproduction, plaidoyer, y compris les questions de genre.....	P.40
3.4. Analyse de l'adéquation à long terme des objectifs et stratégies en matière de PSD, SR et parité des sexes et leur pertinence vis-à-vis du PA/CIPD : leçons apprises et préoccupations majeures pour le futur..	P.67

<b>Chapitre 4 : Mobilisation des ressources.....</b>	<b>P.69</b>
<i>4.1. Analyse de la situation et de la tendance dans l'allocation des ressources nationales et externes aux programmes de population (avant et après la CIPD, Initiative 20/20).....</i>	<i>P.69</i>
<i>4.2. Examen et propositions d'actions pour l'augmentation des ressources.....</i>	<i>P.75</i>
<b>Chapitre 5 : Recommandations des axes stratégiques.....</b>	<b>P.77</b>
<i>5.1. Analyse synthétique des besoins essentiels et des axes stratégiques prioritaires en matière de population et développement, santé de la reproduction et genre.....</i>	<i>P.77</i>
<i>5.2. Identification des actions les plus pertinentes pour les investissements.....</i>	<i>P.77</i>
<b>Chapitre 6 : Domaines d'actions prioritaires pour l'assistance extérieure 2002-2006.....</b>	<b>P.93</b>
<i>6.1. Identification des priorités pour l'assistance extérieure.....</i>	<i>P.93</i>
<i>6.2. Identification des priorités pour l'assistance du FNUAP.....</i>	<i>P.98</i>
<b>Conclusions.....</b>	<b>P.100</b>
▪ <b>Annexes.....</b>	<b>P.104</b>

**SIGLES ET ABREVIATIONS**

AAC	:	Analyse de l'Acheminement des Clients
ACDEV	:	Action et Développement
ADEMAS	:	Agence pour le Développement du Marketing Social
AFD	:	Agence Française de Développement
AJS	:	Association des Juristes Sénégalais
AME	:	Allaitement Maternel Exclusif
AMIU	:	Aspiration Manuelle Intra-Utérine
ANIOS	:	Association Nationale des Imams et Oulémas du Sénégal
APAPS	:	Association pour la Promotion des Activités de Population au Sénégal
APF	:	Association pour la Promotion de la Famille
APROFES	:	Association pour la Promotion des Femmes au Sénégal
ARD	:	Agence Régionale de Développement
AS	:	Analyse Situationnelle
ASBEF	:	Association Sénégalaise pour le Bien-Être Familial
ASC	:	Association Sportive et Culturelle
ASPF	:	Association Sénégalaise pour la Promotion de la Femme
ASRADEC	:	Association Sénégalaise de Recherche et d'Appui au Développement Communautaire
BAD	:	Banque Africaine de Développement
BCI	:	Budget Consolidé d'Investissement
CAP	:	Connaissances, Attitudes et Pratiques
CAPEs	:	Centre Africain pour la Protection de l'Environnement au Sahel
CAS/PNDS	:	Cellule d'Appui et de Surveillance... <i>suivi</i>
CCA	:	Centres Conseils pour adolescents
CDE	:	Convention des Droits de l'Enfant
CEDAW/CEDEF:	:	<i>Convention for the Elimination of Discrimination Against Women/Convention pour l'Élimination de Toutes Formes de Discrimination à l'Égard des Femmes</i>
CEFOREP	:	Centre de Formation et de Recherche sur la Santé de la Reproduction
CERPOD	:	Centre d'Études et de Recherche sur la Population et le Développement
CFJ	:	Centre de Formation Judiciaire
CGO	:	Clinique de Gynécologie et d'Obstétrique
CHU	:	Centre Hospitalo-Universitaire
CIED	:	Centre Communautaire d'Information et d'Éducation pour le Développement
CIPD	:	Conférence Internationale sur la Population et le Développement
CNES	:	Conseil National des Employeurs du Sénégal
COCOES	:	Comité de Coordination des Enquêtes Statistiques
COIN	:	Centre d'Orientation et d'Information des Jeunes
CONAPORH	:	Commission Nationale de la Population et des Ressources Humaines
COPE	:	<i>Client Oriented Provider Efficient</i>
COREPORH	:	Comités Régionaux de la Population et des Ressources Humaines
COSEF	:	Conseil Sénégalais des Femmes
COSEPRAT	:	Conseil Sénégalais sur les Pratiques Néfastes à la Santé.
CPN	:	Consultation Pré-Natale
CS	:	Centre de Santé
CSS	:	Caisse de Sécurité Sociale
CST/EAT	:	<i>Country Support Team /Equipe d'Appui Technique</i>
DAS	:	Direction de l'Action Sociale

DAEB	:	Direction de l'Alphabétisation et de l'Education de base
DBEF	:	Direction du Bien-Être Familial
DCEF	:	Direction de la Coopération Economique et Financière
DDC	:	Direction du Développement Communautaire
DDI	:	Direction de la Dette et de l'Investissement
DEA	:	Diplôme d'Etudes Approfondies
DERF	:	Direction des Etudes, des Reformes et de la Formation
DESS	:	Diplôme d'Etudes Supérieures Spécialisées
DIEM	:	Direction des Infrastructures et des Equipements Médicaux
DPP	:	Déclaration de Politique de Population
DPPA	:	Déclaration de Politique de Population Actualisée
DPRH	:	Direction de la Planification des Ressources Humaines
DPS	:	Direction de la Prévision et de la Statistique
DS	:	District de Santé
EDS	:	Enquête Démographique de Santé
EFI	:	Ecole de Formation des Instituteurs
EMUS	:	Enquête Migration et Urbanisation au Sénégal
ENDA	:	<i>Environnement et Développement en Afrique</i>
ENDSS	:	Ecole Nationale de Développement Sanitaire et Social
EPS	:	Education pour la Santé
EPT	:	<i>Education pour tous</i>
ESAM	:	Enquête Socio-Économique auprès des Ménages
ESIS	:	Enquête sur les Indicateurs de Santé
ESP	:	Enquête sur les Priorités
EVF/EMP	:	Education à la Vie Familiale et en Matière de Population
FAFS	:	Fédération des Associations Féminines du Sénégal
FAR	:	Femme en Age de Reproduction
FED	:	Fonds Européen de Développement
FIS	:	Fonds d'Investissement Social
FM	:	<i>Frequency Modulation (Modulation de fréquence)</i>
FMI	:	Fonds Monétaire International
FNGPF	:	Fédération Nationale des Groupements de Promotion Féminine
FNR	:	Fonds National de Retraite
FNUAP	:	Fonds des Nations Unies pour la Population
GED	:	Genre et Développement
GEEP	:	Groupe pour l'Etude et l'Enseignement de la Population
GPF	:	Groupement de Promotion Féminine
GRF	:	Groupe de Recherche et d'Etude sur les Femmes
GTZ	:	<i>Gesselschaft Fur Technische Zusammenarbeit (Coopération Technique Allemande)</i>
HALD	:	Hôpital Aristide Le Dantec
HCR	:	Haut-Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés
IB	:	Initiative de Bamako
IDH	:	Indicateur de Développement Humain
IEC	:	Information, Education, Communication
IAA	:	Institut Islamique Africain Américain
ICP	:	Infirmier Chef de Poste
IDA	:	<i>International Development Association.</i>
INEADE	:	Institut National d'Etude et d'Action pour le Développement de l'Education

IPM	:	Institut de Prévoyance Maladie
IPPF	:	<i>International Planned Parenthood Federation</i>
IPRES	:	Institution de Prévoyance Retraite du Sénégal
ISF	:	Indice Synthétique de Fécondité
IST	:	Infection Sexuellement Transmissible
JHU	:	John Hopkins University
JICA	:	<i>Japanese International Cooperation Agency</i> (Coopération bi-laterale Japonaise)
KFW	:	<i>Kreditanstalt Fur Wiederaufbau</i> (Crédit pour la Reconstruction)
LMD	:	Lutte contre les Maladies Diarrhéiques
MEFP	:	Ministère de l'Economie des Finances et du Plan
MENETEF	:	Ministère de l'Education Nationale, de l'Enseignement Technique et de la Formation Professionnelle
MFSN	:	Ministère de la Famille et de la Solidarité Nationale
MGF	:	Mutilations Génitales Féminines
MJ	:	Ministère de la Jeunesse
MS	:	Ministère de la Santé
NTIC	:	Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication
OMC	:	Organisation Mondiale du Commerce
OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé
ONAS	:	Office National d'Assainissement du Sénégal
ONG	:	Organisation Non Gouvernementale
ORL	:	Oto-Rhino-Laryngologie
PADDEL	:	Projet d'Appui à la Décentralisation et au Développement Local
PADMIR	:	Projet d'Appui à la Décentralisation en Milieu Rural
PAES	:	Programme pour l'Amélioration de l'Enseignement Supérieur
PAFS	:	Plan d'Action Forestier du Sénégal
PAIN	:	Paquet d'Activités Intégrées de Nutrition
PAIP	:	Programme d'Action et d'Investissement Prioritaires
PAIS	:	Projet d'Alphabétisation Intensive du Sénégal
PAM	:	Programme Alimentaire Mondial
PANAF	:	Plan d'Action National de la Femme
PAPA	:	Projet d'Appui au programme d'Alphabétisation
PAPF	:	Projet d'Alphabétisation Priorité Femme
PDEF	:	Programme Décennal de Développement de l'Education et de la Formation
PDIS	:	Programme de Développement Intégré de la Santé
PDRH	:	Programme de Développement des Ressources Humaines
PECIME	:	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PELCP	:	Programme Elargi de Lutte contre la Pauvreté
PEV	:	Programme Elargi de Vaccination
PF	:	Planification Familiale
PI	:	Prévention des Infections
PIB	:	Produit Intérieur Brut
PIC	:	Programme d'Investissement Communal
PLD	:	Plans Locaux de Développement
PLP	:	Programme de Lutte contre la Pauvreté
PNA	:	Pharmacie Nationale d'Approvisionnement
PNAE	:	Plan National d'Action pour l'Environnement
PNAT	:	Plan National d'Aménagement du Territoire

PNDS	:	Programme National de Développement Sanitaire
PNLS	:	Programme National de Lutte contre le SIDA
PNPF	:	Programme National de Planification Familiale
PNUD	:	Programme des Nations Unies pour le Développement
PPJ	:	Projet de Promotion des Jeunes
PPS	:	Point de Prestation de Services
PRAF	:	Plan Régional d'Action de la Femme
PRDI	:	Programme Régional de Développement Intégré
PSD	:	Population et Stratégies de Développement
PTIP	:	Programme Triennal d'Investissement Public
RADI	:	Réseau Africain pour le Développement Intégré
RAFET	:	Réseau Africain des Femmes Travailleuses
RAPID	:	Ressources pour l'Analyse de la Population et de son Impact sur le Développement
RASEF	:	Réseau Sénégalais des Femmes Entrepreneures
RDP	:	Revue des Dépenses Publiques
RGPF	:	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
RIP	:	Réseau Islam et Population
SAA	:	Soin après Avortement
SBC	:	Service à base communautaire
SANFAM	:	Santé de la Famille
SDE	:	Sénégalaise des Eaux
SIDA	:	Syndrome d'Immuno-Déficienc Acquis
SIG	:	Système d'Information à des fins de Gestion
SISR	:	Service Intégré de Santé de la Reproduction
SMI	:	Santé Maternelle et Infantile
SONES	:	Société Nationale des Eaux du Sénégal
SOU	:	Soins Obstétricaux d'Urgence
SNAN	:	Service National de l'Alimentation et de la Nutrition
SNEPS	:	Service National de l'Education pour la Santé
SNSR	:	Service National de la Santé de la Reproduction
SOMARC	:	<i>Social Marketing for Change</i>
SPIDS	:	Syndicat des Patrons et Industriels du Sénégal
SPSR	:	Sous-Programme de Santé de la Reproduction
SR	:	Santé de la Reproduction
SRAT	:	Schéma Régional d'Aménagement du Territoire
SWAA	:	<i>Society for African Women Against AIDS/ Société des Femmes Africains face au SIDA</i>
TOSTAN	:	(ou Ecllosion) est le nom d'une ONG
UCAD	:	Université Cheikh Anta Diop
UE-ACP	:	Union Européenne- Afrique, Caraïbes et Pacifique
UEMOA	:	Union Economique et Monétaire Ouest Africaine
UEPA	:	Union pour l'Etude de la Population en Afrique.
UNICEF	:	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
UNICOM	:	Unité de Communication
UNIFEM	:	Fonds des Nations-Unies pour la Femme
USAID	:	Agence Américaine pour le Développement international
VIH	:	Virus d'Immuno-Déficienc Humain

## **RESUME EXECUTIF**

Afin de marquer son engagement dans la résolution des problèmes de population, le Sénégal a adopté, en avril 1988, une *Déclaration de Politique de Population (DPP)*.

Cadre de référence en matière de Population et Développement, la *DPP* traduit la volonté du gouvernement sénégalais de prendre en compte les variables démographiques dans les stratégies et politiques de développement.

Au Sénégal, la mise en œuvre de la politique de population s'est concrétisée par la conception et l'application de deux *Programmes d'Actions et d'Investissements Prioritaires (PAIP)* qui constituent le cadre global d'intervention en matière de Population et Développement.

Le deuxième *PAIP* (1997-2001) se fixe, comme objectif global, de contribuer à l'amélioration du niveau de vie des populations. Ce programme est articulé, conformément à la *Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD)*, autour de trois domaines de concentration : *Population et Stratégies de développement (PSD)*, *Santé de la Reproduction (SR)* et *Plaidoyer*.

A ces trois domaines, est venue s'ajouter la composante *Genre*.

Les stratégies retenues par le programme visent à mettre en œuvre un des objectifs stratégiques du *IXème Plan d'Orientation* : " *poursuivre la mise en valeur des ressources humaines et atténuer les tendances démographiques défavorables* ".

Au cours de la période 2002-2006, les domaines d'actions prioritaires suivants ont été identifiés pour l'assistance extérieure :

### **A) Les priorités dans le domaine Population et Stratégie de Développement (PSD)**

#### **Axe stratégique no1 : Opérationnalisation de la Déclaration de Politique de Population actualisée (DPPA)**

Dans la perspective d'une mise en œuvre efficace de la politique de population, il est nécessaire de disposer d'un cadre cohérent de programmation, d'exécution et de suivi des activités de population. Ce qui permettra d'assurer une meilleure coordination des interventions et de mieux apprécier l'impact des différents sous programmes par rapport aux attentes des bénéficiaires. D'où la nécessité de rendre plus fonctionnelles les structures de gestion de la politique de population à tous les niveaux.

#### **Axe stratégique no2 : Renforcement de la recherche et de la formation sur les questions de population**

La non maîtrise des questions relatives à la population s'est révélée comme une contrainte majeure. D'où la nécessité de renforcer les capacités des ressources et l'utilité des recherches sur les problèmes liés à la population pour leur prise en compte dans les programmes nationaux.

#### **Axe stratégique no3 : Décentralisation de la conception, de la mise en œuvre et du suivi évaluation des programmes de population au niveau local**

La non opérationnalisation du transfert des compétences, particulièrement en matière de population, constitue un handicap pour une plus grande implication des collectivités locales.

Un réexamen des textes devrait favoriser l'élaboration des programmes de population au niveau décentralisé et encourager une plus grande implication des collectivités locales, facilitant, du même coup, la mise en œuvre et la mobilisation de ressources pour le financement des activités qui pourront bénéficier des retombées de la coopération décentralisée et du partenariat au niveau local, entre différents acteurs.

Cela devrait également renforcer les initiatives locales pour la conception de programmes locaux en matière de population, jusqu'alors pénalisés par un manque d'informations, l'absence de moyens (équipement matériel et logistique) et de motivation des acteurs.

**Axe stratégique no4 : Amélioration des systèmes de collecte, d'analyse, de diffusion des données sur la population et l'enregistrement des faits d'état civil**

L'absence d'un système d'information sur la population et d'un dispositif performant d'enregistrement des faits d'état civil entravent l'appréhension correcte de l'ampleur des problèmes de populations et de leur évolution. C'est pourquoi, il est nécessaire de renforcer les mécanismes de collecte, d'exploitation et de diffusion de données sur la population. L'Etat Civil constitue une source de donnée appréciable à renforcer. En outre les résultats des études spécifiques menées en population et développement devrait être largement diffusés auprès des chercheurs et des différents acteurs des programmes, aidant, ainsi, à une meilleure information et sensibilisation.

**Axe stratégique no5 : Renforcement de la formation et la sensibilisation des jeunes sur les problèmes de population**

Les jeunes, en raison de leur importance numérique et des risques auxquels ils sont exposés, constituent des cibles privilégiées dans la mise en œuvre de certains programmes. Cependant les approches développées pour les sensibiliser et prendre en charge leurs besoins sont souvent limitées. C'est pourquoi, il s'avère nécessaire, par souci d'une plus grande efficacité, de développer des stratégies d'interventions adaptées en milieu jeune, tout en tenant compte de l'environnement.

**Axe stratégique no6 : Amélioration de la contractualisation avec les partenaires (ONG, associations, agence d'exécution) dans la mise en œuvre des activités des programmes de population**

L'absence d'interrelations et d'interactions entre les différents partenaires évoluant dans le domaine population et développement n'a pas permis de créer la dynamique et la synergie nécessaires permettant une coordination des interventions, une rationalisation des moyens et des ressources au profit des programmes de populations.

D'où la nécessité, pour tenir compte des nouvelles dynamiques et dans un souci d'efficacité, de préconiser la *politique du faire-faire*, en signant des protocoles ou des conventions avec des ONG, ou d'autres acteurs, dans le cadre de la réalisation de certaines interventions.

**Axe stratégique no7 : Appui à la prise en charge sociale des groupes vulnérables**

Des programmes et actions spécifiques doivent être initiés en direction de certains groupes cibles particulièrement vulnérables en prenant en compte les problèmes de genre. D'où la nécessité de mener des études spécifiques pour identifier leurs besoins afin d'y répondre.

## **B) Les Priorités dans le domaine du Genre**

*Axe stratégique : Renforcer la maîtrise du concept genre*

## **C) Les Priorités dans le domaine de la Santé de la Reproduction (SR) :**

Le Sénégal a connu, durant les cinq dernières années, de profondes mutations politiques, économiques et sociologiques. La consolidation de son régime démocratique, ses réformes apportées aux secteurs vitaux du développement ont induit une croissance économique dont les performances restent cependant fragiles au regard de l'importance de la demande sociale. Les incidences des politiques d'ajustement ont approfondi les déficits sociaux et accéléré la détérioration des conditions de santé des populations. L'état sénégalais ne peut faire face tout seul aux multiples défis qui l'assaillent.

Dans le domaine de la santé en général, celle de la santé de la reproduction en particulier, l'appui des partenaires au développement demeure déterminant dans la satisfaction des besoins et axes stratégiques identifiés en vue de la poursuite de l'atteinte des objectifs retenus lors de la CIPD. Il reste entendu que l'Etat sénégalais ne ménagera aucun effort pour la mobilisation de ses ressources humaines et l'aménagement d'un cadre institutionnel adéquat.

### **Axe stratégique n°1: Amélioration de la couverture sanitaire**

L'amélioration de la couverture sanitaire des populations est un processus continu qui requiert la contribution des partenaires au développement qui appuient le secteur de la santé.

### **Axe stratégique n°2 : Mise en place d'un système de service à base communautaire**

L'offre de service à base communautaire (SBC) nécessite un équipement minimum. Il s'agit d'une trousse contenant les produits à distribuer et les supports pédagogiques pour les séances de causeries. Il s'agit également de moyen de déplacement simple tel que la bicyclette pour permettre à l'agent qui offre les services à base communautaire de couvrir un plus grand nombre de personnes.

### **Axe stratégique n°3 : Rendre accessibles les coûts de prestation de services de SR**

Cet axe stratégique relève presque du domaine de l'état. Cependant, des études sont nécessaires pour déterminer le pouvoir d'achat des populations et savoir jusqu'à quel niveau les bénéficiaires acceptent de participer.

### **Axe stratégique no 4 : Rénovation/extension des structures**

La rénovation/extension des structures de santé est un domaine qui enregistre une forte participation des partenaires au développement. L'intégration de certaines activités de santé maternelle comme les soins obstétricaux d'urgence, les soins après avortement va nécessiter un effort de réaménagement/extension des structures. Il en sera de même des structures traditionnelles du Ministère de la Santé appelées à offrir des services de SR/Jeunes.

### **Axe stratégique n°5 : Renforcement des compétences du personnel**

Cet axe stratégique qui repose en partie sur l'expertise nationale aura besoin d'un appui technique et financier de la part des partenaires internationaux.

### **Axe stratégique n°6 : Renforcement de l'équipement et dotation en produits contraceptifs**

La faible capacité de l'état à mobiliser des ressources financières pour l'achat d'équipement et l'absence d'une inscription budgétaire pour l'acquisition des produits contraceptifs font de cet axe un domaine exclusivement réservé à l'assistance extérieure.

**Axe stratégique n°7 : Renforcement de la supervision et de la gestion**

L'élaboration de modules de supervision par niveau, et l'informatisation de la collecte des informations sanitaires, nécessitent une assistance extérieure tant technique que financier. Il en est de même pour l'acquisition de moyens logistiques.

**Axe stratégique n°8 : Renforcement du système de référence/recours**

Le financement de cet axe stratégique relève de partenaires au développement autres que le FNUAP.

**Axe stratégique n°9 : Nécessité de procéder à des analyses situationnelles périodiques et étude sur les connaissances et attitudes des cibles de la SR**

La réalisation d'analyses situationnelles et d'enquête CAP nécessitent un apport tant financier que technique de partenaires au développement.

**Axe stratégique n°10 : Renforcement de la communication interpersonnelle et de masse**

Un financement est ici nécessaire pour réviser le curriculum de formation en counseling/SR et sa diffusion auprès des prestataires. Il en est de même pour la réalisation de spots et de matériel de sensibilisation pour la campagne multi-média qui s'appuiera sur la télévision, les radios et les affiches murales.

**Axe stratégique n°11 : Promotion de l'implication et l'engagement des hommes en faveur de la SR.**

La promotion de l'implication des hommes en faveur de la SR nécessite des moyens matériels et financiers que l'état seul ne peut fournir. Il s'agit de visiter les textes coraniques et de confectionner des kits religieux contenant des brochures, des dépliants et des cassettes radio pour une diffusion auprès des confréries religieuses et des associations d'Imams.

**Axe stratégique n°12 : Renforcement des activités des centres conseils, des coins des jeunes, des centres-cyber et des organisations de jeunes.**

Cet axe relève du domaine prioritaire du FNUAP mais les autres partenaires au développement peuvent intervenir dans l'approvisionnement des produits contraceptifs. La contribution de l'état pourrait être recherchée dans l'affectation du personnel technique (sages-femmes, travailleurs sociaux).

**Axe stratégique n°13 : Promotion de services de SR des jeunes dans les structures traditionnelles de la santé.**

Il s'agit d'une innovation à introduire dans les structures de santé traditionnelles. D'autres bailleurs de fonds pourraient être impliqués dans le processus.

**Axe stratégique n°14 : Généralisation de l'EVF/EMP dans les institutions de formation et mise à contribution des centres médico-scolaires.**

Le FNUAP devra poursuivre l'effort déjà fourni. D'autres donateurs peuvent apporter leur contribution dans l'acquisition de matériel et de produits essentiels.

**Axe stratégique n°15 : Renforcement de la compétence du personnel de santé et de la jeunesse sur la prise en charge psycho-sociologique et socio-sanitaire des adolescents.**

Le financement de cet axe stratégique est du domaine exclusif du FNUAP.

**Axe stratégique n°16 : Renforcement de la connaissance des parents sur les problèmes de l'adolescence et de la jeunesse.**

Cet axe stratégique doit être soutenu par le FNUAP et appuyé par d'autres partenaires au développement qui sont concernés par ces questions.

**D) Priorités dans le domaine du Plaidoyer :**

Les principaux problèmes rencontrés dans la mise en œuvre des activités de Plaidoyer sont relatifs à l'absence d'un programme national et de programmes régionaux en matière de plaidoyer, aux problèmes de coordination des activités liés à la viabilité du cadre institutionnel, à la visibilité des actions de plaidoyer et à l'absence de stratégie de mobilisation des ressources.

Pour résoudre ces différentes contraintes, les axes stratégiques suivants sont proposés :

**Axe stratégique n°1 :** *Elaboration et mise en œuvre d'un programme national de plaidoyer*

**Axe stratégique n°2 :** *Redéfinition des mécanismes de coordination du plaidoyer en matière de population*

**Axe stratégique n°3 :** *Participation du secteur privé des collectivités locales, de l'Etat*

**Axe stratégique n°4 :** *Participation des populations dans le financement des activités de population*

**Axe stratégique n°5 :** *Renforcement des moyens logistiques et humains de l'unité de coordination du plaidoyer*

H

**Axe stratégique n°6 :** *Renforcer les SRP et les COREPORH par un appui institutionnel pour la conception et la mise en œuvre de programmes régionaux de plaidoyer*

**Axe stratégique no7 :** *Renforcer des compétences des membres des Réseaux et ONG à travers le renforcement des compétences se fera par la formation, les échanges et voyages d'études*

)

**Axe stratégique no8 :** *Renforcement des moyens d'action des Réseaux et ONG.*

)

## CHAPITRE 1 : SITUATION EN MATIERE DE POPULATION ET DEVELOPPEMENT 1997-2001

### 1.1. Analyse du contexte national de développement

#### a) Au niveau politique

Le Sénégal est un pays de longue tradition démocratique dont l'évolution politique est marquée par un renforcement progressif du multipartisme. L'organisation régulière d'élections et la libre expression de divers courants et idéologies, révèlent le dynamisme de la vie politique. L'alternance politique intervenue au lendemain de l'élection présidentielle de 2000, traduit la prise de conscience des populations de leur capacité d'influer désormais sur leur destin. Toutefois, la participation des femmes aux instances de décisions reste encore limitée, bien qu'elles constituent la majorité de l'électorat.

Le processus de décentralisation initié depuis 1972, s'est consolidé et approfondi depuis 1996, grâce à l'érection des régions en collectivités locales. L'Etat leur a transféré, à cet effet, neuf domaines de compétences – dont le volet population et santé- aux régions, communes et communautés rurales. Les pouvoirs de décision des élus ont été renforcés, notamment en matière de planification du développement. A travers l'élaboration des différents instruments de planification, tels que les Plans Régionaux de Développement (PRDI), les Plans d'Investissement Communaux (PIC) et les Plans Locaux de Développement (PLD), les élus disposent, désormais - en particulier à travers la formulation et la gestion des projets et programmes - des moyens appropriés pour envisager des perspectives endogènes de développement et y intégrer les préoccupations locales en matière de santé et de population. L'Agence Régionale de Développement (ARD) est la structure technique chargée d'en assurer la maîtrise d'œuvre.

Toutefois, bon nombre de contraintes entravent, à la fois, l'exercice effectif des compétences transférées aux collectivités locales et la mise en œuvre satisfaisante de la "bonne gouvernance" locale. Il s'agit essentiellement du faible niveau d'alphabétisation des élus, de leur méconnaissance des rôles et tâches qui leur incombent, de la faible participation des femmes et des jeunes aux instances de prise de décision, du statut précaire accordé aux femmes, des moyens dérisoires mis à la disposition des collectivités locales, et de l'opacité de la gestion.

Dans la perspective de la consolidation de "l'Etat de droit" et dans le cadre de son programme de bonne gouvernance, le Sénégal a continué d'initier des actions dans différents domaines : i) l'amélioration de l'efficacité de l'administration publique ; ii) l'approfondissement du système démocratique et de la Gouvernance locale ; iii) l'amélioration du système judiciaire et du "climat" des affaires ; iv) le renforcement des capacités. Des dispositions législatives ont été également mises en place, à cet effet, pour garantir la transparence du "climat" des affaires et lutter contre la corruption. L'amélioration de l'environnement de production du secteur privé, grâce à des mesures juridiques et réglementaires idoines, devrait influencer, à terme, la création d'emplois dans le secteur moderne.

Sur le plan juridique, la valorisation du statut socio-juridique des femmes et des jeunes s'est traduit l'adoption d'une loi sur les violences faites aux femmes, notamment les mutilations génitales, le harcèlement sexuel, les violences conjugales, les coups et blessures sur les femmes, le viol et la pédophilie, conformément aux *Conventions pour l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes et sur les droits de l'enfant*. Des modifications ont été, à cet effet, apportées récemment au *code pénal* et au *code de procédure pénale*. Le *code de la famille* en cours de révision prendra en compte les évolutions sur le partage des responsabilités au sein de la famille et la mise en place de "l'Observatoire sur les droits de la femme" est envisagé.

Malgré l'évolution de leur statut, les femmes continuent de souffrir de préjugés d'ordre sexiste et ne jouent encore qu'un rôle limité dans la conduite des affaires de la cité. Le Sénégal a également ratifié plusieurs conventions, protocoles et traités, marquant, ainsi, son adhésion aux principes qui fondent le respect des droits de la personne humaine.

Afin de marquer son engagement dans la résolution des problèmes de population, le Sénégal a adopté, en avril 1988, une *Déclaration de Politique de Population (DPP)*. Cadre de référence en matière de Population et Développement, la *DPP* traduit une volonté, de prendre en compte les variables démographiques dans les stratégies et politiques de développement. La mise en œuvre de la politique de population s'est concrétisée par la conception et l'application de deux *Programmes d'Actions et d'Investissements Prioritaires (PAIP)* qui constituent le cadre global d'intervention en matière de Population et Développement. Le deuxième *PAIP* (1997-2001) se fixe, comme objectif global, de contribuer à l'amélioration du niveau de vie des populations. Ce programme est articulé, conformément à la CIPD autour de trois domaines de concentration : *Population et Stratégies de développement, Santé de la Reproduction et Plaidoyer*. Les stratégies retenues par le programme visent à mettre en œuvre un des objectifs stratégiques du *IXème Plan d'Orientation* à savoir : "poursuivre la mise en valeur des ressources humaines et atténuer les tendances démographiques défavorables". L'actualisation de la *Déclaration de Politique de Population* de 1988 est actuellement en cours.

Le dynamisme de la vie associative se traduit par le foisonnement des *ASC* et *GPF* qui mènent une diversité d'activités dans les domaines socioculturels, sportifs et économiques. Ces divers groupements ne disposent, cependant, ni des cadres, ni des infrastructures d'accueil nécessaires, ni des facilités d'accès aux crédits indispensables à leur plein épanouissement. Les ONG nationales et internationales et les diverses associations de la *société civile* contribuent aussi à l'encadrement des populations, au financement des activités génératrices de revenus, de même qu'à l'accès des populations aux services sociaux de base (éducation, santé, hydraulique et assainissement), à la promotion des droits humains et à celle des activités liées à la population.

Dans le domaine de la communication, le pluralisme médiatique et la garantie de la liberté d'expression constituent aujourd'hui des atouts concrets indispensables pour asseoir une politique efficace d'information et de sensibilisation des populations et impulser l'implication satisfaisante de la *société civile* dans la vie publique.

Enfin, la stabilité sociopolitique, de même que l'émergence de structures organisées, à travers le pays, créent les conditions nécessaires à la mise œuvre efficiente des politiques de développement.

#### **b) Au niveau économique**

Les effets des programmes d'ajustement ont contribué à fragiliser la situation sociale des ménages. On note un recul du développement social, avec, notamment, l'accentuation de la pauvreté. La mise en œuvre, au début des années 80, des programmes de stabilisation et d'ajustement structurel a soumis, jusqu'en 1992, l'économie sénégalaise à des fluctuations erratiques du PIB. Le taux de croissance moyen du PIB estimé à 2,9%, durant cette période, est resté sensiblement égal au croît démographique, 2,7%. Le secteur privé, comme le secteur public n'ont pu s'adapter aux exigences du marché international, à cause du coût élevé des facteurs de production et la baisse de la compétitivité, ce qui y a conduit à des pertes d'emplois importantes.

C'est dans ces conditions que la dévaluation du franc CFA est survenue en janvier 1994, amenant l'Etat à engager des réformes structurelles et sectorielles visant la libéralisation de l'économie, la réduction de la taille du secteur parapublic et la création d'un environnement favorable au développement de l'initiative privée.

Ces réformes ont été renforcées par d'autres dites de "secondes générations", concernant la bonne gestion des affaires publiques et la lutte contre la pauvreté. Un accent particulier a été mis sur la valorisation des ressources humaines, à travers des *plans décennaux de développement de l'éducation et de la formation (PDEF)* et de la santé (*PNDS*).

Les résultats obtenus dans la période 1994-1998, sont globalement satisfaisants, en raison du redressement de la situation économique et financière. Le taux de croissance moyen a dépassé 5%, au cours de la période 1995-1999 tandis que le *PNB per capita* s'est amélioré, passant de 583.500 francs CFA, en 1997, à 610.300 francs CFA, en 1999, selon les estimations de la *DPS*. Toutefois, la croissance reste en deçà de son niveau potentiel et les indicateurs sociaux sont encore loin de donner satisfaction. Malgré tout, les performances économiques restent fragiles et insuffisantes, au regard de la demande sociale croissante. Le secteur agricole qui occupe 60 % de la population, contribue, moins que les autres secteurs, à la croissance, donc à la création des richesses (mesurées par le niveau du PIB), d'où la faiblesse des revenus du monde rural. L'indicateur de développement humain (*IDH*) - selon le rapport mondial du PNUD de 2000 - place le Sénégal à la 155<sup>ème</sup> place sur une liste de 175 pays (contre la 153<sup>ème</sup> place sur 174 pays, en 1999). Ce qui conforte l'idée selon laquelle les fruits de la croissance ne profitent pas à la majorité de la population.

Au niveau international, le processus de *mondialisation* qui s'est accéléré, grâce aux *nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC)* a consacré l'intensification des interdépendances entre nations et accru l'importance de la concurrence dans les relations d'échanges de biens et de services, aux plans économique et culturel, influençant, par ce moyen, la création de richesses nationales et les capacités à mobiliser des ressources au profit des secteurs sociaux.

Dans l'espace sous régional, la création de l'*Union Economique et Monétaire Ouest Africaine (UEMOA)* va aussi amplifier la compétition entre les pays, offrant au Sénégal, en particulier, de nouvelles opportunités pour améliorer ses performances économiques. Cela suppose, cependant, que les conditions de production des biens et services et les moyens de communication permettant leur commercialisation avec les différents voisins, soient améliorées.

### c) Au niveau social

#### → Evolution du contexte socioculturel

Au cours de ces cinq dernières années, les mutations socioculturelles liées à l'urbanisation, à la paupérisation des familles et à l'influence des phénomènes culturels exogènes se sont poursuivies. Ces mutations affectent la famille sénégalaise – surtout en milieu urbain- qui éprouve de plus en plus de difficultés à remplir ses quatre principales fonctions traditionnelles : (i) la fonction éducative et de transmission de valeurs culturelles positives, du fait de nouveaux agents de socialisation tels que les médias et l'école ; (ii) la fonction sociale de solidarité, à cause de l'émergence de l'individualisme, et de l'effritement des structures familiales ; (iii) la fonction économique d'entretien de ses membres, du fait de la paupérisation ; (iv) la fonction de reproduction, avec le développement des grossesses extraconjugales.

Si l'urbanisation constitue un facteur de promotion économique et sociale, pour certains groupes, elle représente, pour d'autres, une source de contraintes majeures, surtout lorsque dans le contexte actuel de crise économique et de pauvreté ou elle favorise la marginalisation de certains groupes, notamment les jeunes, principales victimes du chômage et particulièrement exposés à l'usage de drogue, à la pratique de la prostitution et la délinquance. Malgré les évolutions constatées dans les modes de vie, on note encore la persistance de certaines survivances liées à la tradition et certaines résistances au changement dans les comportements qui, si rien n'est fait, risquent d'entraver les efforts entrepris jusqu'à maintenant en matière de développement, surtout en milieu rural. C'est le cas de la surexploitation de la fonction reproductive de la femme, liée à la valeur sociale et économique de l'enfant dans les groupes ruraux pratiquant encore des systèmes agro-pastoraux faiblement mécanisés et nécessitant une main-d'œuvre nombreuse et dans les familles exerçant leurs activités dans le secteur informel. Pour beaucoup de famille, l'enfant, symbole de la pérennisation de la lignée, constitue également une main d'œuvre d'appoint, pour les travaux agricoles, domestiques et les activités du secteur informel. En l'absence de système formel de protection sociale et d'assurance – retraite, l'enfant y est aussi perçu comme une forme de sécurité sociale pour les "vieux jours".

C'est pourquoi les populations adhèrent à des valeurs culturelles valorisant la fécondité, symbole et garantie de survie et de reproduction de la lignée, dans un contexte de forte mortalité infantile. Le caractère quasi-universel du mariage ainsi que la polygamie, s'inscrivent encore dans les stratégies de reproduction du groupe et de production économique. Du reste, si les ruptures d'union y sont fréquentes, le remariage rapide indique que 90% des femmes passent l'essentiel de leur vie féconde en union et qu'une femme qui divorce se remarie, en moyenne, dans les cinq années qui suivent, comme le révèle l'EDS III.

Les tabous et interdits en matière d'alimentation des enfants ou des femmes en état de grossesse, de même que la persistance de certaines pesanteurs qui entourent la procréation, entraînent une déclaration tardive des grossesses ou la non fréquentation des structures de santé. Ces situations constituent des facteurs de risques importants pour la santé maternelle et infantile. Il convient cependant de souligner que les systèmes traditionnels de solidarité intra-familiale subissent les effets de la crise économique qui exacerbent les conséquences de la pauvreté. La crise des modèles d'éducation socio-familiale traditionnels et l'effritement du contrôle social fragilisent le couple - comme l'atteste la recrudescence des divorces dans les villes- et remettent gravement en cause l'équilibre des relations parents-enfants.

### → La pauvreté

*Wahab  
@Cin*

La mise en œuvre des programmes d'ajustement structurel a entraîné une gestion drastique des ressources financières de l'Etat, induisant, comme conséquences, une dégradation de la prise en charge des infrastructures collectives et la détérioration des conditions de vie de la population. Il ressort des données de l'Enquête ESAM 1995 que 57,9 % de ménages vivent en dessous du seuil de pauvreté, soit 65% de la population sénégalaise. Le seuil de pauvreté est évalué à 787 francs CFA/jour/adulte à Dakar, 429 francs CFA, dans les autres villes et 281 francs CFA, en milieu rural. Parmi les ménages pauvres, 8% vivent à Dakar, 13% dans les autres villes et 79% en milieu rural. A Dakar, 19% de l'ensemble des ménages sont pauvres. Dans les autres villes, ils sont 39% et représentent 80 % en milieu rural, toujours selon l'ESAM 1995. Selon les mêmes données, un ménage sur cinq (19,7%) est dirigé par une femme dont 30% assument ce rôle du fait de l'absence de l'époux. De plus, 15,4 % des ménages pauvres, sont dirigés par une femme. En d'autres termes, environ un ménage sur sept, vivant en dessous du seuil de la pauvreté, est dirigé par une femme.

La dégradation des conditions de vie des ménages se traduit par une érosion du pouvoir d'achat, des difficultés d'accès aux services sociaux de base, notamment l'éducation et la formation, la santé, l'eau potable et l'habitat. Les rigueurs de l'ajustement, l'effet d'un cycle infernal de sécheresse et une démographie galopante (2,7%/an), ont ainsi imprimé leur poids au développement social. Les femmes, les jeunes, les handicapés et les personnes âgées constituent les groupes cibles particulièrement affectés. Les femmes qui constituent un groupe particulièrement vulnérable, sont partagées, d'une part, entre l'accroissement de leurs responsabilités familiales - du fait de la crise économique et son corollaire, l'émigration des hommes ou leur perte d'emploi - et, d'autre part, par leur faible accès aux ressources financières et aux moyens de production. De plus, la surcharge de travaux domestiques ne favorise pas le développement d'activités permettant leur promotion économique. Il s'y ajoute qu'à cause de leur faible niveau de formation, les femmes occupent dans le secteur moderne - si elles y accèdent - des emplois peu spécialisés, car exerçant, le plus souvent, dans le secteur informel et disposant, généralement, d'un niveau de revenus insuffisant pour leur assurer une autonomie véritable.

*Contexte pour élans*

En ce qui concerne les jeunes, la délinquance et la mendicité sont en progression dans les villes, avec les phénomènes d'exclusion sociale et d'exploitation économique. L'absence de responsabilité de la part des parents, l'éclatement des familles et le faible niveau de sensibilisation des adultes sur les injustices ou les dangers auxquels sont exposées ces cibles, constituent des facteurs aggravant de ces phénomènes de marginalisation. On observe par ailleurs un net accroissement de phénomènes comme les *enfants en situation de travail* estimés à 293.783, les jeunes filles domestiques (53.731) et apprentis (30.689), les enfants de la rue en rupture avec leur milieu familial (10.000), les enfants handicapés qui souffrent de plus en plus d'un défaut de prise en charge (40.000), les enfants placés dans les centres d'Education et d'Assistance Educative (6.912) (selon le Document de Stratégie Intérimaire, DP 1999) et les talibés abandonnés à la rue et contraints à la mendicité. Ces situations sont vécues avec d'autant plus de difficultés que les mesures et les moyens permettant une prise en charge sociale adéquates sont encore limitées.

### → La santé

Dans le domaine de la santé, les incidences des politiques d'ajustement se sont traduites par un approfondissement des déficits sociaux et une détérioration des conditions de santé : les populations éprouvent de plus en plus de difficulté à accéder à des soins de qualité dans des structures sanitaires performantes disposant de plateaux techniques acceptables. La bonne santé des populations reste, aujourd'hui, tributaire des conditions de vie, d'hygiène et de salubrité, de la nutrition, de l'accessibilité géographique et financière des soins, du niveau d'équipement des structures, mais aussi de l'efficience dans la prise en charge des indigents et des groupes vulnérables : les femmes et les enfants.

La couverture sanitaire des populations et les ratios - personnel de santé par habitants - restent encore modestes et sont en dessous des normes de l'OMS : pour les centres de santé on dénombre un centre pour 175.000 habitants, alors que la norme OMS est de 1 pour 100 000 habitants et pour les hôpitaux (1 hôpital pour 545.800 habitants, alors que la norme OMS est de 1 pour 150 000 habitants). Les ratios de couverture en personnel sont : un médecin pour 10.185 habitants (alors que la norme OMS est de 1 pour 10 000 habitants), un paramédical pour 3.341 et 3.371 femmes en âge de procréer pour une sage-femme (alors que la norme OMS est de 1 pour 300 FAR). La couverture sanitaire des populations (en infrastructures et en personnel) a connu une baisse sensible, du fait de la croissance de la population et des restrictions budgétaires qui, pendant longtemps, n'ont pas permis le recrutement de personnel supplémentaire et la mise en place de nouvelles structures.

Elle est également liée à la disponibilité du personnel soignant et à la levée des pesanteurs culturelles, qui constituent des facteurs de risque pour la maladie et limitent la fréquentation des structures de soins. Le déficit en personnel persiste, surtout dans les spécialités et les infrastructures existantes, notamment les hôpitaux qui sont, en grande partie (40 %), concentrés à Dakar et sont caractérisés par leur vétusté, leur manque de matériel, d'entretien, de consommables et de médicaments. La non fonctionnalité du système de référence et son inadéquation entraînent son engorgement et accélèrent sa dégradation.

La mortalité infantile reste préoccupante : selon les résultats de l'*EDS III* publiés en 1997, les quotients de mortalité infantile et juvénile qui n'ont pas connu de baisse, depuis 1992-1993, se situent respectivement à 68 ‰ et à 76 ‰. Les affections respiratoires, les maladies diarrhéiques, parasitaires et infectieuses restent aussi parmi les principales causes de morbidité, du fait des moyens limités des programmes de lutte contre ces maladies. Les résultats de l'*ESIS de 1999* indique la dégradation de la couverture vaccinale, (45 % au niveau national) surtout dans les régions de Kaolack (24 %), Kolda (33,5%) et Tambacounda (29,5%), du fait de contraintes liées à l'approvisionnement et la conservation des vaccins ainsi qu'à des difficultés d'ordre logistique qui empêchent la mise en œuvre des stratégies avancées. Ce qui explique, dans une large mesure, les niveaux de mortalité observés ces dernières années. La situation nutritionnelle des enfants reste également préoccupante. Selon le *Rapport Initiative 20/20 (2000)*, on note encore des cas de malnutrition chronique (23 % dont 26 % en milieu rural), aiguë (22 % dont 26 % en milieu rural) et sévère. L'avitaminose A et les troubles dus à la carence en iode demeurent encore des préoccupations majeures en matière de santé publique.

La santé maternelle reste aussi un défi majeur, au regard des grossesses nombreuses, rapprochées, précoces ou tardives. Les risques obstétricaux liés à la grossesse et l'accouchement restent très élevés. Selon l'*EDS de 1997*, on note que seulement 48 % des accouchements ont lieu dans un service de santé et 47 % des naissances sont assistées par du personnel qualifié. Toujours selon l'*EDS III*, huit naissances sur dix (82 %) ont bénéficié de soins prénatals dispensés par du personnel qualifié. Les risques obstétricaux varient aussi selon le milieu de résidence. Ils sont liés au faible niveau de sensibilisation des femmes, à la malnutrition, aux travaux domestiques épuisants, à la non fréquentation des structures de santé, la disponibilité et la qualité des services. Les femmes rurales sont les plus exposées, compte tenu de leur environnement et de leur situation socio-économique.

Le taux de prévalence du SIDA, estimé à 1% en 1999 selon le PNLIS, indique que la maladie est assez bien contrôlée, grâce à une stratégie efficace. La lutte contre les maladies sexuellement transmissibles se poursuit normalement, grâce au développement d'activités de sensibilisation, d'information, de formation et d'équipement des laboratoires et banques de sang. Aujourd'hui, toutes les banques de sang du Sénégal sont équipées pour le dépistage et des sites-sentinelles sont mis en place, pour faire le suivi des groupes à risque et déterminer leur répartition géographique. Le programme a introduit aussi le traitement par les antirétroviraux à des coûts réduits, grâce à une subvention de 200 millions de francs CFA de l'Etat et, depuis 1998, on observe une baisse de 40 à 50% sur certains médicaments, selon le *Bilan PDIS 1999*. Toutefois, des risques de propagation rapide sont toujours à craindre dans les zones de forte émigration masculine – en particulier le Nord et l'Est du pays- cela, d'autant plus que certaines pratiques nuptiales, comme la polygamie et le lévirat, y sont très répandues, comme, du reste, partout au Sénégal. Ces dernières années, des foyers épisodiques de méningite ont été recensés, avec des taux de létalité de 10%. D'où, la nécessité de renforcer la surveillance épidémiologique et de promouvoir des mesures d'hygiène et de salubrité.

Des efforts s'avèrent également nécessaires en matière d'allocation des ressources, afin de tenir compte du rythme rapide de l'accroissement démographique, aussi bien en zone rurale qu'en zone urbaine, de manière à mettre à disposition des structures fonctionnelles.

## → L'hydraulique, l'assainissement et l'habitat

L'accès à l'eau reste une contrainte majeure pour beaucoup de personnes. La mise en œuvre de la politique des branchements sociaux a permis d'améliorer l'accès aux robinets à domicile qui est passé d'un taux de desserte, en 1996, de 64% en milieu urbain et 27 % en milieu rural.

En milieu urbain, la consommation spécifique est de l'ordre de 57 litres / habitant / jour dans la région de Dakar, et de 44 litres / habitant / jour, dans les régions. En milieu rural, la consommation se situe autour de 27 litres /j /habitant et est encore loin de l'objectif des 35 litres /jour /habitant. De manière générale, le taux d'accès à l'eau potable en milieu rural, toutes sources d'approvisionnement confondues, est de 68%, en fin 1998. Cependant, le secteur continuera, à moyen et long termes, d'être confronté à certaines contraintes, avec un déficit de 30.000 m<sup>3</sup> / jour, dès 2001, en milieu urbain. En milieu rural, la disponibilité de l'eau dépendra encore de la création de nouvelles infrastructures et de la fonctionnalité de celles qui existent déjà.

L'offre d'assainissement public reste faible et limitée à quelques capitales régionales. Les réseaux collectifs ne desservent que 20% de la population urbaine (Dakar, Thiès, Louga, Kaolack et Saly Portudal) et moins de 6% de la population totale. La majeure partie de la population emploie des fosses d'infiltration, de qualité plus ou moins satisfaisante. On note que 4,3% des ménages sont branchés aux réseaux d'égouts, alors que 60% des ménages, en milieu rural et 3,5%, en milieu urbain, ne disposent d'aucun système d'assainissement, selon le *Bilan du IXème Plan*. Le milieu rural se caractérise, en particulier, par l'insuffisance notoire d'installations sanitaires et par l'absence de tout système d'évacuation des eaux usées et de déchets domestiques.

La situation de l'habitat reste caractérisée par une situation d'offre largement inférieure à la demande. A cela s'ajoute le manque d'infrastructures sociales. Pour une demande moyenne annuelle de 25.000 logements, l'offre est de 6.500 logements. Les coopératives qui expriment une partie de la demande de logements sont au nombre de 300 et rassemblent plus de 40.000 adhérents disposant d'une épargne de 9,5 milliards. La situation de la demande est donc d'autant plus préoccupante qu'elle n'intègre pas les besoins des populations jugées non-solvables et qui, pour l'essentiel, vivent en zone périurbaine.

### d) Au niveau environnemental

La pollution urbaine, qui prend de l'ampleur, s'est diversifiée, sous l'effet de diverses causes : l'absence de systèmes efficaces de gestion des déchets domestiques, biomédicaux et agricoles, la mauvaise gestion des eaux usées, des ordures ménagères (évacuation et traitement) et des déchets industriels, l'entassement des populations dans des zones non aménagées et inondables, le vieillissement et l'accroissement rapide et anarchique du parc automobile et des nuisances sonores diverses. Ces nuisances résultent, en partie, de l'incapacité des pouvoirs publics à faire face à la demande croissante d'équipements collectifs (sanitaires, réseaux égouts) induite par un accroissement rapide de la population urbaine et l'extension des zones d'habitat. La région dakaroise est l'une des plus touchées, compte tenu de la forte concentration de sa population et des industries polluantes.

Au delà de ces tendances générales d'évolution des écosystèmes, il convient de noter que les différentes zones éco-géographiques du pays sont confrontées à des contraintes spécifiques liées, notamment, au processus de désertification : la salinisation des eaux du fleuve et des terres situées dans la zone du delta, l'ensablement des cuvettes maraîchères et la remontée des nappes salées dans la zone des Niayes, mais aussi la pénurie de combustibles ligneux dans le bassin arachidier, la réduction du potentiel fourrager (herbacé et aérien) dans la zone du Ferlo et la destruction accélérée des forêts, dans la zone agro-pastorale. Ce qui rend de plus en plus difficiles les conditions de vie des populations.

Parmi les facteurs de dégradation des conditions de vie on peut citer :

- la forte concentration des populations et le développement des activités économiques dans certaines zones, qui induisent une augmentation continue de la pression exercée sur des écosystèmes fragiles ;
- les menaces qui pèsent sur l'habitat dans certaines zones du fait de l'intrusion des eaux marines et de l'érosion des côtes le long du littoral.

Les sols se dégradent continuellement, sous l'effet conjugué de la pression démographique, des facteurs climatiques, de la diminution de la couverture forestière et de l'utilisation insuffisante ou inappropriée de fertilisants, engendrant une chute des rendements agricoles.

## 1.2. Interrelations population et développement durable

Le Sénégal présente un écosystème fragile, marqué par les cycles répétés de sécheresse de ces dernières années et soumis, sous l'effet de la pression démographique, à un processus de dégradation intense depuis plusieurs années. Des menaces pèsent, de plus en plus, sur les capacités de production et de préservation des ressources, tandis que les relations entre la société et son environnement se complexifient davantage. La dégradation de l'environnement et l'appauvrissement des populations s'entretiennent mutuellement. La pression exercée sur les espaces en crise en milieu rural entraîne une migration vers les villes peu préparées à l'afflux massif de ruraux. La croissance de la population s'y accélère, entraînant la création de bidonvilles insalubres à la périphérie, particulièrement dans la capitale. La déficience des équipements collectifs, le manque d'assainissement, aggravent l'insalubrité. La difficulté à gérer les déchets ménagers et à assainir l'environnement se révèle au quotidien. Les capacités d'offres d'emplois, limitées dans le secteur moderne, entraînent le développement d'un secteur informel qui drainent toutes les énergies particulièrement des ruraux qui arrivent en ville.

L'analyse de la situation de l'environnement montre que la rupture de l'équilibre entre l'homme et son environnement procède de l'interaction entre trois sphères ayant des rythmes de régulation différents : la sphère écologique, avec des rythmes séculaires, celles sociologiques dont les changements s'inscrivent dans l'horizon d'une génération et enfin celles qui relèvent de l'économie, fortement soumise aux aléas du climat et aux interventions des populations. Elle traduit les changements qui affectent le pays avec la crise agricole et les effets de la crise économique en milieu urbain. Les ressources naturelles se renouvellent lentement, alors que la population a un potentiel de croissance important, en raison de sa jeunesse. Ainsi, un prélèvement intense qui ne respecte pas les capacités de régénération du milieu entraîne sa dépréciation rapide et compromet la vie des populations. Cette situation est vécue, en particulier dans le bassin arachidier, où une surexploitation agricole a appauvri les terres. Ce qui a entraîné une perte de productivité et d'importants déplacements de populations ainsi qu'une dégradation de l'environnement de production, à cause de l'extension des cultures et de la demande croissante des villes en bois de chauffe.

Les tendances dans l'évolution de la population, la nature actuelle des rapports entre l'homme et son environnement en milieu urbain comme en milieu rural, de même que le niveau des perturbations qui affectent les espaces, autorisent à présager, dans le long terme, une exacerbation des problèmes environnementaux. Ces derniers apparaissent comme le résultat des évolutions technologiques et d'une pression continue sur les ressources, commandées par les formes de vie, de production et de consommation destructrices.

Autant de phénomènes rendent de plus en plus précaires les conditions de vie en milieu rural et urbain et entraîne, à terme, des conséquences irréversibles. D'où l'urgence à veiller à l'instauration d'un développement économique réel et à une répartition plus équilibrée de la population et des activités qui tiennent compte des capacités de préservation à long terme, de l'environnement, en tant que patrimoine essentiel à transmettre aux générations futures. La pression démographique, les modes de vie, de même que les modes de production et de gestion des ressources, apparaissent, ainsi, comme des facteurs interdépendants et déterminants, dans la mise en œuvre d'une politique de développement équilibrée.

### 1.3. Perspectives de développement

Le développement peut s'apprécier comme un processus de changements structurels qui s'inscrit dans l'histoire des sociétés. Il est, à cet égard, fortement marqué par les phénomènes démographiques qui pèsent sur l'évolution - à court et moyen termes - des sociétés. Le niveau de croissance démographique et la persistance des tendances actuelles en matière de répartition spatiale et d'urbanisation, annoncent, pour les prochaines années, un profil général de la population présentant les grands traits suivants :

- une population estimée, à l'horizon 2025, à 17 millions d'habitants et qui va doubler tous les 26 ans ;
- un taux d'urbanisation de 60 % ;
- une répartition déséquilibrée de la population en faveur de la partie Ouest, avec une excroissance de la région dakaraise ;
- une structure par âge marquée par une forte jeunesse de la population ;
- une fécondité encore précoce et intense ;
- un niveau de mortalité élevé des enfants ;
- l'extension du phénomène de la pauvreté.

La jeunesse de la population pourra constituer, à la fois, un atout et un facteur de dynamisme, capables d'engendrer des mutations favorables au développement. Les capacités d'innovation et d'ouverture des jeunes, pourront constituer une source importante de progrès. Cependant, le poids des jeunes dans la population engendre aussi des contraintes d'ordre structurel qui peuvent inhiber tous les efforts de développement, compte tenu des fortes demandes en matière d'éducation, de santé et d'emploi que l'offre limitée aura de plus en plus de mal à satisfaire. La fécondité des adolescentes et la sexualité précoce, la délinquance en milieu urbain, et les enfants de la rue - voire les familles de la rue - restent des phénomènes auxquels il convient d'être attentif, compte tenu de leur développement actuel. Ces phénomènes se manifesteront avec d'autant plus d'acuité qu'en milieu urbain, la croissance la population se poursuivra à des rythmes élevés, tandis qu'en milieu rural, le déficit en infrastructures collectives restera encore important.

Des incertitudes pèsent encore sur la mortalité des enfants, compte tenu de la détérioration des conditions de vie, de la mauvaise couverture sanitaire et vaccinale, et de la paupérisation des populations.

Dans un contexte de baisse générale de la mortalité, le maintien de niveaux élevés de fécondité, largement tributaire des caractéristiques de la nuptialité, risque de constituer, pour longtemps encore, une tendance lourde pour le développement, en l'absence de changements dans les pratiques et les comportements. Une baisse de la fécondité peut être envisagée dans un contexte d'amélioration des conditions de vie, de la baisse de la mortalité des enfants, de la scolarisation accrue des filles et d'une meilleure sensibilisation sur les risques liés à une maternité précoce, tardive ou répétée, d'une meilleure planification des naissances et d'une politique en matière de santé de la reproduction.

Les personnes âgées ne représentent pas encore une part importante dans la population, même si leur effectif est appelé à croître. Il apparaîtra de plus en plus nécessaire d'organiser leur prise en charge sociale et de répondre à leurs besoins spécifiques, notamment en matière de santé.

Pour inverser ces tendances défavorables et poser les jalons d'un développement humain durable un ensemble de programmes sociaux est initié depuis 1996 dans divers domaines conformément aux orientations stratégiques du IX<sup>ème</sup> Plan. Dans cette perspective, qu'il faut inscrire le *Programme Décennal de l'Education et de la formation*, le *Programme de Développement Intégré de la Santé*, le *Plan National d'Action pour la Femme*, le *Plan National d'Action pour l'Emploi*. L'amélioration des conditions de vie des populations et la prise en charge des besoins sociaux de base, dépendront également des réponses apportées aux tendances démographiques, ainsi qu'au niveau et à la qualité des performances économiques. L'Etat devra faire face à l'urgence et à l'importance de la demande sociale. Cela exigera des moyens et des ressources qui dépendront des performances économiques et des mécanismes de redistribution des fruits de la croissance. Des opportunités existent, grâce aux réformes institutionnelles initiées pour l'amélioration de la compétitivité de l'économie, à travers les programmes de lutte contre la pauvreté et la mise en œuvre de la "*Stratégie de croissance et la réduction de la pauvreté*" soutenus par les partenaires au développement dans le cadre de l'*Initiative pour les Pays Pauvres Très Endettés*. Ces mesures devront permettre une croissance saine et durable, condition nécessaire pour un développement social. Cependant, les performances économiques souhaitables ne pourront être obtenues que si l'Etat consolide l'environnement économique qui permet d'accroître les gains de productivité des entreprises, par le renforcement de conditions favorables à l'environnement des affaires, à la relance de certains secteurs - comme le *Primaire*, grande pourvoyeuse de main d'œuvre -, à la poursuite de la politique de bonne gouvernance et à la mise en œuvre d'une politique équilibrée d'aménagement du territoire.

Ces efforts seront fortement influencés par la capacité à inverser - ou à ralentir- les tendances démographiques défavorables, de manière à ne pas annihiler les gains, par la prise en charge de dépenses structurelles contraignantes (santé, éducation). Il conviendra, aussi, de parier sur les dynamiques auto-organisationnelles, porteuses de changement.

## CHAPITRE 2 : NIVEAUX, TENDANCES ET CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION

### 2.1. Evaluation des données quantitatives et qualitatives

La présente évaluation s'est appuyée sur une série d'études, de documents de bilan et des statistiques de différents ministères techniques, des rapports des organismes et des institutions spécialisées. Ces documents de référence consignent, à la fois, des données qualitatives et quantitatives relatives au thème de l'évaluation. Toutes les données utilisées sont issues de statistiques officielles. Il s'agit essentiellement des documents suivants :

- du recensement de la population de 1988 ;
- des enquêtes démographiques et de santé *EDS II (1992-1993), EDS III (1997)* ;
- de l'*ESAM, ESP* ;
- des rapports des ministères techniques ;
- des statistiques scolaires et universitaires.

De manière générale, les données utilisées dans cette évaluation couvrent la période 1997-2000. C'est seulement dans les cas où les données requises n'étaient pas disponibles que le recours aux données les plus récentes dans le secteur a été nécessaire. De plus, les informations n'ont été utilisées que dans le cas où elles étaient exhaustives et leur validité attestée. Par ailleurs, en l'absence d'un recensement récent de la population, les données démographiques de base sont tirées des projections effectuées par la *Direction de la Prévision et de la Statistique (DPS)* - à partir des données de 1988- et celles effectuées dans le cadre de l'actualisation de la *Déclaration de la Politique de Population* coordonnée par la *Direction de la Planification des Ressources Humaines (DPRH)*.

Les données provenant des *Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS)* - *EDS I (1986), EDS II (1992-1993), EDS III (1997)* - font référence à la fécondité, à la mortalité des enfants, à la santé de la mère et de l'enfant, mais aussi aux pratiques contraceptives, à la nuptialité, à l'exposition aux risques de grossesses et aux maladies diarrhéiques. Elles constituent, ainsi, une base fiable pour l'analyse quantitative de ces phénomènes. Ces enquêtes, réalisées par la *Direction de la Prévision et de la Statistique (DPS)* avec l'assistance technique *Macro International Inc*, ont couvert l'ensemble du territoire et ont concerné un échantillon représentatif de femmes, ce qui garantit la validité des extrapolations. Ces enquêtes qui entrent dans le cadre d'un programme international mené dans de nombreux pays du Sud, permettent, ainsi, de disposer de données fiables et comparables, grâce à une standardisation des questionnaires.

L'*Enquête Migration et Urbanisation au Sénégal, (EMUS)* de 1993-1994 a permis d'apprécier l'état des phénomènes migratoires et d'expliquer certains de leurs effets, tels que *l'urbanisation rapide, le dépeuplement de certaines zones et les aspirations des migrants*. Les données recueillies couvrent la totalité du territoire et concernent un échantillon représentatif de 40.000 personnes âgées de plus de 15 ans. A signaler, cependant, que la migration internationale reste encore mal maîtrisée.

Les *statistiques scolaires* proviennent, pour l'essentiel, des annuaires statistiques publiés annuellement par la division des statistiques scolaires du Ministère de l'Education Nationale, de l'Enseignement Technique et de la Formation Professionnelle (MENETEF) et du Ministère de l'Enseignement Supérieur. Ces statistiques, sont collectées, chaque année, de manière uniforme sur l'ensemble du territoire et consolidées, par département, par régions et au niveau national. Elles permettent, ainsi, de disposer de données fiables et désagrégées par sexe, et couvrent tous les ordres d'enseignement.

Les statistiques scolaires donnent une situation officielle et réelle de la scolarisation au Sénégal. Elles constituent, à la fois, la référence et la seule source officielle, pour apprécier l'évolution de l'accès au système éducatif, à tous les niveaux, les performances pédagogiques et les rendements du système scolaire. Il en est de même des statistiques de l'enseignement supérieur qui sont fournies par les services de statistiques des Universités Cheikh Anta Diop de Dakar et Gaston Berger de Saint-Louis.

*Dans le domaine de la santé, il convient de noter que la rétention de l'information, pratiquée depuis 1998 par le personnel sanitaire, ne permet pas de disposer d'une information exhaustive sur les différents aspects du système de santé. Cependant, la référence à une série d'enquêtes réalisées récemment, notamment l'Enquête sur les Indicateurs de la Santé (ESIS), les données collectées par diverses structures du Ministère de la santé (Direction des Etudes et de la Formation, Division de l'Entretien et de la Maintenance, le Bureau du personnel) ainsi qu'aux données disponibles dans les différents programmes de santé, ont permis de pallier relativement cette insuffisance. Il s'agit du rapport de l'Enquête sur les Indicateurs de la Santé de 1999, de la revue du Programme Elargi de Vaccination, des rapports annuels d'exécution du PDIS (de 1998 et 1999) et du rapport d'exécution des programmes de santé de la reproduction.*

*Les statistiques sur le personnel de santé proviennent d'un dénombrement exhaustif effectué par les services administratifs du Ministère de la santé, sur l'ensemble du territoire, dans toutes les structures, durant l'année 1999. Cela a permis d'avoir la situation de la disponibilité et la répartition du personnel à tous niveaux (national, régional, local). Cette situation, rapportée à celle qui a été réalisée sur les infrastructures, a permis d'apprécier l'état et la qualité de la couverture sanitaire (ou ratio) en personnel et en infrastructures, sur l'ensemble du territoire. Ces ratios sont disponibles pour ces huit dernières années.*

*En l'absence d'un système permanent de collecte et d'un système d'information exhaustif, la situation de l'emploi a été appréciée à la lumière de la dernière enquête nationale sur les demandeurs d'emploi de 1999. Cette enquête qui s'est déroulée sur l'ensemble du territoire, a permis de recenser tous les demandeurs d'emploi, leur niveau de formation et leurs caractéristiques démographiques. L'évaluation a aussi eu recours aux études effectuées ainsi qu'aux données fournies entre 1994 et 1996 par diverses organisations patronales, comme le Conseil National des Employeurs du Sénégal (CNES), le Syndicat des Patrons et Industriels du Sénégal (SPIDS) qui publient régulièrement les statistiques sur leur personnel.*

*Les données financières proviennent, pour l'essentiel, des documents portant sur les lois de finances votées annuellement par l'Assemblée nationale et qui donne la répartition du budget de l'Etat. Quand aux données sur les investissements et sur le financement consentis par les partenaires au développement, elles proviennent des situations consolidées effectuées à la fin de chaque année par les services de la Direction de la Coopération Economique et Financière (DCEF) de la Direction de la Dette et des Investissements (DDI).*

*Ces données présentent, chaque fin d'année, une situation exhaustive, en matière de prévisions de dépenses telles que contenues dans les accords de crédits signés par l'Etat, de même que toutes les réalisations effectives (ou décaissements). Ces informations ont été complétées par celles provenant des études sur le financement de l'Education réalisées dans le cadre du Programme Décennal du Développement de l'Education et de la Formation (PDEF), des bilans annuels d'exécution financière du PDIS fournis par les services du Ministère de la Santé. La consolidation des données sur l'exécution des dépenses a, en partie, souffert, dans certains cas, des décalages dans la disponibilité, en temps réel, des informations, pour les années les plus récentes.*

Cependant, des efforts de recoupement entre les diverses sources, ont été fournis, pour disposer des données consolidées relatives à la période de l'évaluation.

Les informations sur la pauvreté proviennent, essentiellement, de l'Enquête Socio-économique auprès des Ménages (ESAM 1994-1995). Cette enquête réalisée par la DPS a été faite sur un échantillon de 3.300 ménages urbains et ruraux représentatifs du pays. Les données couvrent les domaines aussi divers que les revenus des ménages, leurs niveaux d'équipement, leurs modes de consommation. Elles ont fait l'objet d'un traitement statistique pour attester de leur fiabilité et de leur validité. Elles ont été recueillies à partir d'une méthodologie d'échantillonnage tenant compte de la répartition géographique et de la représentativité. Elles ont permis de dégager le profil de pauvreté qui a servi de base au document de stratégie nationale.

La consultation de rapports divers provenant des ministères techniques et la compilation des documents de politiques nationales ont permis de compléter les informations relatives à l'environnement, à l'hydraulique, à l'urbanisme et à l'assainissement.

L'analyse qualitative des phénomènes tels que la fécondité et l'analyse des comportements, s'est référée aux études spécialisées, individuelles ou collectives. La bibliographie en précise les références.

Des visites dans les régions, ont permis, à partir d'entretiens semi-structurés avec les acteurs et partenaires locaux, de disposer de données qualitatives et quantitatives recueillies auprès des services régionaux spécialisés (Planification, Statistique, etc.), chargés de la mise en œuvre des politiques de population. Ces données portent sur les réalisations effectives au niveau local, les contraintes et les conditions de mise en œuvre des politiques et les activités diverses en matière de population et développement. La disponibilité d'une base de données exhaustive et régulièrement actualisée, couvrant l'ensemble des domaines de la population, de même, l'absence de documents d'Etat civil, constituent des contraintes à lever. C'est pourquoi, il a fallu recourir à différents services spécialisés dans la collecte de l'information. En outre, l'absence d'objectifs quantifiés pour la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD), de même que pour le programme national de population, n'a pas toujours autorisé des comparaisons entre différentes périodes. Toutefois, les progrès réalisés sont appréciables, eu égard aux situations de référence et actuelles telles que présentées par les données disponibles.

## 2.2. Evolution, tendances et perspectives de la dynamique des populations

### a) Structure de la Population par âge et par sexe

La population du Sénégal est estimée à 9.681.292 habitants en 2000 et connaît un taux d'accroissement inter censitaire de 2,7% par an. Ce taux est plus important en milieu urbain (3,9%) qu'en zone rurale. (2,1%). Le taux d'accroissement naturel de la population sénégalaise de 2,9% l'an est l'un des plus élevés du continent et résulte d'un niveau de fécondité encore élevé et d'une mortalité en baisse. La structure par âge de la population présente les caractéristiques d'une population très jeune : les moins de 15 ans représentent 47 % de la population, 58 % ont moins de 20 ans, alors que 5 % seulement ont 60 ans et plus, selon les Projections 2000 de la DPRH. Les actifs représentent 52 % de la population, contre 54 % en Afrique et 62 % dans le monde et la population des adultes (20-54 ans) est estimée à 30 %. Ce qui témoigne de la jeunesse de la population, ce qui pose, avec acuité, certains problèmes, du fait de l'importance du potentiel de croissance qui induira des contraintes d'accès à l'école, à la santé et à l'emploi.

Le rapport de masculinité (nombre d'hommes pour 100 femmes) est de 88,6 % au niveau national, selon les résultats de l'*EDS III de 1997*. Le déficit en hommes est plus prononcé en milieu rural (87,6 % contre 90,7 % en milieu urbain). La population féminine 15-49 ans en âge de procréer représente 47% de la population totale. Les femmes représentent près de 52% de la population sénégalaise et figurent également parmi les principales victimes de la pauvreté, du fait de leurs difficultés d'accès à la formation et aux moyens de production. Cette situation est aggravée par la surcharge de travail domestique des femmes, surtout en milieu rural. De plus en plus de femmes exercent des fonctions de chefs de ménages. D'après les résultats de l'*EDS III*, 18 % des ménages, - soit près d'un ménage sur cinq - au Sénégal sont dirigés par une femme. Cette situation est plus visible en milieu rural où 25,7% des ménages - soit près d'un ménage sur quatre - ont pour chef une femme.

### b) La Fécondité

Au Sénégal, le mariage est quasi-universel et le célibat définitif reste l'exception. La fécondité est aussi essentiellement légitime, même si on observe l'émergence des conceptions extraconjugales en milieu urbain, conséquence du recul de l'âge au premier mariage. L'*Enquête démographique et de santé (EDS III) de 1997* révèle que l'âge médian au premier mariage est de 18 ans. Il est cependant plus tardif en milieu urbain que rural (19,6 ans contre 16,6 ans). En 1997, l'âge médian aux premiers rapports sexuels (17,5 ans) est moins élevé que celui au premier mariage. L'âge médian aux premiers rapports sexuels se situe à 19,2 ans, dans les villes et est plus précoce dans les campagnes (16,4 ans). Les femmes sans instruction ont aussi une sexualité plus précoce que celles ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus (16,2 ans contre 22,3 ans). Cette situation ne surprend pas outre mesure, car les femmes rurales et sans instruction, se marient plus tôt et sont donc sexuellement actives avant les autres. La précocité des premiers rapports sexuels et du mariage, conduisent à un âge médian à la première naissance relativement bas : de 19,8 ans en 1997. Ce constat est encore plus vrai dans les villages où les femmes ont leur premier enfant à 19 ans, contre 21 ans, pour les citadines. Cela influence la descendance finale, surtout dans le cas d'une faible utilisation de la contraception.

Les femmes sans instruction deviennent mères plus tôt que celles ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus (19,2 contre 23,6 ans). Quant à l'*indice synthétique de fécondité (ISF)*, il a baissé de manière continue, au cours des dernières années. L'*ISF* est passé de 7,1 à 5,7 enfants par femme, de 1978 à 1997. Cette baisse est plus liée au recul de l'âge d'entrée en union qu'à la pratique contraceptive moderne qui demeure relativement faible (8% en 1997), malgré les importants progrès enregistrés. Les taux de fécondité par âge et l'*ISF*, présentent de fortes variations, selon le milieu de résidence. Ainsi, l'*ISF* varie de 6,7 enfants par femme en milieu rural, à 4,3 dans les zones urbaines. Et à tous les âges, la fécondité est moins élevée parmi les femmes urbaines.

On peut aussi noter des différences importantes de la fécondité, selon certaines caractéristiques socio-économiques. L'effet de l'instruction sur la fécondité est très net : les femmes de niveau secondaire ou plus, ont une fécondité (*ISF*) deux fois moins élevée que celles n'ayant aucune instruction (3,1 contre 6,3 enfants par femme). La descendance des femmes de 40-49 ans (7,1 enfants), est largement supérieure à l'*ISF* (5,7 enfants), ce qui confirme la tendance à la baisse de la fécondité. Cette tendance, très significative chez les femmes urbaines et les femmes instruites, laisse supposer qu'on peut s'attendre à une baisse soutenue de la fécondité, avec l'urbanisation et l'élévation du degré de scolarisation des femmes. Selon l'*EDS III de 1997*, les femmes rurales ont, en moyenne, un enfant et demi de plus que les femmes urbaines, soit respectivement 6,7 et 5,1 enfants.

La fécondité des femmes non instruites est de 6,5 enfants : elle passe de 5,7 enfants chez celles ayant un niveau du primaire, à 3,8 enfants chez les femmes ayant le niveau du secondaire ou plus.

L'évolution des taux de fécondité par âges, selon différentes périodes (1978, 1986, 1992 et 1997), est marquée par une tendance à la baisse de son niveau, particulièrement chez les femmes de moins de 30 ans. Ainsi, l'*ISF* a diminué de près d'un enfant et demi dans l'ensemble du pays, en l'espace de 20 ans et vraisemblablement de façon plus rapide, entre 1986 et 1992. Il est souligné que cette baisse, encore faible, de l'*ISF*, observée à tous les âges, serait relative aux changements dans l'intensité du phénomène (baisse du nombre d'enfants), d'une part, et, surtout, du calendrier, d'autre part, avec principalement, l'élévation de l'âge à la première maternité. Elle est essentiellement imputable à l'augmentation de l'âge au premier mariage et, dans une moindre mesure, à la contraception. La pratique contraceptive bien que restant faible est, néanmoins, en progrès. La prévalence contraceptive moderne n'était que de 4,8% en 1992-1993. L'*EDS III* indique que 86 % des femmes mariées connaissent les méthodes contraceptives et que le taux de prévalence contraceptive est de 12,9 %. La pratique contraceptive est plus importante en milieu urbain (23,8%) qu'en zone rurale (7,1%) et chez les femmes instruites (43%) que celles sans instruction (8,4 %) selon les résultats de l'*EDS III*. On observe également une meilleure connaissance des méthodes contraceptives estimée à 86 % et 90 %, respectivement pour les femmes et les hommes mariés.

La fécondité sénégalaise reste marquée par la précocité et l'intensité des unions et de la maternité, le désir d'une descendance élevée et le faible recours à la contraception. Ces déterminants sont encore influencés par la permanence de certaines valeurs socioculturelles favorables à la fécondité et les résistances aux changements de comportement - faute d'une bonne sensibilisation- et du niveau d'analphabétisme et de développement des populations.

L'adhésion aux méthodes modernes d'espacement des naissances reste encore faible, du fait des valeurs culturelles favorable à la procréation et valorisant les descendance élevées.

### c) La Mortalité

La mortalité générale demeure élevée, malgré la baisse constatée au cours de ces dernières années. Le taux brut de mortalité est estimée au Sénégal à 18 pour 1.000. L'espérance de vie à la naissance est estimé à 53 ans pour les hommes et 51 ans pour les femmes.

Entre l'*EDS II* (1992-1993) et l'*EDS III* (1997), le quotient de mortalité infantile est resté stationnaire, égal à 68 pour mille. Durant la même période, le quotient de mortalité juvénile est passé de 68 pour mille à 76 pour mille, soit un accroissement de 11 %. Quant à la mortalité infanto-juvénile, elle se situe à 139‰. Selon les résultats de l'*EDS III*, quel que soit le quotient de mortalité considéré (néonatal, infantile ou juvénile), le niveau de mortalité des enfants est 1,5 fois plus élevé en milieu rural qu'en milieu urbain. Ainsi, de la naissance au cinquième anniversaire, les enfants de mères vivant en milieu rural ont un risque de décéder deux fois plus élevé en milieu rural qu'en milieu urbain avec des quotients respectifs de 165 ‰ contre 89 ‰. On observe des disparités qui tiennent également aux conditions socioéconomiques des mères, notamment le niveau d'instruction. Les quotients de mortalité infantile et juvénile diminuent de près de 50 % selon que les mères ont le niveau du supérieur ou celui du secondaire. Les quotients de mortalité infantile et juvénile des enfants de mères n'ayant jamais été à l'école, qui sont respectivement de 76 ‰ et 85 ‰, restent largement supérieurs à ceux des mères ayant au moins le niveau du primaire qui sont équivalents, pour ces mêmes niveaux, à 52 ‰ et 46 ‰. Les disparités dans la mortalité des enfants sont aussi spatiales : le niveau de mortalité infantile reste particulièrement élevé dans les régions de Tambacounda et Kolda.

Cette situation résulte de la paupérisation des familles, de la dégradation de la couverture vaccinale estimée à 43% par l'*ESIS* 1999 et de la recrudescence de certaines pathologies, telles que le paludisme, la malnutrition et le choléra.

La mortalité maternelle, estimée en 1992-1993 à 510 décès pour 100.000 naissances vivantes - ce qui reste encore élevé -, s'explique par les grossesses rapprochées, précoces ou tardives. Entre 15-49 ans, 32% des décès de femmes restent liés à des causes liées aux grossesses et à l'accouchement.

#### d) La Répartition spatiale

La population sénégalaise est inégalement répartie sur le territoire national. En effet, les 65% de cette population vivent sur seulement 14% de l'espace national, essentiellement dans sa frange occidentale et côtière. La région de Dakar concentre, à elle seule, 22% de la population du pays, sur seulement 0,3% du territoire national. La densité qui y est de 3.936 habitants au km<sup>2</sup>, dépasse, de loin, la moyenne nationale, estimée à 46 habitants au km<sup>2</sup>. Sur l'axe Dakar-Thiès, les densités se situent entre 200 et 400 habitants au km<sup>2</sup> (Mbour, Bambey). Au Nord vers les départements de Dagana, Louga et, au Sud, en Basse et Moyenne Casamance, elles se situent entre 25 et 50 habitants au km<sup>2</sup>. Les départements subissant les pressions les plus faibles sont Linguère, Matam, Bakel et Kédougou, avec moins de 10 habitants au km<sup>2</sup>, selon l'*EMUS de 1994*. Cette situation s'explique par la concentration des infrastructures socio-économiques et culturelles dans la région de Dakar qui reste au sommet de la hiérarchie urbaine. La région de Tambacounda enregistre les densités les plus faibles (8 habitants au km<sup>2</sup>), malgré ses énormes potentialités agro-pastorales et minières.

Ainsi, la concentration de la population est observée dans les zones disposant des potentialités agroécologiques les moins importantes. Cette situation aggrave les disparités et entrave tout développement équilibré. En particulier, la macrocéphalie de Dakar, pose de réels problèmes d'accès des populations aux services sociaux de base (*eau, logement, santé, moyens de transport, etc.*).

#### e) Les Migrations et l'Urbanisation

Le Sénégal est caractérisé par d'importants mouvements migratoires qui contribuent à expliquer l'inégale répartition géographique de la population. Ces mouvements migratoires répondent à des stratégies de survie ou à l'émergence de nouvelles aspirations en matière de bien-être des populations rurales, face à la dégradation des conditions agro-écologiques et à l'attraction de la ville. Au niveau des migrations internes, l'exode rural est particulièrement préoccupant, car il prive les campagnes d'une partie de ses forces vives (les jeunes), au profit des villes. Les migrations à destination du milieu urbain (57%) sont plus importantes que celles vers le milieu rural (35,3%), dans le cadre de *la migration de retour*. La capitale polarise 29% des migrations.

La dégradation des conditions de vie des ruraux favorise donc les flux migratoires liés à la recherche d'un emploi en ville. Les régions du Centre et de l'Ouest du pays deviennent des foyers d'immigration alors que les autres, moins nanties, sont les pôles d'émigration. Les hommes migrent plus que les femmes. Au Sénégal, les principales zones d'accueil des migrants sont Touba et la région de Dakar. Si l'attractivité de Touba est liée à des facteurs religieux et économiques - Touba est la capitale du Mouridisme- celle de Dakar s'explique par la concentration des équipements et services socio-économiques, culturels et administratifs dans la capitale du Sénégal. Cette situation aboutit à une macrocéphalie de Dakar qui comptait 2.150.000 habitants en 1998 et se caractérise par une forte proportion de population urbaine (96%).

Selon les résultats de l'*EMUS de 1994*, l'émigration internationale est faible 0,86 %, tandis que les migrations vers l'étranger sont environ deux fois importantes chez les hommes que chez les femmes. A noter, du reste, que l'émigration internationale féminine est un phénomène qui se développe de plus en plus.

Le taux d'accroissement moyen annuel de la population urbaine est estimé actuellement à 4%. Il dépasse donc le rythme de croissance inter censitaire de la population globale qui est de 2,7%, pour la même période. La capitale est, aujourd'hui, soumise à un rythme de croissance plus élevé estimé à 4,4 % par an, ce qui y entraînera un doublement de la population dans les seize prochaines années.

Le taux d'urbanisation amorcé après l'Indépendance, s'est amplifié, depuis 1976, pour atteindre un taux estimé actuellement à 40 %. Il augmente en moyenne de 1,5 points par an et devrait atteindre 50 % en 2025. Cependant, l'urbanisation du pays est marquée par des disparités régionales très fortes. Des régions comme Dakar sont urbanisées à plus de 90%, alors d'autres comme Fatick, Kolda, Louga et Tambacounda sont à prédominance rurale. Toutes les autres villes sont encore en deçà de la moyenne nationale. Néanmoins, on observe une inversion des tendances en matière de migration dans le bassin arachidier, devenu, aujourd'hui, une zone de moyenne immigration, par rapport aux années 1970 et la zone de Casamance devenue, à la faveur de la conjoncture politique actuelle, un pôle d'émigration.

L'urbanisation anarchique de Dakar, et son corollaire la "bidonvillisation", reflète une crise du monde rural, plus qu'un développement dont les villes seraient le moteur. Les rapports ville-campagne sont aussi construits sur des bases économiques, avec l'échange des biens, de services et de produits agricoles. Mais ils se caractérisent, de plus en plus, par l'exode rural, avec les flux des migrants, qui, pour des raisons de survie, ou de réalisation sociale abandonnent leurs activités - devenues peu rentables- et leurs villages, pour s'installer dans les zones urbaines, notamment Dakar où les problèmes d'insertion urbaine des migrants se posent en termes d'accès au logement, d'assainissement et d'accès à l'emploi.

### 2.3. Niveaux et tendances en matière d'éducation, d'alphabétisation, de formation professionnelle, d'emploi et de main d'œuvre

#### a) L'éducation, la formation et l'alphabétisation

##### → L'éducation et la formation

Le secteur de l'éducation au Sénégal est caractérisé par une situation où la demande est largement supérieure à l'offre. Malgré les importantes ressources consacrées au secteur - près du tiers du budget - l'Etat n'arrive pas encore à scolariser l'ensemble des enfants en âge d'aller à l'école. L'enseignement élémentaire a enregistré, ces cinq dernières années, une amélioration de ses taux de scolarisation, après la tendance à la baisse, constatée entre 1991 et 1995. Entre 1991-1992 et 1994-1995, le taux de scolarisation au niveau de l'élémentaire a connu une tendance à la baisse, passant de 55,8% à 54,6%. C'est à partir de 1995-1996 que cette tendance a été inversée. Ainsi, entre 1994-1995 et 1999-2000, le taux brut de scolarisation est passé respectivement de 54,6% à 68,3 %, soit un gain de 13,7 points en cinq ans. Cependant, de fortes disparités persistent encore entre les sexes et entre les dix régions. Les régions de Tambacounda, Kolda et Louga, qui ont connu les augmentations les plus significatives de leurs taux de scolarisation, ont obtenu, sur la période, des gains respectifs, de 37 points, 36 points et 20 points (1994-1995-2000). En dehors des régions de Dakar et Ziguinchor, les niveaux de scolarisation des autres régions sont encore faibles et cinq sont en dessous de la moyenne nationale. Diourbel et Kaolack, qui sont les régions les moins scolarisées, présentent des situations préoccupantes avec des taux voisins de 40 %.

Les taux de scolarisation des filles et des garçons ont augmenté, respectivement de 16,4 points et 11 points, au cours des ces cinq dernières années. Toutefois, malgré les améliorations dans la scolarisation des filles, l'écart entre les taux de scolarisation des deux sexes est en moyenne de 13,5 points par année sur les cinq dernières années.

La prise en compte du personnel SDP/PEP

En dépit des efforts consentis et des progrès accomplis, on peut encore constater la persistance des inégalités entre les garçons et les filles, le retard accusé par certaines régions et les difficultés à satisfaire une demande toujours croissante, induite par une croissance rapide des effectifs à scolariser. Le personnel d'encadrement reste encore insuffisant, malgré le recrutement en masse de volontaires de l'éducation.

De même, le *ratio maître/élève*, demeure élevé (1/59). Le taux d'abandon égal à 14 % reste élevé, surtout en milieu rural. L'inscription des filles et leur maintien à l'école apparaît encore difficile, compte tenu de la persistance de nombreux préjugés et pesanteurs socioculturels ou religieux très perceptibles dans certaines zones. Il reste encore beaucoup à faire pour obtenir la scolarisation universelle et un enseignement de qualité, dans un contexte marqué par un accroissement rapide des effectifs à scolariser et des capacités financières limitées de l'Etat, ce qui se répercute sur le rythme de mise en place et d'équipement des infrastructures.

Le taux de scolarisation dans l'enseignement moyen, en 1998-1999 est de 21,8%, contre 20,6 %, en 1997-1998. Les garçons sont scolarisés à 27,2 %, alors que les filles ne le sont qu'à 16,8 %. Le taux de scolarisation, dans l'enseignement moyen est resté stationnaire autour de 20 %, au cours de ces quatre dernières années. Aujourd'hui, il est apparu de plus en plus difficile à l'Etat, de répondre à la demande. Et le taux actuel, déjà faible, sera difficilement maintenu, si des capacités d'accueil conséquentes ne sont pas mises en place, surtout dans la perspective de la scolarisation universelle envisagée dans le cadre du *Programme Décennal de Développement de l'Education et de la Formation (PDEF)*.

Le taux de scolarisation dans l'enseignement secondaire est de 9,04 % en 1998-1999, ayant peu évolué depuis 1995-1996 et s'étant toujours situé autour de 9%. L'accès des filles à l'enseignement secondaire est assez réduit. En effet, le taux de scolarisation des garçons est de 12,4 %, contre 6,0% pour les filles. En plus du manque d'infrastructures, le sous-secteur souffre de l'absence de diversification des filières, particulièrement dans l'enseignement technique.

L'enseignement supérieur est caractérisé par la faiblesse de ses capacités d'accueil, de la dégradation des conditions d'études et de son coût élevé. Face aux restrictions dans l'accès aux universités de Dakar et de Saint-Louis, on assiste à l'émergence d'écoles supérieures privées – on en dénombre, aujourd'hui plus d'une trentaine – qui comptent plus de 5.000 étudiants. La mise en œuvre du *Programme pour l'Amélioration de l'Enseignement Supérieur (PAES)* a permis, au cours de ces cinq dernières années, une plus grande maîtrise des flux, l'amélioration du cadre pédagogique, l'élaboration de nouveaux programmes et des filières professionnelles internes et la construction et la réhabilitation d'infrastructures. Aujourd'hui, l'Université de Dakar compte 23.198 étudiants, soit un peu moins qu'en 1994. Le taux de réussite y varie, selon les années et les filières. Il avoisine une moyenne de 40 %, toutes facultés confondues et atteint 80 % au niveau des écoles supérieures. Il est cependant plus faible au premier cycle où on note, souvent, une surcharge des amphithéâtres. Au niveau de l'Université de Saint-Louis, les effectifs ont triplé, entre 1990 et 2000. Ils se sont cependant stabilisés, ces deux dernières années, autour de 2.100 étudiants dont moins de la moitié sont des filles (entre 1999 et 2000).

Les établissements d'enseignement supérieur privés, offrent des programmes dans des filières spécialisées comme *la communication, le management ou le commerce*. Plusieurs d'entre eux sont en partenariat avec des établissements des pays du Nord.

### → L'alphabétisation

L'enseignement non formel comprend l'alphabétisation et les écoles communautaires de base. L'alphabétisation concerne la population adulte âgée de 15 à 50 ans. La population sénégalaise connaît encore un niveau d'analphabétisme élevé, malgré les efforts entrepris depuis 1994-1995.

7. Sur la  
le taux de  
scolarisation  
des filles  
est resté  
stationnaire  
autour de  
20% au  
cours de  
ces quatre  
dernières  
années.  
Aujourd'hui  
il est apparu  
de plus en  
plus difficile  
à l'Etat  
de répondre  
à la demande.  
Et le taux  
actuel, déjà  
faible, sera  
difficilement  
maintenu,  
si des capacités  
d'accueil  
conséquentes  
ne sont pas  
mises en place,  
surtout dans  
la perspective  
de la scolarisation  
universelle  
envisagée  
dans le cadre  
du Programme  
Décennal de  
Développement  
de l'Education  
et de la  
Formation  
(PDEF).

De 68,9%, en 1988, le taux est passé à 48,9 %, en 1999. Il est estimé à 47,8 %, pour les hommes et 49,9%, pour les femmes en 1998-1999, selon les sources de la *Direction de l'Alphabétisation et de l'Education de base (DAEB) 1998-1999*. Les différents programmes ont permis d'alphabétiser, chaque année, au moins 120.000 auditeurs, depuis 1993. Le pourcentage des femmes alphabétisées n'a cessé de progresser : de 65% en 1993-1994, les femmes représentent 75,5 % des auditeurs en 1998-1999.

D'importants programmes ont été initiés, qui ont permis d'enrôler près 908.904 auditeurs dont 75 % de femmes, entre 1993-1994 et 1999. Il s'agit, principalement, du *Projet d'Appui au Programme d'Action (PAPA)*, *Projet d'Alphabétisation Priorité Femme (PAPF)*, *Projet d'Alphabétisation Intensive du Sénégal (PAIS)*. Les femmes constituent des bénéficiaires privilégiées, compte tenu de leur dynamisme au niveau des groupements d'intérêt économique (*GIE*) et groupements de promotion économique et des objectifs de la politique qui visent, en particulier, le développement de programmes d'alphabétisation fonctionnelle.

### b ) L'emploi

Le chômage et le sous-emploi se sont amplifiés, du fait de la persistance des difficultés économiques et de la crise du secteur agricole qui a entraîné l'exode rural vers les villes. Cette situation a accentué le phénomène de la paupérisation. Le secteur a dû faire face aux contre-performances de l'agriculture, aux contraintes induites par les politiques d'ajustement structurel qui ont entraîné la baisse des revenus réels, la restructuration et la fermeture des entreprises et la compression de personnel. Les performances économiques récentes n'ont pas engendré un dynamisme de l'emploi dans le secteur moderne. C'est le secteur informel qui capte les énergies et les nouvelles initiatives.

Cependant la situation de l'emploi reste encore insuffisamment maîtrisée, en raison de la nature parcellaire des données disponibles et des difficultés liées à leur actualisation. Selon les résultats de l'*enquête ESAM de 1994-1995* publiés en octobre 1997, la population active qui comprend les occupés et les chômeurs âgés de 10 ans et plus, est composée de 2.695.385 occupés et 219.617 chômeurs. Le taux d'activité dans la population sénégalaise est de 59% et le taux de chômage de 7,5 %. Les résultats du *RGPH de 1988* donnaient, respectivement, pour ces deux chiffres, 47,0% et 8,9%. En milieu urbain, le taux de chômage dans la tranche d'âge 20-34 ans est de 40% selon le *IXème Plan*.

Le recensement des demandeurs d'emplois, effectué en 1999, a permis d'enregistrer 157.063 demandeurs d'emplois, au niveau national, dont 63,6 % de sexe masculin, contre 36,4 % de sexe féminin. Le taux de chômage se situe autour de 13 %, pour les régions de Saint Louis et Ziguinchor et est au-dessus de 6 %, pour toutes les autres régions. A Dakar, le taux de chômage est estimé à 16 %. Quant au taux d'activité, il est au-dessus de 45 %, pour toutes les régions. En milieu rural, le faible taux d'occupation, estimé à 38 % et la faiblesse des revenus, sont autant d'incitation au développement d'activités-refuges et à l'exode. L'emploi rural non agricole se développe ainsi, de plus en plus.

La détérioration de la situation dans le secteur moderne et public, a eu des répercussions sur le système national de protection sociale – *Institut de Prévoyance Retraite du Sénégal (IPRES)*, *Caisse de Sécurité Sociale (CSS)* et sur les systèmes de prévoyance - *Fonds National de Retraite (FNR)*, *Institut de Prévoyance Maladie (IPM)* et *Institut de Prévoyance Retraite du Sénégal (IPRES)*. Les effectifs de la fonction publique sont évalués en 1998 à 61.000 travailleurs, tandis que le secteur informel continue de jouer un rôle majeur dans la création d'emplois au Sénégal.

## 2.4. Analyse des liens entre la dynamique des populations, l'espace et les processus de développement

Les interactions entre la dynamique de la population, l'espace et les processus de développement, sont complexes et multidimensionnelles. Tout d'abord, il est indéniable qu'un développement durable passe par une répartition équilibrée de la population sur l'espace, pour une mise en valeur optimale des potentialités de toutes les zones géographiques du pays.

Ce qui suppose la préservation et la gestion rationnelle des ressources naturelles, pour garantir aux générations futures, des conditions de vie décentes.

Au Sénégal, la conjonction entre une croissance démographique rapide et un déséquilibre dans la répartition de la population héritée de la colonisation a été entretenue par les modèles de développement adoptés et mis en œuvre à l'Indépendance. Ces dynamiques spatiales et démographiques posent, au moins, trois types de défis : ceux liés aux effets déstabilisateurs de la croissance démographique rapide, ceux liés aux conséquences des fortes concentrations de population et ceux liés aux enjeux des politiques de développement. Ces défis sont d'autant plus importants qu'ils se manifestent dans un contexte marqué par la pauvreté, facteur de déséquilibre entre la dynamique de la population, l'espace et les processus de développement.

Ainsi, les contraintes qui se posent en termes de gestion et d'organisation de l'espace, accentuent de plus en plus les disparités qui se traduisent par des déséquilibres à plusieurs niveaux :

- entre la capitale et le reste du pays ;
- entre les zones urbaines et les zones rurales ;
- entre les populations vivant dans les zones les moins développées, les plus démunies et celles vivant dans les zones disposant d'infrastructures collectives et des opportunités de développement ;
- entre les sexes, si l'on considère le niveau, encore élevé de l'analphabétisme féminin et la faible scolarisation des filles entre les milieux urbain et rural.

Ces déséquilibres se caractérisent par une concentration de la population dans les zones urbaines de l'Ouest du pays et du Centre, qui disposent des infrastructures socioéconomiques les plus importantes. La persistance de ces tendances actuelles risque d'aggraver dans le moyen et le long terme les disparités interrégionales, et d'accélérer le processus d'urbanisation anarchique dans les zones d'accueil. Il en résultera une mise en valeur encore plus faible des ressources et potentialités d'une bonne partie du pays et une faible dynamisation des villes secondaires à l'intérieur du pays qui auront de plus en plus de mal à constituer des pôles de développement viables. Les différentes mutations qui affectent aujourd'hui la société sénégalaise, à travers les modèles de comportement, de consommation nouveaux, se répercutent sur l'organisation de l'espace, accélérant ainsi la modification de l'environnement, et entraînant des changements dans les modes de vie et les activités. Ces phénomènes gagnent de l'ampleur et posent des problèmes d'occupation des sols, d'assainissement de l'habitat, des besoins de logement urbains et d'infrastructures communautaires.

### CHAPITRE 3 : PROGRES ACCOMPLIS ET BESOINS CRITIQUES CONCERNANT LE DOMAINE DE POPULATION ET DEVELOPPEMENT, LA SANTÉ DE LA REPRODUCTION ET LA PARITÉ DES SEXES

#### 3.1. Analyse des performances en matière de réalisation de certains objectifs clés du Programme d'Action de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (PA/CIPD).

##### 3.1.1. Rappel de quelques objectifs de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD)

La *Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD)* tenue au Caire en 1994 s'était fixée, entre autres objectifs, de rendre disponibles des services de qualité de Santé de la reproduction (SR), de réduire de moitié et d'ici à l'an 2000, la morbidité et la mortalité maternelles observées en 1990 et à nouveau de moitié, d'ici à 2015, de réduire considérablement les décès par avortements provoqués, de promouvoir le droit des adolescents à l'éducation, à l'information et aux soins relatifs à la Santé de la Reproduction (SR), de prévenir et réduire la contamination par le VIH et sensibiliser le public sur les conséquences de la contamination par VIH. Outre la croissance économique soutenue dans le cadre du développement durable, la *CIPD* s'était également fixée comme autres objectifs, l'éducation, en particulier celle des filles ainsi que l'équité et l'égalité entre les sexes.

##### 3.1.2. Niveau de réalisation des objectifs du Programme d'Action de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (PA/CIPD).

###### 3.1.2.1. Accès universel à la santé en matière de Santé de la Reproduction

Depuis le début des années 1990, des efforts considérables sont consentis par les pouvoirs publics pour rendre les infrastructures de base disponibles, jusqu'au niveau périphérique. En effet, au plan national, la population moyenne par type d'infrastructure est à 545.800 habitants par hôpital, 175.000 habitants par centre de santé et 11.500 habitants par poste de santé, ce qui n'est pas loin des normes de l'OMS. La responsabilité de chaque type de structure est de dispenser aux populations un paquet de services intégrant largement les différentes composantes de la *Santé de la Reproduction (SR)* : *maternité à moindre risque, PF, IST/SIDA, etc.* Au plan des ressources humaines, les normes de couverture de la population – en l'occurrence 1 (un) médecin pour 100.000 habitants, 1 infirmier pour 300 habitants et une sage-femme d'état pour 300 femmes en âge de procréer - ne sont pas satisfaisantes.

###### 3.1.2.2.. Maternité à moindre risque

###### a) Les soins prénatals

Selon les résultats de *l'enquête sur les indicateurs de santé au Sénégal (ESIS) de 1999*, 77% des femmes ont bénéficié d'une consultation prénatale d'une sage-femme/infirmière au cours de la période 1994/1999 ; tandis que 14% des mères n'ont consulté personne. Par rapport à *l'EDS III de 1997*, 76% des femmes avaient bénéficié d'une consultation prénatale auprès d'une sage-femme/infirmière tandis que 15% des femmes n'avaient consulté personne pendant leur grossesse. Les proportions ont peu varié depuis lors.

### a) Les accouchements assistés

Pour l'ensemble des naissances survenues entre 1994-1997 selon les résultats de l'*ESIS*, 50% ont lieu à domicile contre 49% dans les structures sanitaires. Le pourcentage de femmes accouchant avec l'assistance d'une sage-femme/infirmière est estimé à 46% toujours selon l'*ESIS*, tandis que 3% des femmes ont accouché sans assistance. Par rapport à l'*EDS III de 1997*, 51% des mères ont accouché à domicile contre 48% dans une structure de santé ; 43% des femmes ont bénéficié de l'assistance d'une sage-femme /infirmière et 5% ont accouché sans assistance. La contribution des accoucheuses traditionnelles/matrones dans l'assistance de l'accouchement est aussi passée de 25% selon les sources de l'*EDS III* à 20% d'après l'*ESIS*. Globalement les indicateurs ont peu varié.

### c) Les soins obstétricaux d'urgence

Selon l'*ESIS de 1999*, dans près de 5% des cas, la mère a accouché par césarienne. L'*EDS III de 1997* a estimé les naissances par cette technique à 2%.

#### 3.1.2.3 La planification familiale

La prévalence contraceptive pour les méthodes modernes à l'échelle nationale est estimée à 8,1% chez les femmes en union, et 7,0% selon l'*EDS III de 1997*, pour l'ensemble des femmes en âge de reproduction, selon la même source. L'*ESIS* a estimé ces deux taux respectivement à 8,2% et 7,1%. Ce taux cache des disparités régionales. Les régions où les taux de prévalence ont régressé entre 1997 et 1999, sont : Dakar (21,3% à 18,6%), Diourbel (4,0% à 3,3%). Toutes les autres régions ont connu des progressions, notamment Saint-Louis, Kolda, Ziguinchor et Tambacounda. La prévalence contraceptive moderne a peu varié entre 1997 et 1999 et reste en deçà de l'objectif de 15% fixé en 1996.

#### 3.1.2.4 Réduction de la mortalité maternelle

La dernière mesure de la mortalité maternelle au Sénégal remonte à 1992-1993 avec l'*EDS II* qui l'estimait à 510 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes. Les résultats du rapport de l'UNICEF sur la " **la situation des enfants dans le monde** " estiment les décès maternels au Sénégal à 560 pour 100.000 naissances vivantes. La plupart de ces décès restent encore de nos jours liés à certains facteurs tels que les grossesses très précoces, trop nombreuses, trop rapprochées et trop tardives ainsi qu'à la faible utilisation des services de santé, pour ce qui est des soins prénatals et l'assistance à l'accouchement.

#### 3.1.2.5 Réduction de la mortalité infantile et infanto-juvénile

En 1997, l'*EDS III* a estimé la mortalité infantile à 68 pour 1000. L'*ESIS de 1999* l'estime à 64 pour 1000. Pour la mortalité infanto-juvénile, l'*EDS III* l'a estimée à 139 pour 1000 et l'*ESIS* à 142 pour 1000 : ce taux aurait donc connu une hausse. Parmi les causes de la mortalité infantile, figurent les infections respiratoires aiguës et les maladies diarrhéiques. Il a été également constaté que l'âge de la mère, le rang de la naissance et la durée de l'intervalle inter génésique, constituent d'autres déterminants de cette mortalité.

#### 3.1.2.6 Les IST/SIDA

Les pourcentages des hommes et des femmes connaissant le SIDA et ayant déclaré en connaître un mode de transmission quelconque sont estimés respectivement à 85% et 80% en 1997. Les taux de prévalence de l'infection à VIH sont estimés, en juin 1999 de 1 à 1,2% dans la population générale.

### 3.1.2.7 Scolarisation des filles

Les taux de scolarisation des filles sont passés de 49,8% en 1995-1996 à 63,0% en 1999-2000, soit un gain de plus de 13 points. Cependant, les écarts entre garçons et filles restent autour de quatorze points. La persistance des écarts entre garçons et filles s'explique par les difficultés que les filles rencontrent dans leur inscription à l'école – en particulier dans certaines zones religieuses- et dans leur maintien dans le système scolaire.

### 3.1.2.8 Alphabétisation des femmes

L'alphabétisation des femmes a connu des progrès relativement importants. Le niveau actuel de l'analphabétisme, en 1999, est estimé à 49,9 % contre 60,8 % en 1995, selon les sources de la *Direction de l'Alphabétisation et de l'Education de base (DAEB) de 1999*. L'adoption et la mise en œuvre de programmes parmi lesquels les programmes de PF, de lutte contre les IST/SIDA, de lutte contre la mortalité maternelle, de la surveillance nutritionnelle et pondérale, de médicaments essentiels de la conception et la mise en œuvre du *Plan National d'Action de la Femme (PANAF)* ont, eu un effet bénéfique sur certains indicateurs clés.

## 3.2. Analyse du cadre institutionnel de formulation et de mise en œuvre des politiques et programmes de population

### 3.2.1. Dans les domaines de la Population et Stratégies de Développement (PSD) et du Genre

#### a) Dans le domaine de la Population et Stratégies de Développement (PSD)

Le cadre institutionnel de formulation et de mise en œuvre de la politique et programmation de population est bâti sur un ensemble de parties prenantes composées d'institutions nationales, régionales, ainsi que des commissions à caractère consultatif et d'acteurs impliqués dans le processus de formulation et de mise en œuvre de la politique de population.

Le dispositif institutionnel de coordination est composé :

- D'un organe de décision : le *Conseil National de la Population et des Ressources Humaines (CNPORH)* présidé par le Chef de l'Etat. Cet organe a pour mandat d'examiner et d'entériner les recommandations dans le domaine de la population et des ressources humaines et doit se réunir tous les deux (2) ans.
- D'une structure consultative nationale : la *Commission Nationale de la Population et des Ressources Humaines (CONAPORH)* qui a vocation d'assister le Gouvernement dans la définition de sa politique de population et de ressources humaines et de préparer les recommandations à soumettre au Conseil National. La *CONAPORH* compte des démembrements au niveau des dix (10) régions du Sénégal (*COREPORH*).
- D'un *Comité Technique de Suivi de la Population et des ressources humaines (CTSP)* dont la vocation principale est d'assurer le suivi et l'évaluation des politiques, programmes et projets en matière de population et ressources humaines.
- D'un *Comité Consultatif sur la recherche* institué dans le cadre du fonds d'étude et de recherche. Il est chargé d'examiner tous les projets relatifs à ce fonds et de formuler des recommandations appropriées.

Toutes ces structures d'appui relèvent de la *Direction de la Planification des Ressources Humaines (DPRH)* du Ministère du Plan. La *DPRH* est l'organe de coordination, de planification, de suivi et d'évaluation de la politique de population. A ce titre, elle est chargée de préparer les réunions de coordination des sous-programmes (*PSD, Plaidoyer et SR*), d'approuver les plans d'activités et doit émettre des recommandations en vue d'améliorer les performances des acteurs intervenant dans le programme.

Il convient de préciser que les *parties prenantes principales* (Gouvernement, bailleurs de fonds) ont joué un rôle important dans la coordination et l'allocation des ressources financières, humaines et logistiques. Les *parties prenantes secondaires* (ONG, ministères sectoriels et autres organes d'exécution) constituent des leviers importants dans l'exécution du programme. Les *parties prenantes primaires*, constituées de la population - principalement les adolescents, les jeunes et les femmes - méritent une attention soutenue pour une meilleure visibilité des réalisations.

Des initiatives prises par la *DPRH* ont abouti à l'élaboration d'un plan de travail de la *CONAPORH* et à une réunion de cette instance dans le cadre du lancement des travaux relatifs à l'actualisation de la *Déclaration de Politique de Population (DPP)*. Des propositions de modifications au décret créant la *CONAPORH*, ont été élaborées pour adapter celle-ci au nouveau contexte institutionnel.

Toutefois, le dispositif institutionnel, à ses différents niveaux, a besoin d'être plus opérationnel et plus performant. Pour cela, les contraintes suivantes devraient pouvoir trouver des solutions, dans le moyen terme :

- l'absence de stratégies consensuelles d'implication des nouveaux acteurs tels que les ONG, les réseaux et les différentes organisations de la société civile ;
- l'insuffisante articulation entre structures de coordination intra et intersectorielle et la léthargie du *Comité technique de suivi des projets et programmes de population (CSTP)* ;
- la léthargie des structures chargés de l'exécution des activités notamment au niveau régional ;
- les difficultés de coordination par la *DPRH* des activités du programme ;
- les difficultés de fonctionnement régulier des cadres d'action, d'échanges et de coordination des différents intervenants ;
- l'insuffisance d'instruments techniques (tableaux de bord, vision intégrée des aspects physique et financier) d'appui à la coordination et au suivi des programmes de population.

#### b) Dans le domaine de l'amélioration du statut de la femme

Le Ministère de la Famille et de la Solidarité Nationale (MFSN) a en charge la définition de la vision du Sénégal en matière d'égalité de genre et de promotion féminine. Ses trois directions nationales (la Direction du Bien-Être Familial, la Direction de l'Action Sociale et de la Solidarité Nationale, la Direction du Développement Communautaire) appuyées par le Bureau de Suivi et de Coordination, le Centre National de Documentation et d'Information sur la Femme, l'Ecole Nationale des Travailleurs Sociaux, lui fournissent le dispositif administratif adéquat pour accomplir son mandat en ne se cantonnant plus aux seules actions en direction des femmes et des enfants.

Dans l'optique de faciliter la prise en compte des questions de genre dans les ministères techniques, les points focaux « femme » devenus points focaux en genre ont bénéficié de sessions de formation pour le renforcement de leurs capacités en leadership, négociation et en GED. Cependant ils rencontrent des difficultés pour infléchir la politique de leur ministère en partie parce qu'ils ne disposent pas d'un cahier de charge précis et que le MFSN n'assure pas un suivi régulier de leurs activités.

A côté de ce dispositif administratif, le **comité consultatif de la Femme** est impliqué dans toutes les actions qu'entreprend le MFSN, il est constitué par les points focaux des ministères techniques, les associations de femmes, les ONG, la Société civile, les partenaires au développement (Réseau bailleurs de fonds Femme).

L'implication de toutes les catégories de parties prenantes a eu comme résultat l'utilisation effective du PANAF comme un cadre d'orientation pour tous les intervenants en matière de promotion de la femme et l'appropriation par les bénéficiaires.

Le MFSN assure la tutelle des <sup>250</sup> 150 ONG agréées au Sénégal et des instances fédératives des femmes comme la *Fédération des Associations Féminines du Sénégal (FAFS)*, le réseau *Siggil Jigeen* et travaille en étroite collaboration avec les autorités religieuses et coutumières avant de lancer toute action "sensible".

Le *Réseau des Communicateurs Traditionnels*, "maîtres de la parole" et des journalistes favorables à la cause des femmes, apportent leur concours dans la diffusion des messages.

Si le *Plan de Développement Social* piloté par la *Direction de l'Action Sociale (DAS)* et le programme *Plaidoyer pour la cause des Enfants* semblent neutres en matière de genre, le *Plan National d'Action de la Femme (PANAF 1997-2001)*, élaboré à la suite de Beijing +5, fait, en revanche, une place de choix à la problématique de l'équité entre les sexes et à l'amélioration du statut de la femme et de la petite fille. Cinq domaines prioritaires sont retenus, en conformité avec le *IXème Plan de Développement Economique et Social* et la *Plate Forme Africaine d'Action préparatoire de Beijing* :

- La promotion économique des femmes et la lutte contre la pauvreté ;
- L'amélioration du niveau de scolarisation des filles et de l'alphabétisation des femmes ;
- L'amélioration de l'état de santé de la femme et de la petite fille ;
- L'amélioration du statut juridique et du pouvoir de décision des femmes ;
- Le renforcement des mécanismes de promotion économique et de financement des femmes.

Ce plan a été conçu d'une manière consensuelle dans une approche participative et décentralisée, impliquant tous les segments de la société, les services techniques, les ONG, les associations, les journalistes, les chercheurs, l'assistance technique, les leaders politiques et religieux. Tous ces acteurs et partenaires contribuent à l'exécution des plans d'actions du MFSN ainsi qu'à la recherche de financement et à l'évaluation.

Le cadre institutionnel de mise en œuvre élaboré prend en compte le caractère plurisectoriel et intégré des interventions en faveur des femmes. Il comporte des structures de coordination aux niveaux national, régional et départemental.

Le *Comité consultatif de la Femme* est impliqué dans toutes les actions qu'entreprend le MFSN : il est constitué par les associations de femmes, les ONG, la Société civile, les partenaires au développement (*Réseau des bailleurs de fonds Femme*).

L'implication des partenaires a eu comme résultat l'utilisation effective du PANAF comme un cadre d'orientation pour tous les intervenants en matière de promotion de la femme.

Dès l'approbation du PANAF, un fonds de 500 millions a été mis à la disposition du Ministère pour la mise en œuvre du PANAF en 1998. Mais cette date ne correspond pas avec la période de planification des bailleurs de fonds d'où le retard dans la mise en place des plus grands projets du PANAF.

La volonté politique s'est manifestée à travers :

- la ratification du Protocole additionnel à la *Convention pour l'Élimination de toutes formes de Discriminations à l'Encontre des Femmes CDEF/CEDAW* (juillet 2000);
- le vote de lois contre les violences faites aux femmes (1999);
- la prise en compte des questions de genre dans le *PDEF, le Plan d'Action de l'Environnement, la lettre de Politique de Développement Agricole* ;
- la directive du Premier Ministre concernant l'intégration de l'approche genre dans les projets et programmes de développement (septembre 2000) ;
- la ratification de la Charte Africaine des Droits de l'Enfant.

L'alliance avec les hommes qui partagent les préoccupations d'équité et de justice sociale s'est avérée efficace pour l'amélioration du statut de la femme considérée comme vecteur de changement et non comme une simple victime.

De la même manière, lors des dernières élections législatives, certains partis politiques ont accepté non seulement d'accorder un quota de 20% aux femmes, mais encore de les placer en bonne position sur leur liste de candidatures. Il est vrai que le Conseil Sénégalais des Femmes (COSEF) et les femmes des partis politiques y ont largement contribué par leurs actions militantes (enquêtes, articles de presse, lobbying).

Dans l'optique de faciliter la prise en compte du genre dans les ministères techniques, les points focaux "femme" devenus points focaux en "genre" ont bénéficié de sessions de formation pour le renforcement de leurs capacités en *leadership*, négociation et en *Genre et Développement (GED)*. Cependant ils rencontrent des difficultés pour infléchir la politique de leur ministère en partie parce qu'ils ne disposent pas d'un cahier de charges précis et le MFSN n'assure pas un suivi régulier de leurs activités. Les ONG et Associations de femmes remplissent des rôles d'appui conseil, de formation-sensibilisation, de plaidoyer et de *lobbying* auprès des décideurs et leaders, de mobilisation sociale (en faveur de la paix en Casamance) et d'intermédiation politique (stratégie de développement de contre pouvoir), d'intermédiation financière et de promotion économique (accès au crédit, aux mutuelles d'épargne et de crédit).

Les organisations féminines sont représentées au Haut Conseil de l'Audiovisuel, au sein de l'*Observatoire National des Elections (ONEL)* et des *Observatoires Départementaux des Elections (ODEL)*, au sein des groupes de travail sur la femme aux niveaux national et international. On estime qu'il existe 17. 000 associations de femmes au Sénégal réparties en milieu urbain et rural, dont 6. 800 affiliées à la seule *Fédération des Groupements de Promotion Féminine* qui compte 1 056 000 membres. Un important programme de renforcement institutionnel est mis en œuvre à son profit, depuis 5 ans.

Un tel dispositif confère au MFSN un important pouvoir de mobilisation sociale, qui pourrait lui permettre de jouer un rôle encore plus efficace dans l'amélioration du statut de la femme, si les faiblesses suivantes étaient résolues :

- Faible professionnalisme des ressources humaines, d'où la difficulté d'élaborer des plans stratégiques à moyen et long terme et de déployer des stratégies de financement ;
- Faible intégration des questions de genre dans l'approche et l'action de nombreuses ONGs et associations ;
- Faible implication des adolescentes dans le mouvement féminin et dans les associations de jeunes ;

- Faible partenariat avec les hommes qui sont les principaux leaders et décideurs en matière de promotion sociale ;
- La faible conscience de son poids électoral qui fait que les femmes, bien que formant la majorité électorale constituent la minorité des élus et participent très faiblement à la prise de décision.

Par ailleurs, il conviendrait de résoudre les contraintes auxquelles le MFSN est confronté, parmi lesquelles :

- La faiblesse de la part du budget national et le l'APD qui lui sont accordés → il est de culture
- La faible responsabilisation des services régionaux dans la recherche de financement et dans l'opérationnalisation des PRAF (Plan Régional d'Action de la Femme) ;
- L'inexistence de l'approche programme au sein du MFSN à l'image du PDIS ; et d'ailleurs les stratégies de coord avec les autres de
- L'inexistence d'une méthodologie d'intégration des questions de genre dans les préoccupations des ministères sectoriels ;
- L'inexistence d'une politique de la famille qui tienne compte des besoins différenciés selon le sexe et l'âge ;
- La faiblesse du suivi des points focaux genre et l'absence de cahier de charges ;
- L'insuffisante implication des hommes, comme partenaires obligés dans les stratégies du PANAF ;
- Faible prise en compte des adolescent (e) s dont la prise en charge est partagée entre le MFSN et le MJS.

### 3. 2. 2. Dans le domaine de la Santé de la Reproduction

L'essentiel des activités de la Santé de la Reproduction s'exécute à l'intérieur des services techniques du Ministère de la Santé. Cependant d'autres départements et partenaires y prennent part notamment le Ministère de la Jeunesse grâce au Projet Promotion des Jeunes ainsi que certains organismes spécialisés dans le domaine ( ONGs, Associations, Réseaux).

La définition de nouvelles orientations en matière de santé suite aux grandes conférences internationales (Caire, Benjing, Copenhague) s'est traduite par l'application de réformes dans le secteur hospitalier ; de la pharmacie, des comités et mutuelles de santé ; par une nouvelle organisation du Ministère de la santé et la création du Service National de la Santé de la Reproduction. Organe de conception, de coordination et d'exécution des activités de SR, le Service National de Santé de la Reproduction est composé d'une équipe pluridisciplinaire formée de 3 Médecins Spécialistes en Santé Publique, de 2 Gynécologues-Accoucheurs, d'1 Démographe-Statisticien, de 2 Sociologues, de 2 Administratifs, de Spécialistes en IEC et de personnel de soutien.

Pour la mise en œuvre des programmes, le SNSR s'appuie sur un réseau de structures composé 10 hôpitaux régionaux, 14 centres de référence SR, 52 centres de santé, et 803 postes de santé ; plus de 1000 maternités rurales ainsi que les points de prestation de services, d'ONGs impliquées dans le secteur (ASBEF, SANFAM, IIAA etc.). L'exécution des activités se fait annuellement par le biais des plans d'opérations (P.O) produits par les 52 centres de santé avec la participation de la communauté et des partenaires au développement. L'élaboration des P.O. constitue un "temps fort" dans la programmation annuelle des activités à exécuter. Le suivi-évaluation des activités est effectué par le PDIS qui organise annuellement une revue conjointe qui examine l'ensemble des programmes prioritaires du Ministère de la Santé avec la pleine participation des donateurs et bailleurs de fonds. La revue a mi-parcours du Programme d'Assistance du Fonds des Nations-Unies pour la Population (FNUAP) constitue également un moment privilégié pour le suivi-évaluation des programmes de SR.

La coordination à l'intérieur du sous-programme de SR est assurée par un comité technique présidé par le Chef du Service National de Santé de la Reproduction et est composé de représentants des différentes structures publiques et non gouvernementales nationales et agences de coopération concernées. Le suivi des intervenants se fait par le biais de rencontres périodiques de programmation des activités et de discussion de résultats.

L'analyse du cadre d'intervention met en évidence des problèmes de coordination nés de l'organisation actuelle du Ministère de la Santé qui place certaines composantes essentielles de la SR telles que les IST/SIDA dans des services autres que le SNSR. Le nombre très élevé d'ONGs et de réseaux intervenant dans la mise en œuvre des programmes de SR rend la coordination difficile. En raison de la particularité de leur statut, certaines institutions à vocation religieuse ont du mal à comprendre et à se conformer aux dispositions du manuel de procédures d'exécution du Programme d'Assistance du FNUAP au Sénégal. Il en a résulté de multiples incompréhensions qui ont grandement retardé la correcte exécution des activités planifiées. Il importe par conséquent d'être plus regardant sur le choix des organisations non gouvernementales et d'autres associations à prendre en considération dans l'exécution des activités de SR.

### **3.2.3. Dans le domaine du Plaidoyer**

Les stratégies de plaidoyer occupent une place centrale dans le programme national de population. Elles concernent les différentes actions menées par l'Etat et ses partenaires pour favoriser la promotion d'un cadre législatif et d'un environnement socioculturel favorables à la mise en œuvre de la politique de population. La promotion de la Santé de la Reproduction, de l'équité de Genre et la scolarisation des filles demeurent des préoccupations importantes dans les actions de Plaidoyer qui ciblent principalement les décideurs politiques, les élus locaux et les leaders religieux et coutumiers.

Compte tenu de leur dimension transversale, les activités Plaidoyer sont coordonnées par le ministère du Plan, à travers la DPRH qui, au niveau national, s'appuie sur le Comité de Pilotage du Programme et le Comité Technique du sous-programme Plaidoyer, composé des ministères techniques impliqués dans la mise en œuvre de la politique de population, des ONG et des partenaires au développement. Au niveau régional, les activités de Plaidoyer sont coordonnées par les Comités Régionaux pour la Population et les Ressources Humaines (COREPORH).

Les difficultés de coordination s'expliquent par le gel des activités du Comité Consultatif en IEC qui avait l'avantage de regrouper l'ensemble des intervenants du domaine, sans exclusive.

De plus, en l'absence d'un programme de plaidoyer dans le cadre de ce 2<sup>ème</sup> PAIP, il était notamment impossible de coordonner la mise en œuvre d'actions dispersées, conçues généralement sans l'implication de la Direction de la Planification des Ressources Humaines (DPRH). Toutefois, il faut mentionner que des efforts de coordination ont été constatés dans l'exécution du sous-programme Plaidoyer du Programme d'Assistance du FNUAP au Sénégal avec l'institution de concertations périodiques au sein de la Composante Plaidoyer. Dans tous les cas, le secteur de l'IEC a principalement souffert des faiblesses dans la coordination des activités menées par les divers intervenants dans ce domaine. Ces problèmes de coordination ont affecté les délais d'opérationnalisation de la stratégie nationale d'IEC, empêchant ainsi une meilleure planification et une meilleure coordination des activités du secteur. Le retard dans la formulation de la stratégie nationale, a entraîné la faible vulgarisation des objectifs de la DPP.

Les différents intervenants dans le Plaidoyer en matière de population peuvent être répartis en parties prenantes principales, primaires et secondaires.

- **Parties prenantes principales :** Les ministères du Plan, de la Santé, de la Famille et de la Solidarité Nationale, de la Jeunesse et de l'Education Nationale assurent la tutelle des principales structures étatiques intervenant dans la mise en œuvre de la politique de population. Ces programmes de population bénéficient de l'appui technique et financier des partenaires au développement notamment le FNUAP, l'USAID, l'UNICEF, etc. La *Déclaration de Politique de Population (DPP)*, adoptée en 1988, stipule que la coordination des activités relevant des programmes de population est assurée par le Ministère chargé du Plan.
- **Parties prenantes primaires :** Elles sont constituées des jeunes, des adolescents, des femmes, des hommes et de la population en général. Grâce à l'approche participative, les parties prenantes primaires sont généralement associées à la conception et à la mise en œuvre des programmes. Toutefois, il importe de noter que l'une des contraintes à la mise en œuvre des programmes de population demeure la faible adhésion des populations et des communautés de base. Cette situation s'explique en partie par la faiblesse des ressources allouées au secteur Plaidoyer et aux contraintes de coordination liées à l'inexistence d'une stratégie nationale de Plaidoyer.
- **Parties prenantes secondaires :** Les parties prenantes secondaires concernent les Services Techniques de l'Etat, les Associations, les ONG et les Réseaux d'Appui : Il s'agit de la DPRH, de la Direction du Bien-Être Familial, du Service National de Santé de la Reproduction, l'ASRADEC, de l'ANIOS, de l'APAPS, du Réseau des Parlementaires, du Réseau des Journalistes, du Réseau Islam/Population, du Projet POLICY, de l'ASBEF. L'inexistence d'une stratégie de Plaidoyer a affecté les performances des actions entreprises dans ce domaine même s'il faut reconnaître les efforts de coordination entrepris dans le cadre de la composante Plaidoyer du Programme d'Assistance du FNUAP au Sénégal.

### 3.3. Situation des Acquis et Réalisations

#### 3.3.1. Dans le domaine de la Population et des Stratégies de Développement (PSD)

##### a) Réalisations et acquis

La mise en œuvre du programme national de population a permis d'enregistrer des résultats dans plusieurs domaines :

#### 1) Etat de la formulation et de la mise en œuvre des politiques et programmes de population :

##### a) Acquis

- *La Déclaration de politique de population (DPP)* du Sénégal a été adoptée en avril 1988 par le Gouvernement et depuis lors, des programmes d'actions et d'investissements prioritaires ont permis de mettre en œuvre certaines stratégies de cette déclaration. Douze ans après l'adoption de la *DPP*, le contexte socio-économique et politique a beaucoup évolué aussi bien au niveau international que national. En effet, les *conférences mondiales sur les problèmes de population et développement de la décennie 90* ont défini de nouveaux concepts et paradigmes du développement tels que la santé de la reproduction, l'approche genre et la lutte contre la pauvreté. Sur le plan national, au sein de la nouvelle politique de régionalisation, le domaine population figure parmi les compétences transférées dorénavant aux collectivités locales, et le désengagement de l'Etat favorise une plus grande implication de la société civile dans la conception et la mise en œuvre des politiques de développement. L'actualisation de la *DPP* prend en compte les changements intervenus aux plans international et national, les nouveaux concepts et paradigmes mais aussi la quantification des objectifs en matière de population.

- Le programme national de population s'est inscrit dans un contexte d'approche programme impliquant, du point de vue de la formulation, la recherche d'une plus grande cohérence, grâce à l'utilisation du cadre logique, outil de programmation, de gestion et de suivi qui a permis d'établir les cohérences - verticale et horizontale - du programme de même que l'intersectorialité, l'interdisciplinarité et la synergie des interventions ont été prises en compte dans la conception du programme.
- Par ailleurs dans la mise en œuvre du programme, d'importants acquis ont été capitalisés dans la modalité relative à l'exécution nationale qui accorde à la partie nationale, l'entière responsabilité de la coordination et de la mise en œuvre du programme national de population. *La direction de la planification des ressources humaines (DPRH)*, en sa qualité de coordonnateur de la politique de population, a mis en place un manuel de procédures opérationnelles définissant les modalités d'exécution du programme.

Pour faciliter l'exécution technique et financière, des instances d'impulsion ont été mises en place : le comité interministériel, le comité de pilotage et les comités d'exécution des sous-programmes. Le programme a aussi enregistré l'engagement des ONG et des autres segments de la *société civile*, avec la signature de protocoles d'accord pour l'exécution de certaines activités.

En sa qualité d'ordonnateur délégué national des dépenses du *budget consolidé d'investissement (BCI)*, *la direction de la dette et des investissements (DDI)* s'est fortement impliquée dans la gestion des fonds alloués au programme.

Le relèvement du niveau institutionnel de coordination et d'impulsion de la politique de population avec la création d'un ministère du Plan constitue un autre acquis majeur en matière de formulation et mise en œuvre du programme.

- Des mécanismes de coordination des interventions des bailleurs de fonds sont mis en place pour développer une stratégie concertée au niveau national. Ce sont les *réseaux des bailleurs de fonds du secteur santé* dont l'Union Européenne est chef de file, *le réseau Population* dont le FNUAP est chef de file, *le réseau Femme et Développement* dont l'UNIFEM est chef de file, et *le réseau Décentralisation* dont l'ACDI est chef de file. Au niveau du Gouvernement, des mécanismes sont développés dans le domaine de la santé avec la *Cellule d'Appui et de Suivi (CAS)* du PNDS. Des mécanismes similaires sont prévus dans le cadre du *PDEF*.

#### **b) Contraintes**

- *JAN* L'absence de formation des divers acteurs sur l'approche programme et la non appropriation du manuel de procédures ont gêné la coordination technique du programme. L'implication de la *DDI* a renforcé les modalités de l'exécution financière et a beaucoup aidé au démarrage des activités des composantes-projets.
- De plus, on note une insuffisance de ressources humaines au niveau de la *DPRH* pour, à la fois, coordonner le programme de population, réviser et reformuler la *DDP* au niveau national et régional.
- Par ailleurs, les modalités et les mécanismes devant concrétiser la volonté de décentralisation de la conception et de la mise en œuvre de la politique de population n'ont pas été clairement définis : en effet, les *Comités régionaux de la Population et des Ressources Humaines (COREPORH)* ne disposent pas de ressources adéquates pour jouer pleinement le rôle qui leur est dévolu.

Les passerelles entre les instances de coordination aux niveaux central et régional n'existent pas ou sont peu fonctionnels. Le *COREPORH* mis en place dans les dix (10) régions, souffrent d'une léthargie dans leur fonctionnement, malgré les avancées enregistrées dans les travaux portant sur l'actualisation de la *DPP*, l'organisation de *Journées Mondiales de la Population* et la définition d'une stratégie de plaidoyer. Les activités des *COREPORH* restent largement subordonnées aux initiatives de la *DPRH*. La position institutionnelle des *COREPORH* mérite d'être précisée dans le nouveau contexte de décentralisation, qui transfère la *compétence population* aux collectivités locales. Le niveau d'intégration de la *variable population* reste faible dans les instruments de planification régionale (*PRDI, PIC, PLC, SRAT*).

- Malgré l'implication des segments de la société civile (ONG, réseaux, instituts, associations) dans la conception et la mise en œuvre des activités du programme, force est de constater l'absence d'une stratégie efficace précisant leur domaine et niveau d'intervention.
- De même, des instruments pertinents précisant les articulations entre les niveaux de coordination intra et intersectorielle ne font pas encore l'objet d'un consensus entre les différentes parties prenantes impliquées dans le programme.
- Le manque de maîtrise des procédures de gestion de l'Etat et des partenaires au développement, a constitué un goulot d'étranglement.

Malgré les efforts fournis par le Gouvernement, dans l'allocation d'une contrepartie financière, le taux d'exécution financière reste en deçà des résultats escomptés. La mobilité (ou l'absence) de spécialistes en gestion maîtrisant les procédures, s'est traduite par des difficultés de mobilisation des ressources.

- Le "genre", en tant qu'outil d'analyse, n'a pas été suffisamment pris en compte dans la formulation des politiques et programmes, malgré les formations "à la carte" et la désignation de points focaux dans certains ministères techniques.

## 2) Formulation et mise en œuvre de politiques sectorielles

### a) Acquis

L'élaboration et l'adoption de politiques sectorielles et de plans d'action dans les secteurs de l'éducation (PDEF 1999-2008), la santé (PNDS 1998-2007), l'emploi (PNE), la promotion de la femme (PANAF 1997-2001), l'environnement (PNAE 1997-2001) permettront une meilleure prise en compte des besoins au niveaux des secteurs sociaux. Les différents programmes qui seront mis en œuvre contribueront à favoriser l'opérationnalisation de l'approche programme dans la prise en compte des problèmes de population, l'intégration de la dimension "genre", des groupes vulnérables et de la problématique "population développement".

- **Dans le domaine de l'éducation** : au cours des 5 dernières années, les efforts ont porté, principalement sur l'élargissement de l'enseignement élémentaire, sur la promotion de la scolarisation des jeunes filles et sur la réduction des inégalités entre les régions et entre zones urbaines et rurales. Ainsi, des progrès importants dans l'amélioration des taux de scolarisation au niveau national avec une amélioration de la scolarisation des filles grâce à la stratégie novatrice de recrutement de personnel enseignant contractuel et de construction de salles de classes. Les progrès enregistrés ont amené les pouvoirs publics à prendre des dispositions pour intégrer de manière pérenne ce personnel dans le système éducatif.

La construction de collèges à travers le pays a permis de tendre vers l'objectif de rapprocher davantage les infrastructures des élèves, de résorber le déficit dans la couverture nationale, de réduire les disparités et d'élargir progressivement l'accès à l'enseignement moyen et secondaire. Dans le cadre du Programme Décennal des stratégies sont envisagées pour atteindre la scolarisation universelle, assurer la scolarisation des filles et leur maintien dans le système scolaire et la prise en charge des groupes vulnérables.

Dans le cadre de la lutte contre l'analphabétisme, un document de politique et un cadre de référence ont été élaborés depuis 1993 pour impulser, orienter, coordonner et planifier les actions en matière d'alphabétisation et de promotion des langues nationales. La mise en œuvre est assurée par le ministère chargé de l'Alphabétisation, les organismes de développement, les ONG, les associations culturelles et les populations. D'importants programmes d'alphabétisation ont également été initiés ces dernières années, ce qui, entre 1993-1994 et 1999, a permis de recruter près de 908.904 auditeurs dont 75% de femmes. Il s'agit, principalement, du *projet d'appui au programme d'action, du projet d'alphabétisation priorité femme (PAPF) et du projet d'alphabétisation intensif du Sénégal (PAIS)*. Des actions d'accompagnement sont aussi menées dans le cadre de l'amélioration de l'efficacité des programmes d'alphabétisation, de la pérennisation des acquis des Néo - alphabétisés et de la promotion d'un environnement lettré à travers l'édition de journaux et de fascicules.

Par ailleurs, l'expérimentation de modèles alternatifs se poursuit avec *les écoles communautaires de base (ECB)* qui prennent en charge les enfants âgés de 9 à 14 ans, non scolarisés ou précocement déscolarisés.

- **Dans le cadre de la mise en œuvre de la politique sanitaire**, le Sénégal a adopté, depuis 1998, un *plan national de développement sanitaire (PNDS)* qui définit les orientations stratégiques de la politique de santé. Ce plan est exécuté à travers le *Programme de Développement Intégré de Santé (PDIS)* pour la période 1998-2002.

Le *PDIS* vise : i) la réduction de la mortalité infanto-juvénile, par l'élimination des maladies diarrhéiques, la malnutrition, les maladies cibles du Programme Elargi de vaccination (PEV) et autres endémies locales, y compris les MST/SIDA ; ii ) la réduction de la mortalité maternelle, par une amélioration substantielle de la couverture en consultation prénatale, l'amélioration de la qualité de la prise en charge des grossesses aux âges extrêmes et la réduction des accouchements non assistés ; iii) la réduction de l'indice synthétique de fécondité, par un renforcement des efforts en matière de planification familiale, d'alphabétisation des femmes et de scolarisation des filles.

Des efforts ont été consentis pour l'amélioration de l'accès et la qualité des soins à travers la construction et la réhabilitation d'infrastructures sanitaires, les réformes visant le relèvement des plateaux techniques des hopitaux et ' amélioration de leurs performances, le développement du financement alternatif à travers les comités et mutuelles de santé, le recrutement de personnel sanitaire, le financement de divers programmes (santé de la reproduction, lutte contre le paludisme, la bilharziose et le SIDA).

- **Dans le domaine de l'emploi** : le Gouvernement, en partenariat avec les partenaires sociaux et les acteurs de la *société civile*, a formulé en 1998 une politique nationale d'emploi dont l'objectif à long terme est la réalisation du plein emploi et, à court et moyen terme, la réduction du chômage, du sous-emploi et de la pauvreté. Un plan d'action a été formulé sur la base de cette politique. Il permettra la mise en œuvre d'une diversité d'action : une convention Etat-employeurs pour l'insertion des jeunes en entreprises et le *projet ASC emploi pour les jeunes* des mouvements associatifs.

## b) Contraintes

- Le manque de données désagrégées, par sexe et par localités (région, département, arrondissement), ne facilite pas l'approfondissement de certaines analyses sur les disparités et une meilleure intégration des variables démographiques dans les politiques sectorielles. En outre on note une déficience ou un mauvais fonctionnement des systèmes permettant une collecte régulière et permanente de données dans certains secteurs.
- Les longs délais entre deux recensements ne permettent une actualisation des données sur les caractéristiques, la taille et la structure de la population. En outre, l'inefficience du système d'Etat civil pose, avec acuité, les problèmes d'enregistrement des événements démographiques, surtout au niveau des zones rurales et donc les possibilités de mieux saisir les évolutions d'apprécier la demande sociale (santé, éducation, emploi, assainissement, pauvreté) et de dresser des perspectives sur les phénomènes démographique et leur impact sur le développement et la qualité des indicateurs permettant une meilleure élaboration des politiques sectorielles.

### 3) Progrès accomplis dans la compréhension des corrélations population/développement :

- Le Sénégal a opté pour une approche intégrée et intersectorielle des questions de population/développement qui s'appuie sur des corrélations entre variables démographiques et les autres variables du développement humain durable. Par ailleurs, l'intégration de la variable population dans la planification du développement a été une préoccupation majeure au cours des dernières années.
- Un guide méthodologique d'intégration de la variable population dans la planification du développement est disponible même s'il n'est pas encore vulgarisé et appliqué.
- Des modèles sectoriels existent également tels que le modèle des flux scolaires. La définition d'objectifs démographiques quantifiés en 1995 a facilité l'intégration de la variable population dans la planification du développement.
- Des modèles de sensibilisation des décideurs sur l'interface population/développement ont également été élaborés, en vue d'accroître le niveau de prise de conscience par les décideurs de l'impact de la variable démographique sur l'évolution des secteurs socio-économiques. La première génération de modèles a ciblé les décideurs nationaux et la seconde génération a permis de sensibiliser les décideurs locaux, au niveau de 4 régions (Fatick, Kaolack, Louga et Ziguinchor). Ces modèles ont donc abouti à une meilleure prise de conscience de l'interface population/développement par les décideurs du Sénégal, ce qui s'est traduit par la définition des stratégies de développement qui tiennent de plus en plus compte de leurs interactions avec les variables démographiques : c'est le cas, en particulier, du *programme de lutte contre la pauvreté* et du *plan national d'action pour l'environnement (PNAE), du PNAT..*

#### a ) Corrélations population-pauvreté :

L'Etat a adopté un Programme de Lutte contre la Pauvreté dont l'objectif principale est d'améliorer les conditions de vie des populations. Cet objectif q été décliné en composantes mises en oeuvre à travers différents programme à savoir : l'accroissement des revenus des populations, l'amélioration de leur accès aux services sociaux de base, la mise en place d'un filet de sécurité et d'un système de suivi des conditions de vie des ménages.

L'atteinte des objectifs de ce programme va donc se répercuter sur ceux de la politique de population. L'amélioration des revenus des populations démunies va contribuer à l'atteinte de l'objectif de développement humain durable en donnant à ces populations les moyens de satisfaire leurs besoins essentiels sans porter atteinte à l'équilibre de l'environnement. La définition dans la *DPP actualisée*, de stratégies relatives à la problématique population/pauvreté et population/environnement confirme cette prise de conscience des corrélations entre variables démographiques et socio-économiques marquant ainsi une évolution par rapport à la *DPP* de 1988 qui n'intégraient pas ces préoccupations.

#### **b) Population/ environnement- eau- assainissement :**

Un *plan national d'action pour l'environnement (PNAE)* a été élaboré pour asseoir un développement durable grâce notamment à la préservation des écosystèmes menacés aussi bien par la régression climatique que par l'action anthropique. D'autres plans ont été conçus parmi lesquels figurent le *plan d'action national de lutte contre la désertification*, la *stratégie de conservation de la biodiversité* et le *plan d'action forestier*.

Les réalisations portent aussi sur la protection des espèces forestières, la conception de modèles de gestion durable des terroirs et des actions de sensibilisation des populations pour la préservation de l'environnement.

La stratégie de préservation de l'environnement s'est aussi traduite par la mise en œuvre de plusieurs actions de communication, de sensibilisation et de lutte contre les pollutions, les nuisances, les déchets dangereux et la désertification. La mise en place d'un programme de formation et d'information et d'éducation sur l'environnement indique les efforts initiés et l'attention accordés une attention à cette problématique.

La politique du Gouvernement en matière d'eau potable et d'assainissement consiste à multiplier les points d'eau en milieu rural, à augmenter les branchements sociaux et à supprimer et/ou privatiser les bornes fontaines publiques en milieu urbain.

#### **c) Migrations, urbanisation et aménagement du territoire :**

Un plan national d'aménagement du territoire a été adopté en 1997, indiquant ainsi une réelle volonté politique d'assurer une distribution équilibrée de la population sur l'espace national, en vue de corriger les déséquilibres qui entravent la valorisation optimale des potentialités des différentes régions. D'autres acquis ont été capitalisés, notamment la définition d'un programme cadre de planification urbaine et la mise en place d'une fondation "*droit à la ville*" pour la restructuration des quartiers spontanés. La planification spatiale en milieu urbain a été aussi accompagnée de plusieurs actions d'aménagement et de lotissement. Ces actions visent la rationalisation de l'occupation de l'espace urbain et la satisfaction de la demande de terrains. La plupart des grandes villes disposent de documents cadres d'urbanisme, même si ceux-ci ne sont pas mis en œuvre. La réalisation de tranches de *zones d'aménagement concerté (ZAC)* participe des efforts de l'Etat pour résoudre le déficit de terrains accessibles et viabilisés. Entre 1997 et 2000, près de 12.000 parcelles ont été aménagées.

#### **4) Etat des recherches et de la formation dans le domaine population/développement :**

##### **a) Acquis**

- **En matière de Formation :** Des acquis appréciables ont été capitalisés en matière de renforcement des capacités techniques nationales et institutionnelles. *L'Institut de formation en population, développement et santé de la reproduction* a rempli les préalables nécessaires à son fonctionnement.

Des dispositions ont été prises avec l'élaboration de textes réglementaires organisant le fonctionnement et l'administration de l'institut et la confection de curricula de formation. Par ailleurs, grâce au concours du *Country Support Team (CST)*, des cadres ont bénéficié d'une formation en techniques d'analyse de données de recensement et en gestion de base de données. Un technicien national et 3 chargés de programmes du FNUAP ont été également formés par l'équipe d'appui technique du FNUAP sur le nouveau cycle de programmation du FNUAP. Des cadres nationaux et des acteurs de la *société civile* (syndicalistes) ont récemment bénéficié d'une formation sur l'approche "genre". Dans le cadre de la coopération sous-régionale, 4 cadres dont 2 femmes ont participé à la formation en population/développement organisée par *l'Institut national de statistique et d'économie appliquée* de Rabat. Des voyages d'études ont aussi été organisés pour s'inspirer des expériences réussies de certains pays avec la participation de techniciens nationaux et d'islamologues. XX

Enfin, le *Forum de La Haye* a permis à une équipe de haut niveau (Ministre délégué chargé du Plan, directeur de la planification des ressources humaines, président de l'ASBEF, et 2 journalistes) d'échanger avec d'autres spécialistes sur des questions de population/développement et sur l'état d'avancement de la mise en œuvre des recommandations du PA/CIPD.

Ces formations, voyages d'études, de même, la participation de cadres et experts sénégalais au *Forum de La Haye* ont, sans nul doute, eu des effets bénéfiques sur la coordination et l'exécution du programme national de population.

- **Dans le domaine de la Recherche :** D'importantes recherches ont été menées, en vue d'une meilleure connaissance des variables démographiques et socio-économiques au cours de ces 5 dernières années : *l'enquête sénégalaise auprès des ménages de 1994-1995, l'enquête démographique et de santé (EDS) de 1997, l'étude sur la famille en 1997 et l'étude sur l'impact des projets de développement sur les migrations en 1997.* Ces études ont aussi permis de disposer d'une base de données et d'indicateurs actualisés pour le suivi et l'évaluation des politiques et programmes de développement. Les activités préparatoires du RGPH 2000 ont également démarré avec l'organisation de séminaire de formation sur le SIG, l'organisation de concertations sur le questionnaire et la finalisation des travaux de cartographie. D'autres études sur la population et le développement ont aussi été réalisées par des structures nationales ou en coopération tels que l'IRD, le *Population Council* et l'UEPA.

## b) Contraintes

- Peu d'études sont consacrées à des phénomènes spécifiques de population. L'absence d'un programme national de recherche et de diffusion de résultats et l'insuffisante coordination des opérations de collecte de données, constituent, aujourd'hui, un handicap dans la connaissance des questions relatives à la population. Cette situation découle - en partie - de la non opérationnalité du COCOES ("le texte de création du COCOES n'existe pas") et du comité consultatif sur la recherche et de l'insuffisance des ressources financières et de moyens logistiques disponibles à cet effet.
- Il se pose ainsi un problème d'actualisation des données et souvent leur déségrégation par sexe pour permettre de mieux apprécier les disparités de genre.
- Il devient aussi de plus en plus nécessaire pour assurer une meilleure exécution des programmes d'assurer la formation des acteurs à tous les niveaux sur la compréhension des nouveaux concepts, sur les questions relatives à la problématique population développement, sur la planification des activités des programmes de population. L'absence d'un centre de documentation et d'une stratégie de diffusion et de partage des résultats des recherches constitue aussi un handicap.

- Par ailleurs le retard dans la mise en œuvre du troisième recensement constitue une contrainte majeure dans la connaissance de la population et de ses caractéristiques.

### 5) Mobilisation des ressources humaines matérielles, financières

Malgré les efforts consentis, la participation de l'Etat dans le financement des programmes de population reste encore faible. L'allocation de ressources budgétaires aux services sociaux de base (éducation de base, soins de santé primaire, nutrition, assainissement et alimentation en eau potable), tel que préconisée par l'Initiative 20/20, n'est pas encore réalisée, aussi bien par l'Etat que par l'Aide Publique au Développement. En outre, les opportunités de financement offertes par la décentralisation, la coopération Sud/Sud ne sont pas encore suffisamment explorées.

*Niveau de réalisation  
11,2% de  
le de  
2002  
Rapport de  
EPA & de PIB  
au lieu  
de 5,4%*

A ces contraintes s'ajoutent :

- l'insuffisante contribution des secteurs privés et publics dans le financement des programmes de population ;
- l'insuffisante contribution des populations des autres acteurs de la société civile dans le financement des programmes de population ;
- la persistance de contraintes socio-culturelles entravant la promotion du statut de la femme, la scolarisation de filles et la promotion des personnes du 3<sup>ème</sup> âge ;
- la faiblesse des ressources affectées aux activités socio-économiques des projets de promotion des femmes et des jeunes ;
- l'insuffisante intégration des projets jeunes aux autres aspects du développement.

### 3.3.2. Dans le domaine du Genre et promotion de la femme

On peut constater globalement une accélération de l'évolution favorable à l'amélioration du statut de la femme depuis la *CIPD et Beijing*, non seulement dans les textes mais aussi dans les comportements .

#### a) Les acquis

- En matière de promotion économique de la femme et de la lutte contre la pauvreté :

Malgré des retards liés au déphasage entre le cycle de programmation des bailleurs et celui d'élaboration du PANAF, des progrès notables ont été enregistrés :

Il est reconnu que les femmes sont les principales victimes de la pauvreté. C'est pourquoi, un important programme de lutte contre la pauvreté d'un montant de 4 milliards FCFA, financé par plusieurs bailleurs (BAD, PNUD, BM) accorde une place de choix à l'accès des femmes aux ressources et à leur contrôle.

Le besoin de crédits est tel que les femmes se sont toujours organisées en tontine et s'investissent actuellement dans les mutuelles d'épargne et de crédit qui trouvent une nouvelle vitalité grâce à la réglementation et à la reconnaissance par la BCEAO, ensuite à l'encadrement par la cellule AT/CEPEC et les ONG spécialisées dans le micro crédit.

Toutefois, le risque est réel de voir les femmes pauvres utiliser ces fonds pour satisfaire les besoins de base de leur ménage au détriment de leurs activités génératrices de revenus. D'autant que la formation en gestion reste insuffisante.

*24/1/15  
15/08  
et  
23/08  
FDS-BN*

Pour alléger les tâches des femmes, le Fonds d'Action pour la Femme a été renforcé pour l'achat **d'équipements d'allègement des travaux domestiques**. Toutefois, les besoins sont loin d'être satisfaits. C'est pourquoi pour l'an 2001, l'Etat prévoit l'achat de 1000 moulins, les techniques utilisées par les femmes dans leurs rôles reproducteurs exigent d'elles un effort important (puisage, portage d'eau, transformation des produits alimentaires).

Face aux calamités naturelles, un Fonds National de Solidarité est créé pour faire face aux **actions humanitaires d'urgence** en combinaison avec le Commissariat à la Sécurité Alimentaire.

Même si une femme assume les fonctions de Directrice de l'Action Sociale et de la Solidarité Nationale, les femmes sont encore peu associées au règlement des conflits et à la conception, la mise en œuvre de l'action humanitaire qui restent encore l'apanage des hommes. Cependant, bon nombre d'associations féminines mènent des activités de bienfaisance, même si les initiatives ne sont pas très nanties.

Dans le domaine des échanges économiques, le *Trade Point* s'est donné pour objectif d'encadrer particulièrement les femmes entrepreneures pour qu'elles s'ouvrent au marché extérieur. Dans la même optique, les GPF commencent à s'initier à l'usage de l'informatique pour la promotion de leurs activités au niveau communautaire. (ACACIA)

L'accès au crédit bancaire reste une préoccupation pour tous les sénégalais et particulièrement pour les femmes entrepreneures : c'est pourquoi, un projet d'Agence de Promotion Economique et de Financement des Femmes est à l'étude. Les femmes occupent encore une position marginale dans le secteur privé, malgré quelques percées dans l'industrie et le commerce, en particulier le bâtiment et l'alimentation.

▪ **En matière de Scolarisation des Filles et d'alphabétisation des femmes :**

Des progrès notables ont été enregistrés. Toutefois, l'écart entre sexes demeure stable (13,5%), de 1995 à 2000, même s'il s'est notablement creusé dans certaines régions (en particulier à Diourbel).

En outre le maintien des filles à l'école reste un problème aggravé par la paupérisation croissante qui confine davantage les femmes dans les rôles de reproduction pour la survie de leur ménage.

Pour encourager la réussite des filles, des ONG (*FAWE, ASALFAE*) ont mis en place un système de bourses pour la promotion des femmes dans les filières techniques et professionnelles. Un groupe d'hommes militants de l'approche "*genre*" (*Mens'group*) s'est constitué autour de l'*ASALFAE*.

La révision en cours des manuels scolaires pour enlever les préjugés sexistes est entreprise par l'*INEADE*. La mise en place du *PDEF* qui intègre la perspective *Genre et Développement (GED)* est un acquis certain.

Grâce à la mise en place de projets d'alphabétisation appliquant une "*discrimination positive*" en faveur des femmes, l'écart entre sexes, en matière d'alphabétisation, est en train de se rétrécir. Cependant, le maintien des acquis se heurte à la faiblesse de l'environnement lettré : seuls quelques rares opérateurs associent les femmes à la conception, la mise en œuvre, et au suivi évaluation de leurs programmes d'alphabétisation fonctionnelle.

▪ **En matière de Santé de la Reproduction :**

Des évolutions positives se manifestent par la prise en compte du concept de la *SR* dans les services de santé, l'engagement à assurer des conseils (centre adolescents) des services pour les adolescents et adolescentes, l'expérimentation des *SBC*, la subvention de la tri thérapie pour les femmes enceintes infectées par le *VIH-SIDA*.

Les jeunes garçons ou, plus globalement, les hommes, ne trouvent pas encore de réponse à leurs problèmes : les adolescentes ne sont pas acceptées par les prestataires SR et, de leur côté, les personnes âgées ne sont pas prises en compte dans l'offre de services.

En outre, le faible pouvoir de négociation des femmes, combiné à leurs caractéristiques biologiques, en font des personnes particulièrement exposées au risque d'infection par le VIH/SIDA. Les droits en matière de SR sont encore peu connus et acceptés par les populations. La faible permissivité sexuelle chez les femmes contribue certainement au faible niveau de séropositivité (1%) décelé chez celles-ci, mais explique surtout que des lois ou des règlements s'opposent encore aujourd'hui, à la prise en charge effective du *post-abortionum* et des mineurs. Pourtant les avortements clandestins continuent de faire des victimes, notamment chez les adolescentes en situation difficile qui ne peuvent se payer les frais des cliniques qui opèrent dans la clandestinité.

Le Programme de Nutrition Communautaire et la *supplémentation* en fer des femmes enceintes, ont permis de baisser les carences nutritionnelles qui restent préoccupantes, notamment dans les zones périphériques où le statut de la femme est particulièrement bas et le niveau de pauvreté élevé.

▪ **En matière de Droits et d'accès au pouvoir :**

Des avancées significatives ont été notées : les peines encourues, en cas de violences domestiques, de pédophilie et de harcèlement sexuel, ont été aggravées en 1999. Une loi pénalisant l'excision a été préparée par le MFSN, en collaboration avec le Ministère de la Justice. Elle a été votée en 1999 après plusieurs années de sensibilisation et d'information des populations, pour favoriser l'acceptation sociale d'une telle mesure.

Parallèlement, un programme national de lutte contre l'excision a été élaboré par le MFSN de concert avec toutes les parties prenantes y compris le Réseau des bailleurs de fonds "Femme". Il convient, à cet égard, de rappeler le rôle décisif des ONG qui, patiemment, ont créé les conditions d'un débat public – autrefois tabou – sur l'excision : COSEPRAT, AJS, RADI, TOSTAN, ENDA/ACAS, ASBEF, Réseau Siggil Jigueen, Réseau des Parlementaires en Population, etc.). Des supports audiovisuels ont été élaborés pour les séances d'IEC (boîtes à images, films). Une étude sur l'approche socioculturelle sur les Droits de l'Enfant au Sénégal a permis, au MFSN et à l'UNICEF, de mieux préciser la stratégie de promotion des droits de l'Enfant. Grâce aux efforts conjugués des acteurs, les déclarations publiques d'abandon de la pratique de l'excision se sont multipliées dans 185 villages du Sénégal.

La forte médiatisation de ces déclarations et de la méthodologie utilisée, dans les journaux locaux et internationaux, a permis de faire des émules dans les pays voisins. Il reste à évaluer l'impact réel de ces déclarations sur la cessation effective de la pratique de l'excision. Pour mener à bonne fin les poursuites judiciaires contre les violences domestiques et protéger les adolescents et adolescentes et les femmes victimes de violences, un comité national de lutte contre les violences faites aux femmes est mis en place. Dans le même souci, un module sur les violences est intégré à l'École de Police et un centre d'accueil créé pour les victimes. Dans le souci d'harmoniser les textes législatifs et réglementaires avec les dispositions de la CEDEF, un projet de révision du Code de la Famille élaboré par le MFSN, assisté par le Ministère de la Justice, de concert avec tous les partenaires. Il a été introduit dans le circuit de décision gouvernemental.

Le principal écueil reste, semble-t-il, l'incidence budgétaire des mesures qu'entraîne l'application du Code révisé qui rétablit les femmes salariées dans leur droit : en matière fiscale, en matière de pension et de prise en charge médicale des enfants.

Pour veiller à l'application des textes législatifs et réglementaires - sans "biais genre" -, un *Observatoire des Droits de la Femme* est proposé à l'approbation du Gouvernement.

Manifestant sa volonté de poursuivre le renforcement des droits de la femme, le Gouvernement a ratifié le protocole facultatif à la *CEDEF* en mai 2000.

Toutefois, si la décision a été prise d'intégrer l'approche "genre" dans l'ensemble des projets et programmes du pays, il reste que la prise en compte du "genre et développement" (*GED*), comme cadre analytique, doit être complétée par le militantisme et l'activisme nécessaires à la promotion de l'équité de genre pour un développement humain durable.

Il reste que les femmes bénéficiaires et encore moins les adolescentes ne revendiquent pas leurs droits à cause du contrôle social. De plus, le "biais genre" transparaît parfois dans les jugements des tribunaux, cela, d'autant que le corps des magistrats ne compte que 12,4% de femmes.

Bien que la « Charia » ne soit pas encore officielle au Sénégal, nombre de familles musulmanes recourent à cette loi pour régler les questions de mariage, de filiation, de divorce ou d'héritage. On note à ce niveau que ce sont les mesures favorisant surtout les hommes qui sont appliquées, car les femmes ont un faible niveau de formation coranique.

Bien souvent la coutume continue de renforcer la situation de subordination de la femme en se couvrant du manteau de l'Islam.

#### ▪ En matière d'accès aux postes de décision :

Les changements sont encore timides. Les élections locales de 1996 ont porté 6 femmes au poste de Maire de Ville alors qu'il n'y en avait qu'une seule, depuis l'Indépendance du pays. Le Sénat compte 12 femmes sur les 60 sénateurs. Certains partis politiques ont adopté le système de *quotas*, mais l'application est rarement effective. Parmi les 10 présidentes de Conseil Régional, il n'y a que deux femmes. On compte 9,09% de femmes conseillères rurales ou municipales et 2,8% de députées. Pourtant les femmes constituent la majorité de l'électorat. Depuis 1995, les femmes occupent des ministères jusqu'alors réservés aux hommes. Bien que peu nombreuses dans les directions syndicales, les femmes y jouent cependant, un rôle de plus en plus actif.

Comme on le constate, les femmes sont loin de constituer une masse critique dans les instances de décision où elles ne représentent pas plus de 15%, car ne disposant pas du soutien suffisant pour percer dans l'univers politique et économique, essentiellement masculin.

#### ▪ En matière de protection des droits de la petite fille

La hiérarchisation est fondée sur l'âge et le sexe, ce qui place les petites filles au bas de l'échelle des droits et du pouvoir. Le MFSN a pris des mesures de développement et de protection de l'enfant. Un Programme de Plaidoyer pour l'Enfance a permis de faire reconnaître officiellement le Parlement des Enfants et ratifier la *Charte Africaine des Droits de l'Enfant*. L'approche socio-culturelle des droits de l'enfant a facilité leur diffusion dans le pays.

Mais ces mesures n'ont pas fondamentalement changé la situation des enfants, surtout les fillettes face à l'aggravation de la pauvreté. Ainsi malgré l'augmentation globale du taux de scolarisation, l'écart se maintient entre les garçons et filles. De plus, le maintien de ces dernières à l'école est toujours faible en l'absence d'incitation spécifique. Seul le Projet *SCOFI* cible particulièrement la promotion de la scolarisation des filles avec peu de moyens. Mais, il a aidé à introduire les questions de genre et de santé reproductive dans le PDEF.

Un programme de lutte contre les pires formes de travail des enfants s'est donné pour objectif d'améliorer le statut sanitaire des enfants et de leur éviter les travaux trop pénibles.

Malgré les dispositions juridiques, les mariages forcés subsistent et se produisent avant l'âge légal du mariage (surtout en milieu peul ou soninké).

Un Programme de Développement de la Petite Enfance va renforcer les garderies communautaires en impliquant les personnes du 3<sup>e</sup> âge. A cet effet, une Ministre déléguée a été nommée pour assurer un développement équitable des garçons et des filles, dès le plus jeune âge.

Toutefois, la famille étant le premier lieu de socialisation des enfants, il est primordial d'assurer la sensibilisation et la formation des parents sur leurs rôles dans l'élimination des discriminations. Dans ce but, le Centre de Guidance Infantile (CEGID) a essayé de promouvoir l'*École des Parents* (hommes et femmes).

▪ **En matière de partenariat homme-femme**

La stratégie vise l'implication des hommes dont l'action a un impact direct sur le statut de la femme.. Ainsi, la promotion 1999 du *Centre de Formation Judiciaire (CFJ)* comprenant 30 hommes auditeurs et huissiers de justice et 3 femmes magistrats, a été sensibilisée en "genre". Le Directeur du *CFJ* envisage maintenant d'ajouter un module "genre" dans la formation permanente des magistrats et officiers de police judiciaire et a personnellement adhéré au *Men's group de l'ASELFAE*. La formation de l'ensemble des coordonnatrices de l'action féminine et des chefs de service du *MFSN*, à tous les échelons de la pyramide administrative, a été favorablement appréciée et les participants souhaitent, à présent, disposer d'un manuel de *méthodologie d'intégration des questions de genre dans les projets et programmes*. La même demande a été faite par les chefs de services régionaux de la planification (chargés de la coordination des *COREPORH*) et les points focaux du *MFSN* qui ont bénéficié de formation en *Genre et Développement (GED)*. La contribution du *Réseau des communicateurs traditionnels* est fortement appréciée lors des actions de mobilisation sociale qu'ils animent par des chants, des poèmes, des sketches sur les questions de population. Ils assurent une meilleure diffusion des messages, en facilitant leur mémorisation. La maîtrise de la parole, par ces relais, leur permet d'aborder des sujets tabous sans heurter leur auditoire.

Avec l'assistance de l'*Equipe d'Appui Technique (EAT) du FNUAP*, l'initiation en *Genre et Développement (GED)* des responsables de composante du programme de coopération entre le FNUAP et le Sénégal, des cadres de haut niveau du *MFSN*, des représentants de centrales syndicales (hommes et femmes) et du personnel du FNUAP (y compris le Représentant) doit être suivi de cinq (5) autres étapes qui vont permettre d'aboutir à l'intégration de l'approche "genre" au niveau sectoriel et multisectoriel, et à l'élaboration du *Plan National d'Equité de Genres*, puis à la formation des formateurs.

▪ **En matière d'Education à la Vie Familiale dans l'Education non Formelle**

Une expérience originale d'intégration des questions d'*EVF/SENF* dans les *daaras*, a commencé avec l'élaboration en cours, de *curriculum* à l'usage des maîtres coraniques. L'objectif est d'élever le niveau de connaissance des maîtres coraniques et de leurs élèves en matière d'*EVF* et de les sensibiliser sur leurs rôles, dans l'instauration des relations plus égalitaires et plus respectueuses entre garçons et filles. La même préoccupation se retrouve avec le *RJP* dont les relais sont appréciés dans l'éducation des pairs qui subit une forte déperdition des jeunes filles : les questions de genre ne sont pas prises en compte dans leurs approches.

La promotion d'une meilleure communication parent/enfants, est une préoccupation du *MFSN*, mais, pour le moment, seules des ONG et associations interviennent dans ce domaine, comme la *Confédération Sénégalaise du Scoutisme* et le *Centre Emmanuel*.

Ce dernier cible particulièrement les enfants en situation difficile, notamment les jeunes filles domestiques provenant du milieu rural. Cette démarche intéresse particulièrement l'UNICEF et le BIT qui envisagent de lui apporter leur appui. La formation des maîtres coraniques en EVF (IIAA, IKHRA, Daara de Tivaouane) a été l'occasion de débattre de la situation difficile des talibés en milieu urbain, de discuter du rôle de l'Etat et des confréries, dans la réglementation des conditions d'ouverture des daaras.

Les conférences organisées ont souligné l'importance de l'éducation religieuse pour rendre les parents plus conscients de leurs obligations vis à vis de leurs enfants (quel que soit leur état de pauvreté). De même, une meilleure connaissance des textes religieux par les femmes, permet à celles-ci, de ne plus être abusées par des interprétations biaisées favorables aux hommes.

IKHRA, qui intervient dans une communauté où les mariages collectifs sont organisés, a entrepris, suite au voyage d'étude en Iran, de renforcer ses capacités pour la fourniture de conseils aux futurs mariés sur leurs responsabilités réciproques dans le mariage et sur la SR. L'ONG Dental Daaka qui opère dans une communauté réputée rigoriste a introduit dans le Programme d'Alphabétisation des GPF un module EVF. Les femmes relais formées sont actuellement très actives dans la visite à domicile ; elles obtiennent des résultats intéressants pour l'amélioration des conditions de vie des population, en étroite collaboration avec l'encadrement local (la sage femme, le médecin de district, le superviseur SSP, la monitrice). L'introduction des questions de SR dans les communautés religieuses est un pas important pour la reconnaissance des droits des hommes et des femmes dans ce domaine par leurs fidèles. Le **Projet Femme et Développement**, devenu sous-traitante EVF/Femme sous la tutelle du Ministère de la Santé, a étendu ses actions d'appui socio-sanitaire aux GPF dans les zones les plus défavorisées de Tambacounda, Kolda et Diourbel où le statut de la femme est particulièrement bas et le niveau de pauvreté élevé. Les relais ont été formés en EVF dans les GPF ciblés. Le système de supervision est en cours de révision pour le rendre plus conforme avec l'option de déconcentration du pays.

Malgré ces acquis, certaines contraintes risquent d'entraver l'attente des objectifs en matière d'équité de genre.

## b) Les contraintes

Elles sont d'ordre conceptuel, institutionnel et opérationnel.

### ■ Au niveau conceptuel

- Insuffisante connaissance des aspects socio-culturels et religieux qui fondent les relations de genre dans les différents groupes sociaux au Sénégal ;
- Réticence des hommes et même des femmes à soutenir la promotion du concept de genre assimilée à une démarche féministe ;
- Insuffisante maîtrise des concepts de l'analyse genre par les acteurs et partenaires.

### ■ Au niveau institutionnel :

- Faible pouvoir de décision des femmes ;
- Faible statut de la petite fille ;
- Persistance de mesures juridiques et réglementaires défavorables à l'accès des femmes à l'égalité des droits et au contrôle sur les biens et les ressources ;
- Faible application des lois favorables à la femme ;
- Faible connaissance de l'impact des questions de genre dans le développement ;
- Faible implication des hommes en qualité de bénéficiaires ou de partenaires dans les projets et programmes sur le genre ;
- Faible prise en compte du genre au niveau des politiques macro-économiques structurelles et micro-économiques.

▪ **Au niveau opérationnel :**

- Faiblesse du système d'information et de gestion des relations internes et externes au MFSN, en vue de planification, suivi, évaluation du *Genre et développement (GED)*;
- Faible capacité des ONG et associations de femmes en matière d'élaboration de plans stratégiques, à moyen et long termes;
- Insuffisance de formation à l'approche *genre* des décideurs, des leaders et des exécutants ;
- Insuffisance de données désagrégées selon le sexe.

A ces contraintes s'ajoutent d'autres risques : celui de l'utilisation de l'approche genre dans une logique purement productiviste capitaliste de recherche de l'efficacité économique plutôt que de l'équité, celui de l'instrumentalisation des femmes contre d'autres femmes pour maintenir le système hiérarchique en place sous prétexte de respect de la tradition dont les femmes seraient les gardiennes et celui de l'instrumentalisation de la religion pour restreindre le champ d'intervention de la femme (*fondamentalisme religieux*).

### 3.3.3. Dans le domaine de la Santé de la Reproduction (SR),

L'analyse porte essentiellement sur les progrès et contraintes notés dans la mise en œuvre des programmes portant sur les composantes de la Santé de la Reproduction en référence aux orientations stratégiques et actions prioritaires retenues pour la période 1997-2001.

→ **Maternité à moindre risque**

**a) Acquis**

- Dans la perspective de la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelle, grâce un appui financier du FNUAP, le centre pilote en santé de la reproduction de l'hôpital Aristide Le Dantec a été construit ; le centre de santé de Roi Baudoin et la clinique de l'ASBEF rénovés ; les maternités de Louga et Kébémér réhabilitées. Ces structures sont devenues pleinement fonctionnelles. La construction d'un logement de fonction à Médina Gounass (district de Vélingara) a permis l'affectation d'une sage-femme dans une zone fortement religieuse où l'offre de service de SR par un prestataire de sexe masculin pose de sérieux problèmes.
- **En matière d'équipement**, les partenaires au développement (FNUAP, JICA, USAID, OMS, BAD, Union Européenne), ont apporté un équipement complémentaire en SMI/PF à 9 centres de référence sur 10 et 27 centres de santé sur 52 . Plus de 400 postes de santé sur 803 et 90 maternités rurales ont reçu également un équipement standard SMI/PF afin d'y relever le plateau technique .
- **Dans le domaine de la formation**, deux niveaux sont à considérer.

Pour ce qui est de la formation de base, un curriculum de formation en santé de la reproduction a été élaboré et introduit à l'Ecole Nationale de Développement Sanitaire et Sociale (ENDSS) depuis l'année académique 1999-2000 afin de minimiser les formations en cours d'emploi.

L'élaboration d'un curriculum de SR pour les étudiants en médecine est en voie de finalisation. Concernant la formation continue, le renforcement des compétences du personnel en consultations prénatales sur la base du nouveau curriculum a concerné tous les infirmiers et sages-femmes d'état des districts de Vélingara, Diourbel et Touba.

Vingt (20) prestataires du district de Diourbel ont reçu une formation en logistique contraceptive. Les équipes cadres des régions couvertes par le FNUAP ont également bénéficié d'une formation de formateurs en IEC/counseling et CPN. Dans le domaine de la santé de la reproduction des jeunes, les prestataires intervenant dans les 9 districts couverts par le FNUAP ont été formés à la prise en charge des adolescents et des jeunes à partir d'un curriculum élaboré avec l'appui de l'OMS et de l'USAID. Il importe de rappeler également la formation des formateurs en management de la santé de la reproduction reçue par les techniciens supérieurs grâce au concours technique des Universités de Montréal et de Laval. Le COPE qui est une technique d'auto-évaluation, a été introduit dans les points de prestation de services des districts des régions de Kaolack, Fatick, Louga, Kébémér et Ziguinchor. L'application de cette technique a permis d'enregistrer quelques améliorations du fonctionnement des structures sus-mentionnées.

Face à l'importance des décès maternels, un contrat pour la formation de "compétents" a été signé entre le ministère de la Santé et la clinique de gynéco-obstétrique du centre Hospitalo-Universitaire (CHU) de Dakar.

Cette stratégie vise à faire acquérir en six mois des compétences en gynéco-obstétrique à un médecin généraliste pour faire face aux urgences. La formation des compétents a débuté depuis janvier 2000.

La contribution des ONGs est également à prendre en considération. Ainsi l'ASBEF a offert des services de SR dans ses 9 antennes et cliniques qu'elle gère.

#### **b) Contraintes**

Malgré ces progrès notables, plusieurs problèmes subsistent dans le secteur.

- L'exiguïté des locaux des maternités de Tambacounda, Kédougou et Vélingara ne permet pas une offre de services de SR de qualité ;
- L'équipement complémentaire, bien qu'important, n'a pas couvert l'entièreté des besoins des régions, districts et postes de santé ;
- Les infirmiers-chefs de poste qui occupent une position centrale dans le système de santé, n'ont pas bénéficié, dans leur majorité, d'une formation adéquate, pour le suivi de la grossesse ;
- Les plans d'action élaborés à l'issue des séances de COPE trouvent des difficultés dans leur application faute de ressources ;
- Sur la quarantaine de centres de santé de districts qui devraient être en mesure d'offrir des S.O.U de qualité, seuls trois (03) (CS Roi Baudoin, CS Kolda et CS Richard-Toll) sont fonctionnels 24h/24h et deux (02) sont en voie de l'être (Goudiry et Koungheul) ;
- Le statut de la femme, son faible pouvoir de décision au sein de la famille et de la communauté sont également des limites à leur accès aux services de base. En outre, peu d'entre elles ont une compréhension claire de l'intérêt qui s'attache aux consultations pré et post-natales, d'après les résultats de l'analyse situationnelle de 1998.

### **→ La planification familiale**

#### **a) Acquis**

- Il importe de louer les efforts consentis en vue de l'extension des services de planification familiale, du renforcement de la compétence du personnel et d'une meilleure gestion des produits contraceptifs. En 1994, les PPS qui offraient des services de planification familiale étaient estimés à 180. En 1998, ce nombre a presque doublé.
- Entre 1997 et 2000, la formation en technologie contraceptive a ciblé particulièrement l'infirmier chef de poste (ICP). Avec l'appui des partenaires que sont le FNUAP, l'USAID et la GTZ.

Tous les ICP des régions de Tambacounda, Kolda, Diourbel, Louga, Fatick, Kaolack et Ziguinchor ont été formés à ce module. Les sages-femmes d'Etat des régions de Louga, Kaolack, Fatick et Ziguinchor ont bénéficié d'une formation en Norplant, au cours de la même période, avec l'aide financière de l'USAID. Il en est de même des sages-femmes des régions de Diourbel, Tambacounda et Kolda, avec le soutien du FNUAP et de la GTZ. Plus de 200 prestataires des régions de Thiès, Dakar, Louga, Kolda, Tambacounda, Saint-Louis, Kaolack et Ziguinchor ont été concernés par la formation en IEC/counseling, grâce à la contribution de AVSC International et du FNUAP.

- Dans la perspective de l'amélioration de l'accessibilité des services par la conception et la mise en œuvre d'une stratégie à base communautaire, un atelier d'élaboration du curriculum de formation et deux sessions de formation des agents communautaires ont été tenues respectivement à Dakar et Tambacounda. Les relais formés (65) prêtent leur concours à la communauté sous la responsabilité des infirmiers chefs des six (6) postes de santé. Soixante (60) agents de service à base communautaire formés en technique de communication et en santé de la reproduction tiennent des séances d'information et de sensibilisation dans leurs lieux de travail.
- Depuis 1999, l'idée d'intégrer les contraceptifs dans l'*Initiative de Bamako* est acceptée, pour les besoins d'une harmonisation de la tarification des produits. Des études préalables et tests sont en train d'être menés au niveau de certains PPS, notamment dans les régions de Louga et Kaolack. D'autres expériences sont initiées. Elles portent sur la rationalisation des circuits de distribution des produits contraceptifs.
- Certains ONGs se sont faits remarquer par leur apport. Dans le secteur privé, l'ONG Santé de la Famille (SANFAM) a formé en technologie contraceptive et en IEC/counseling, des médecins, sages-femmes, infirmiers et auxiliaires, dans la cinquantaine de sociétés et entreprises privées et para-publiques qu'elle soutient, dans leurs activités de planification familiale. L'ASBEF a réalisé des formations identiques et a pris une part active dans l'offre de la contraception. Ces ONGs expérimentent des activités de service à base communautaire, à Louga et Mbour, avec l'appui du FNUAP.

## b) Contraintes

- Il existe encore des disparités en ce qui concerne la disponibilité de certains produits contraceptifs tel que le Norplant. En effet cette méthode fortement demandée par les populations (selon les résultats de la dissémination de l'analyse situationnelle de 1998), n'est offerte que dans les centres de référence et dans les 18 centres de santé couverts par l'USAID. La disponibilité des implants n'est assurée que jusqu'à l'an 2003.
- En matière de gestion des produits contraceptifs, seuls les prestataires de Dakar, Louga, Kaolack, Fatick et Ziguinchor ont reçu une formation en logistique contraceptive.
- Les normes et protocoles en vigueur (PF, CPN, LMD), restent faiblement appliquées, selon l'analyse situationnelle de 1998, effectuée par le *Population Council*.  
Cet aspect est plus apparent, lorsqu'on analyse les attitudes et les comportements des prestataires, lors d'interactions avec certaines clientes particulières à qui l'on refuse la contraception, pour des motifs liés à l'âge, à la parité et au statut matrimonial. Les procédures doivent être réactualisées, afin de prendre en compte les nouvelles préoccupations formulées par les prestataires, telle que la contraception d'urgence. Enfin, la législation et la réglementation en matière de Planification Familiale/Santé de la Reproduction s'avèrent inadaptées. Les questions portant sur la protection des prestataires, face à la contraception (et le SIDA), la liberté de choix de l'individu d'une méthode de sa convenance - sans le consentement de son partenaire - , la contraception d'urgence, le statut des produits contraceptifs, ne trouvent pas de réponses satisfaisantes.  
La proposition de loi sur "la santé sexuelle et de la reproduction", initiée par le réseau des parlementaires sur la population et le développement, aborde ces différentes questions. Son adoption constituerait une étape décisive dans le développement de la santé de la reproduction.

## → Prévention des avortements et prise en charge de leurs complications

### a) Acquis

Selon les données du CHU Le Dantec, la prévalence des avortements à risque est estimée à 21.760 cas en 1992, dont 13.056 cas d'avortements spontanés et 8.704 cas d'avortements provoqués. La mortalité maternelle par avortement se situe à 7,95%, selon les données hospitalières. Une étude récente, menée par la CGO/HALD, en collaboration avec l'OMS, a montré le coût élevé des complications des avortements provoqués tant social qu'économique.

Ceci a conduit à la mise en œuvre d'un projet pilote d'introduction de Soins Après Avortement (SAA) de qualité en 1996, y compris l'utilisation de l'aspiration manuelle intra-utérine (AMIU) dans trois structures de la région de Dakar (CGO, Roi Baudoin et Hôpital Principal). La phase pilote a été suivie d'une extension qui a concerné les hôpitaux régionaux de Saint-Louis, Diourbel, Ziguinchor et Kaolack ainsi que le district de Sokone. Le Sénégal dispose présentement d'un *curriculum* de formation et des documents de normes et protocoles en SAA.

### b) Contraintes

La principale contrainte réside dans l'insuffisance du matériel ; le déficit de personnel qualifié et l'absence de ressources en vue d'une couverture plus adéquate des hôpitaux régionaux et des districts.

## → Lutte contre les Infections Sexuellement Transmissibles (IST) y compris le SIDA

### a) Acquis

Le PNLS, avec l'aide de nombreux partenaires (ONGs, mouvements associatifs, réseaux, autorités religieuses) et avec l'appui financier des donateurs, s'est beaucoup investi dans les campagnes de sensibilisation et d'information des populations, ainsi que la formation des prestataires, la prise en charge clinique et psycho-sociale et la surveillance épidémiologique.

- La connaissance des IST spécifiques est très variable, selon le type de maladies. Le SIDA est, de loin, la plus connue, surtout chez les femmes (92% contre 95% des hommes EDSIII). Les pourcentages des hommes et des femmes connaissant le SIDA et ayant déclaré en connaître un mode de transmission quelconque, sont estimés, respectivement à 85% et 80% en 1997.

Ces taux ont sensiblement augmenté, par rapport à 1992/1993, où l'EDSII les évaluait, respectivement, à 71% et 65%. Les moyens de prévention de cette maladie sont relativement bien connus en 1997 (79% chez les femmes et 85% chez les hommes). Ces résultats montrent de progressions importantes, par rapport à 1992/1993, où ces pourcentages étaient de 48% et 73%. Par rapport à la connaissance du condom, comme moyen de prévention du SIDA, seules 19,3% des femmes du monde rural le savent, contre 37,8% des femmes urbaines (EDSIII). Chez les hommes, ces pourcentages sont, respectivement, de 31,4% et 54,3%.

- La presque totalité des agents de santé au niveau des centres et postes de santé a été formée à la prise en charge syndromique des IST. Les premiers algorithmes ont même déjà fait l'objet de révisions et des algorithmes de deuxième génération sont sur le point d'être diffusés.
- Des efforts sont également enregistrés dans la prise en charge des malades. Ils consistent au traitement des cas, par une tri-thérapie aux antirétroviraux. Le traitement des infections opportunistes est également assuré.

- En matière de surveillance épidémiologique, les sites-sentinelles sont localisés à Saint-Louis, Thiès, Kaolack, Ziguinchor, Louga et Fatick.. Le FNUAP, à l'image d'autres bailleurs de fonds, appuie cette composante en médicaments et en supports IEC (guides des religieux sur les IST/SIDA).

#### b) Contraintes

Les principales lacunes en matière de lutte contre le SIDA concernent le traitement des patients séropositifs, en particulier les femmes enceintes, afin de limiter les risques de transmission verticale mère-enfant.

- Le coût prohibitif des anti-rétroviraux rend ceux-ci inaccessibles, obligeant à recourir à des organismes extérieurs pour le financement et à une subvention de l'Etat. Un nombre infime de patients bénéficie, actuellement, de cette aide.
- Les facteurs de propagation que sont la pauvreté, le multi-partenariat, le vagabondage sexuel, la survivance de certaines institutions sociales (polygamie, levirat) et le faible pouvoir de la femme, contribuent, grandement, au développement de cette pandémie.
- La prévalence du VIH/SIDA est estimée, entre 1 et 1,5%. Selon l'EDS III, "*cette relative stabilité pourrait cependant, cacher une évolution encore peu documentée.*" Cette réflexion devrait inspirer un renforcement des moyens de dépistage du VIH.

#### → Violences et sévices sexuels y compris les mutilations génitales féminines

##### a) Acquis

Les violences exercées sur les femmes et les enfants sont devenues de véritables problèmes sociaux et de Santé Publique. Les IST/SIDA, les grossesses indésirées, les dyspareunies, les avortements, les faibles poids de naissance, les accouchements prématurés, les problèmes gynécologiques sont les conséquences les plus courantes. Phénomènes encore occultés, il y a quelques années, les violences sont mieux reconnues actuellement et font même l'objet de sanctions pénales, grâce à l'action des organisations féminines.

Les modifications de certaines dispositions du code pénal concernent l'excision (*art. 299 bis*), les violences (*art. 299 alinéa 2*), les violences conjugales (*art. 297*), les harcèlements sexuels (*art. 319 bis*) et le viol (*art. 320*). Un plan d'action national de lutte contre les mutilations génitales féminines a été élaboré par le Ministère de la Femme de l'Action Sociale Solidarité Nationale, en relation avec l'OMS. Ce plan consensuel a été déjà adopté et un *curriculum* sur les violences à l'encontre de la femmes, a été élaboré.

##### b) Contraintes

Il reste, cependant, un long chemin à parcourir, pour lutter contre certaines habitudes culturelles et contre la loi du silence.

- Le personnel de la santé et d'autres départements ministériels impliqués dans cette action, doivent être nécessairement formés.
- D'autres études doivent être menées, pour permettre aux chargés de programmes de disposer de données complètes et fiables.

#### → Santé de la reproduction des jeunes

##### a) Acquis

Durant les années 1990, un certain nombre de projets en direction des adolescents, essentiellement orientés sur l'éducation à la vie familiale (EVF) et, à un degré moindre, sur l'offre de services cliniques ont été exécutés avec l'appui technique et financier du FNUAP.

- Les activités d'EVF sont généralement axées sur l'information, la sensibilisation, le conseil et l'orientation des jeunes. Elles ont aussi bien concerné les adolescents fréquentant l'école que la jeunesse extra-scolaire. Au niveau de l'école élémentaire, un projet d'Education à la Vie Familiale a été initié.

A travers le Groupe pour l'Etude et l'Enseignement de la Population (GEEP), plus de 170 établissements d'enseignement moyen et secondaire ont été concernés par l'EVF. D'autres activités ont été menées par l'ASBEF, ENDA Tiers Monde et le Programme National de Lutte contre le SIDA (PNLS). Au niveau communautaire, le projet Promotion des Jeunes du Ministère de la Jeunesse, s'est investi dans l'information de la jeunesse extra-scolaire, en collaboration avec les associations sportives et culturelles.

- La formation de relais jeunes et leur implication dans la planification des activités à entreprendre, ont renforcé la responsabilité des jeunes sur les questions de la SR.
- En matière d'offres de services, 9 centres conseils pour adolescents ont été mis en place, dans la région de Dakar (Parcelles assainies, Pikine et Rufisque), Ziguinchor, Kaolack, Tambacounda, Thiès (Mbour), Louga et Diourbel (Mbacké), sous la responsabilité du Ministère de la Jeunesse, avec l'appui technique et financier du FNUAP.
- En plus de ces structures, on peut noter les centres jeunes de l'ASBEF, ainsi que les centres d'orientation et d'information des jeunes, les centres cyber-jeunes du GEEP, qui offrent des possibilités de prise en charge psychologique et de renforcement des capacités de communication et de négociation des adolescents.
- L'apport de l'EPS a été également remarqué, dans la production de spots radio et télé, en langues nationales, sur la SR des jeunes.
- La synergie de ces différentes interventions a rendu les échanges plus aisés, entre garçons et jeunes, même s'il a été noté une meilleure fréquentation des filles, dans l'offre de services, en raison de la présence de la sage-femme, selon le rapport de la revue à mi-parcours.

#### b) Contraintes

Malgré ces acquis, force est, cependant, de constater que le problème des jeunes continue de demeurer une préoccupation majeure, surtout en ce qui concerne leur accès aux services sociaux de base (éducation, formation, santé), à l'emploi et au financement de micro-réalisations.

Il existe encore plusieurs contraintes parmi lesquelles :

- Les mesures législatives inadaptées pour l'accès des adolescents et jeunes aux produits contraceptifs ;
- L'absence de mesures législatives autorisant l'avortement d'adolescentes victimes de viol et d'inceste ;
- L'insuffisance de structures sanitaires destinées aux jeunes et aux adolescents ;
- La formation inappropriée des agents de santé, dans la prise en charge des besoins des jeunes en SR ;
- L'accès à l'information en matière de SR des jeunes, encore insuffisant ;
- La non-implication de la jeunesse rurale dans les programmes de SR mis en œuvre ;
- L'insuffisance des moyens consacrés aux programmes de SR des jeunes ;
- Les coûts des services, encore élevés, pour la population de jeunes et d'adolescents ;
- la non-fréquentation des structures sanitaires par les jeunes/adolescents, particulièrement les jeunes garçons ;
- l'insuffisance de l'implication des enseignants et des parents dans les programmes en SR destinés aux jeunes et aux adolescents ;
- l'insuffisance des moyens consacrés à la recherche relative à la SR des adolescents et jeunes.

- Le manque de supports IEC et de matériel didactique et, enfin, la non inscription de programmes de formation professionnelle.

Il importe de remarquer que la stratégie d'implication des jeunes relais, basée sur le volontariat, a entraîné une forte déperdition liée à l'absence de motivation financière, dans un contexte de sous-emploi où le chômage des jeunes est important.

#### → Santé de la reproduction des réfugiés et personnes déplacées

##### a) Acquis

Le FNUAP en collaboration avec le Haut Commissariat aux Réfugiés (HCR) a fourni en 1999 une aide appréciable aux réfugiés et personnes déplacées au Sénégal. Cet appui a permis de former des agents capables de dispenser des soins et d'assurer l'approvisionnement en kits d'urgence pour la planification familiale.

##### b) Contraintes

Compte tenu de l'importance des problèmes de santé (IST/SIDA, besoins en contraception) l'absence d'unité de soins à l'intérieur des camps avec la formation de relais réfugiés/personnes déplacées constitue la principale contrainte.

#### → La demande de services de Santé de la Reproduction

##### a) Acquis

- Grâce aux efforts conjugués des services publics (SNEPS, PNPf, PNLS), des organisations non gouvernementales (ASBEF, SANFAM, ACDEV), des réseaux constitués (parlementaires, islamologues, journalistes), le niveau de connaissance des populations sur certains aspects de la SR, a été notablement amélioré. Il en est ainsi des IST/SIDA et des méthodes contraceptives. Ces résultats ont pu être obtenus, grâce à la combinaison des stratégies de communication de masse et de communication interpersonnelle.

Le renforcement des capacités d'intervention du Service National de l'Education pour la Santé en équipement adéquat (matériel audiovisuel), grâce à l'appui financier du FNUAP et de la JICA, a contribué à la réalisation de spots radio, télé en langues nationales sur la santé de la reproduction des jeunes et d'émissions publiques sur des composantes clés de la SR (avortement provoqué ; grossesse accouchement, stérilité, cancer du col de l'utérus).

Les actions d'ONGs qui participent à la prise de conscience des hommes et des femmes, des enjeux de leur santé de reproduction, ont été relevées au niveau de quelques entreprises et au sein de la communauté.

De par ses activités d'animation autour de kiosques confectionnés à cet effet, ses activités de formation de relais, appelées à disséminer l'information sur la SR, la SWAA a pénétré le milieu de travail féminin et a sensibilisé chefs d'entreprise et ouvrières.

Au sein de la communauté, notamment dans certaines localités présentant quelques particularités (Touba), l'ONG CAPES s'est illustrée par la tenue de plusieurs séances d'information et de sensibilisation (plus de 120), animées par plus de 70 relais formés en santé de la Reproduction.

L'IIAA a entrepris des actions dans la région de Kaolack, par la formation de relais et le recyclage d'auxiliaires, la projection de film et la tenue de séances de causeries, dans différents quartiers de Kaolack.

- Constatant que les hommes ont été, jusqu'à un passé récent, les oubliés, en terme de cibles, dans la conception, l'exécution et l'évaluation des programmes le SNSR a entrepris quelques actions visant l'implication de cette frange importante de la population. En plus de la tenue de séminaires d'information sur la SR, destinés aux parlementaires et membres de l'Association des Imams du Sénégal, le SNSR, avec l'appui de Johns Hopkins University (JHU), a exécuté un protocole de sensibilisation de religieux, en collaboration avec le Réseau Islam et Population (RIP).  
Les activités menées, dans ce cadre, dans les régions de Kaolack et Louga, ont fortement mis l'accent sur la position de l'Islam vis-à-vis de la santé de la reproduction.

#### **b) Contraintes**

- Malgré ces résultats tangibles, l'utilisation des services de SR n'est pas encore généralisée. Les populations, dans leur majorité, n'ont pas encore acquis le réflexe de se référer aux structures sanitaires. On devrait s'interroger sur la nature de la connaissance qui ne semble pas être déterminante et motivante pour l'action à entreprendre. Malgré le processus d'urbanisation observé au cours ces dernières années, certaines populations ne se sont pas encore départies de comportements ou pratiques négatifs, tels que les tabous, les interdits alimentaires, les accouchements à domicile, sans assistance, les mutilations génitales féminines (MGF). Les actions en direction des hommes qui, dans bien des aspects de la vie familiale, détiennent encore le pouvoir de décision, restent marginales, par rapport à leurs besoins. Il urge d'insuffler plus de dynamisme au contenu de la mobilisation, de l'implication et de la participation des hommes, dans les programmes de SR.
- Mais l'engagement de la communauté ne peut être salubre, que s'il rencontre l'adhésion d'un personnel de santé disponible et qualifié. Le déficit de communication, entre prestataire et cliente, l'inconfort de l'accueil, le manque de discrétion et de confidentialité, l'insuffisance des informations données au moment et après la consultation, ont été largement détaillés par les analyses situationnelles des PPS. L'une des conséquences les plus remarquées demeure le fort taux de discontinuité. La fidélisation des clientes se pose avec acuité, du fait également d'insuffisance de suivi et de visites domiciliaires.
- Les résultats des analyses situationnelles ont mis en exergue un manque notoire de supports et de matériel audiovisuel sur la SR (dépliants, cassettes, brochures, téléviseurs), dans la quasi-totalité des points de prestation de services, alors que l'apport de l'IEC demeure déterminant dans le renforcement de la connaissance des populations et de la compétence des prestataires.  
→ **Recherches et systèmes d'information**

#### **a) Acquis**

Il importe de préciser que quelques études ont été menées dans le domaine de la SR dont deux analyses situationnelles (A.S) des PPS en 1996 et 1998, en partenariat avec le Population Council, sur financement de l'USAID. Elles ont permis de diagnostiquer la capacité fonctionnelle des structures de la santé à offrir des soins de qualité.

La dernière enquête démographique et de santé (EDS) date de 1997. Concernant le système d'information à des fins de gestion (SIG), un atelier d'intégration de toutes les composantes de la SR a été tenu en 1999.

#### **b) Contraintes**

L'insuffisance des ressources limite considérablement l'exécution de protocoles de recherches portant sur certaines composantes de la SR qui nécessitent d'être investiguées.

Les A.S et EDS futures devront élargir leurs champs de recherche à d'autres volets, jusqu'ici peu explorés (avortement, stérilité, cancer, violences sexuelles, hommes).

La réalisation d'AS et d'EDS, tous les deux ou trois ans, est un impératif . La synthèse de l'appréciation des activités exécutées laisse apparaître les efforts consentis mais révèle, en même temps, de multiples obstacles au développement de la SR.

**Par rapport à la qualité des services**, des améliorations sont constatées dans plusieurs domaines :

- le relèvement du plateau technique, grâce à l'équipement de centres et postes de santé, l'introduction des SOU et des SAA dans les différents échelons de la pyramide sanitaire et la mise en place d'un système d'approvisionnement ;
- la standardisation des activités, grâce à l'élaboration de protocoles sur les autres composantes de la SR ;
- le renforcement de la qualification des agents, par la constitution d'équipes de formateurs, la formation des prestataires aux différents modules de la SR notamment des ICP en technologie contraceptive ;
- l'amélioration du suivi des activités, grâce à l'exécution de deux analyses situationnelles.

**Concernant l'amélioration de la gestion et l'organisation des services**, des progrès ont été notés à plusieurs niveaux :

- La gestion des ressources humaines, avec l'introduction du système d'auto-évaluation COPE ;
- la gestion des ressources matérielles, par la révision des supports de collecte de données du SIG, pour la prise en compte de la SR, l'élaboration de fiches techniques et d'ordinogrammes pour les activités de SR, la formation des dépositaires pour la gestion des médicaments essentiels et des produits ;
- l'intégration des activités de SR, par l'instauration du paquet minimum d'activités développées jusqu'à l'échelon périphérique.

**S'agissant de l'accessibilité des services de SR**, des progrès ont concerné plusieurs volets :

- l'amélioration de la couverture en PPS, par l'implication d'un plus grand nombre de structures publiques, privées et parapubliques dans l'offre de services SR, l'expérimentation du marketing social de contraceptifs et la mise en place d'une stratégie de services à base communautaire ;
- l'amélioration de l'accessibilité financière, par l'harmonisation progressive de la tarification des services et l'intégration des contraceptifs dans la liste des médicaments essentiels, au niveau de quelques districts sanitaires (régions de Kaolack, et Fatick).

Des efforts ont été faits dans le domaine de l'IEC en matière de SR, avec la communication interpersonnelle au sein de quelques PPS, la communication de masse, et l'élargissement des espaces de communication, avec l'implication des ONGs et Réseaux. Par rapport à l'accessibilité des adolescents à l'information et aux services de santé de la reproduction, les efforts sont consentis, par la création de centres-conseils et par la promotion de l'éducation à la vie familiale. En dépit de ces résultats, beaucoup d'insuffisances subsistent.

- Dans la **qualité** des services, le sous équipement des points de prestations des services, le manque de personnels qualifiés spécialisés, la non disponibilité de tous les médicaments essentiels, le faible fonctionnement du système de référence recours constitue de sérieux problèmes.

- Dans l'**accessibilité** des services, l'insuffisance des infrastructures, la non disponibilité des services de SR à tous les échelons notamment en milieu rural sont également des limites à la promotion de la santé des populations.
- Les activités d'IEC, leviers essentiels d'une utilisation rationnelle des services de SR, manquent d'articulation avec les prestations cliniques. Les hommes ne sont pas encore impliqués activement dans les activités de SR. Les efforts tendant à l'accessibilité des adolescents aux services de SR sont limités dans les capitales régionales. Le soutien des partenaires au développement reste incontournable dans la réussite des activités de SR.

### 3.3.4. Dans le domaine du Plaidoyer

#### a) Réalisations et acquis

Dans le domaine du Plaidoyer, le programme de population du Sénégal (1998-2001) s'est focalisé (i) sur l'amélioration du cadre législatif et réglementaire pour la promotion du statut de la femme, (ii) sur la création d'un environnement socioculturel favorable à la Santé de la Reproduction y compris la scolarisation des filles, (iii) sur l'implication de l'Etat, des Collectivités Locales et du Secteur Privé en vue de l'accroissement des ressources allouées au Programme de Population.

Plusieurs stratégies sont développées pour assurer la mise en œuvre du programme :

1. Sensibiliser et impliquer les autorités de l'Etat, les groupes d'intérêt ou d'influence, les entrepreneurs privés, les syndicats, les parlementaires, les leaders religieux à des séminaires et ateliers sur les relations entre population, développement économique et le bien-être familial.
2. Impliquer les communautés de base et les réseaux d'appui dans la mise en œuvre du programme au niveau décentralisé.
3. Impliquer les leaders religieux, politiques et communautaires dans la promotion du statut de la femme, dans la promotion des jeunes et dans la scolarisation des filles.
4. Utiliser les médias modernes, les nouvelles technologies de la communication et les canaux traditionnels de communication.
5. Renforcer les capacités en Plaidoyer par la formation, le recherche et les échanges d'expérience notamment entre les réseaux.

Les principaux groupes-cibles identifiés sont constitués des décideurs et de leaders d'opinion, des parlementaires, des leaders politiques, des syndicats, des autorités religieuses et coutumières, du secteur privé, des collectivités locales, des communicateurs, des organisations communautaires de base, de la société civile, du mouvement associatif, du milieu scolaire et des partenaires au développement. Les activités de Plaidoyer sont exécutées par la DPRH, la Direction du Bien-Etre Familial, le Service National de Santé de la Reproduction, l'ASRADEC, l'ANIOS, l'APAPS, le Réseau des Parlementaires, le Réseau des Journalistes, le Réseau Islam/Population, le Projet POLICY, l'ASBEF.

L'exécution du programme Plaidoyer (1997-2000) a permis d'enregistrer des acquis importants dans les domaines relatifs au cadre législatif, à l'environnement socioculturel, à l'implication des médias, à la production de supports et à la formation.

- **Dans l'amélioration du cadre législatif** : l'amélioration du cadre législatif étant une nécessité dans tous les pays de l'Afrique de l'ouest francophone, le réseau des parlementaires a bâti des alliances avec les autres parlementaires de la sous région pour créer des synergies afin de mieux sensibiliser les décideurs politiques des pays respectifs.

C'est dans ce cadre que s'inscrivent le colloque de Dakar de mars 1997 présidé par le Chef de l'Etat du Sénégal et la rencontre des parlementaires francophones à Paris en septembre 1997. Par ailleurs, la mobilisation des parlementaires a permis l'institutionnalisation des rencontres inter parlementaires appuyées par le CERPOD de Bamako. Au total, ces actions ont permis la création d'un environnement favorable à des changements législatifs dans les domaines de la population. C'est dans ce contexte que la loi sur la pénalisation de l'excision et des violences faites aux femmes a été votée en janvier 1999 grâce à l'action positive du réseau des parlementaires. Par ailleurs, le séminaire organisé en novembre 1998, a permis au réseau d'augmenter la base de ses membres qui passent de 59 en 1997 à 89 en 1999.

L'intérêt porté par les députés aux activités du réseau a favorisé sa reconnaissance et son institutionnalisation parmi les structures internes de l'Assemblée. Les députés membres du réseau des parlementaires sont devenus des interlocuteurs écoutés et consultés par les partenaires, les acteurs et les décideurs politiques. En 2000, les sénateurs ont suivi des sessions d'imprégnation pour mieux appréhender la problématique population/développement et la loi type sur la Santé de la Reproduction. En terme d'acquis dans ce domaine, on peut citer l'élaboration d'un Programme national de lutte contre l'excision par le Ministère de la Famille et de la Solidarité Nationale en relation avec toutes les parties prenantes y compris le Réseau des Bailleurs de Fonds " Femme ". Il faut rappeler le rôle décisif des ONG qui ont permis l'instauration d'un débat public sur l'excision. Il s'agit entre autres des ONG : COSEPRAT, AJS, RADI, TOSTAN, ENDAVACAS, ASBEF, Réseau Siggil Jiggen, etc. Au titre des acquis, on peut évoquer l'intégration d'un module sur les violences faites aux femmes dans la formation des élèves policiers pour les rendre plus sensibles aux effets des disparités et discriminations de genre dans la violence à l'encontre des femmes. On peut également citer la mise en place d'un comité national de lutte contre les violences faites aux femmes et l'élaboration d'un projet de révision du Code de la Famille par le Ministère de la Famille et de la Solidarité Nationale assisté par le Ministère de la Justice en relation avec tous les partenaires. Le projet de révision est déjà à l'étude par les autorités gouvernementales.

L'APAPS a initié au cours de ce programme plusieurs actions, parmi lesquelles i) l'appui technique, logistique et institutionnel au Réseau des Parlementaires ; ii) le séminaire d'imprégnation des Sénateurs ; iii) la rencontre avec le Conseil Economique et Social. Ces différentes actions ont permis aux Parlementaires notamment de mieux comprendre les questions de population et leur rôle dans l'adoption de lois favorables au bien-être des populations. Le programme a bénéficié également de la contribution du projet *Policy* financé par l'USAID. Ce projet a favorisé la sensibilisation des décideurs au plus haut niveau de l'Etat sur la politique de population. Grâce à cet appui, le Sénégal dispose d'un modèle national, de modèles pour les régions de Ziguinchor, Louga, Kaolack et Fatik, d'un modèle religieux et d'un modèle pour le personnel de santé. Ce projet, qui est une fusion des projets *Rapid* et *Policy*, poursuit les activités du projet *Rapid* qui s'était fixé comme objectifs la sensibilisation des décideurs, des leaders régionaux, des leaders religieux et du personnel de santé sur les interrelations entre population et développement et le rôle des personnels de santé.

Après le succès obtenu par la présentation de ces produits, le projet *Policy*, tout en consolidant les acquis par la diffusion des modèles national, régionaux, religieux et de santé, cherche non seulement à apporter un appui à la mise en œuvre de la *Déclaration de Politique de Population* par la sensibilisation des décideurs, mais aussi à améliorer son exécution par le renforcement de la capacité locale à conduire une planification stratégique et une allocation appropriée des ressources, à favoriser la participation accrue de la société civile dans le processus d'élaboration et de planification des politiques, et à initier des études et recherches pertinentes.

- **Concernant la promotion d'un environnement socioculturel favorable à la mise en œuvre de la Politique de Population**, on peut noter les actions suivantes :

Le Ministère chargé de la Famille a mis en place le Réseau des Communicateurs Traditionnels qui, grâce à ses interventions, a permis de lever certains tabous relatifs à la Santé de la Reproduction, en général, et à la Planification Familiale, en particulier.

On peut également citer l'introduction de l'EVF dans les "daaras" qui fait suite à un intense plaidoyer auprès des familles religieuses. En matière de scolarisation des filles, des progrès notables ont été enregistrés. Pour encourager la réussite et le maintien des filles à l'école, les ONG "FAWE" "FAMESA" "ASALFAE" ont mis en place un système de bourses pour la promotion des femmes dans les filières techniques et professionnelles. Un groupe d'hommes militants "MEN'S GROUP" de l'approche "Genre" s'est constitué autour de l'ONG ASALFAE. On peut citer également la révision en cours, par l'INEADE, des manuels scolaires pour les débarrasser des préjugés sexistes.

Grâce au Réseau des Jeunes et au Conseil National de la Jeunesse, le Ministère de la Jeunesse a institué un dialogue sur la SR des jeunes et des adolescents. Le Ministère de la Santé, par le biais du Service National de la Santé de la Reproduction et du Comité National de Lutte contre le Sida, a mené d'intenses activités de plaidoyer en direction des Chefs Religieux et des Oulémas pour obtenir l'engagement de ceux-ci à appuyer la politique de population et de santé du Sénégal. Durant la phase préparatoire 1997-1998, le réseau *Islam/population* a poursuivi son extension à d'autres régions, avec l'installation des antennes de Louga, Thiès, Fatick, Kolda et Ziguinchor. Dans toutes ces localités, la mise en place d'antennes régionales a été l'occasion d'organiser au profit des représentants des familles religieuses, des Islamologues et arabisants, des sessions de formation sur le contenu de la politique de population, la santé familiale, etc. Ces occasions ont été mises à profit pour diffuser à grande échelle des supports de sensibilisation produits par les responsables du réseau. Le Réseau a également pris une part active à l'organisation du Colloque tenu en juillet 98 sur *Islam et statut de la femme*, en collaboration avec le Ministère de la Famille, de l'Action Sociale et de la Solidarité Nationale et l'Association Nationale des Imams et Oulémas du Sénégal.

Ces résultats constituent un acquis important pour le programme de population, en ce qu'ils peuvent favoriser une évolution notable dans le contexte socioculturel sénégalais. Par ailleurs, pour la réussite de l'exécution de plans d'actions de l'IEC en milieu rural, un module de formation aux techniques de Plaidoyer sur les questions de population a été élaboré pour le renforcement des capacités des agents et encadreurs intervenant à la base. Des conférences et causeries ont vu la participation des populations, des autorités locales (sous préfet et conseillers ruraux) des représentants du khalife général de Thiénaba (Région de Thiès), des membres régionaux du réseau *Islam/population* et des Imams et oulémas du Sénégal et de l'UNICOM. Ces conférences et causeries sur l'argumentaire religieux de la politique de population ont été réalisées en partenariat avec le réseau *Islam/population* sous l'impulsion de l'ASRADEC et ont permis de sensibiliser les leaders religieux et communautaires sur les objectifs et stratégies de la politique de population à la lumière des enseignements islamiques.

Dans le cadre du renforcement des capacités d'intervention des communautés rurales de l'ONG ASRADEC, des ateliers ont été organisés à l'intention des élus locaux des structures partenaires et des membres des CIED, ce qui a permis de renforcer les capacités des populations et des animateurs en planification participative.

- **Au regard du paysage médiatique** marqué par l'existence de plusieurs stations FM dotées d'antennes régionales, et pour une meilleure vulgarisation de la politique de population, le réseau des journalistes, en partenariat avec la DPRH, a planifié et exécuté une série de sessions de formation à l'intention de ses membres et des correspondants régionaux. Ces formations ont permis à une cinquantaine de membres du réseau de se familiariser avec les questions portant sur le genre, la SR y compris celle des adolescents et les interrelations population, santé et développement.

Les journalistes ont institué des *déjeuners de presse*, pour créer un dialogue entre décideurs et journalistes. La présentation annuelle du rapport sur l'état de la population mondiale et les questions de pauvreté constituent les principaux thèmes abordés au cours de ces déjeuners de presse. Ces rencontres ont permis aux décideurs politiques et aux représentants des partenaires au développement d'éclairer l'opinion publique, à travers des reportages de presse, sur l'actualité en matière de population.

L'assistance du FNUAP s'est orientée vers l'appui institutionnel aux organes de presse. Cette assistance s'est traduite par un renforcement des capacités d'intervention des rédactions dans le traitement des questions de population.

Ces expériences ont également favorisé une plus grande visibilité des questions de population, mais leur portée demeure limitée, du fait que la prise en charge des questions de population est, le plus souvent, assujettie à des appuis financiers. En effet, les protocoles de diffusion signés entre la DPRH et la RTS, de même que ceux signés entre la PDRH et la RTS ont considérablement contribué à la visibilité des questions de population à travers les médias. Toutefois, force est de constater que cet élan connaît un certain ralentissement depuis que les protocoles sont échus et que l'Unité de Communication (UNICOM) ne dispose plus d'un matériel audiovisuel en bon état. L'institution du *Prix Bengeloune* pour récompenser le meilleur reportage audiovisuel ou article de presse à l'occasion de la *Journée Mondiale de la Population (JMP)* contribue à la prise en compte des questions de population dans les lignes éditoriales des médias. A ce propos, on peut évoquer la création d'une rubrique *Population, Environnement, Santé* dans le quotidien "Le Soleil".

Pour soutenir les activités de plaidoyer, la composante Plaidoyer avec l'appui du FNUAP a permis la réalisation de supports de sensibilisation et d'émissions télévisées. La brochure "un code pour toi et moi" destinée à la vulgarisation de certaines dispositions du code de la famille a été adaptée sous forme de trois (3) sketches filmés. Ils ont été diffusés à la télévision nationale. En outre, l'émission TV "Regards" a consacré une de ses éditions à un débat sur le tome 2 de la brochure "un code pour toi et moi". La vulgarisation du code de la famille a permis d'enrichir le débat en cours sur l'équité et l'égalité entre les sexes. En outre, le sous-programme a permis l'édition du bulletin "Popouri" sous la coordination du FNUAP. En outre la DPRH, en collaboration avec la Radio Télévision Sénégalaise (RTS), a participé à une émission de grande audience. Les questions de maternité à moindre risque pour une meilleure sensibilisation des populations à la surveillance de la grossesse et de l'accouchement ont été abordées au cours de cette émission qui a enregistré deux (2) diffusions dans le courant du mois de juillet 2000.

- **La DPRH, le réseau Islam/population et le réseau des Journalistes ont réalisé plus d'une dizaine de publications** toutes centrées sur les questions de population avec comme cibles les décideurs au niveau de l'Etat, les Journalistes et les Chefs religieux. Ces différents supports ont été réalisés dans un environnement marqué par une bonne visibilité des questions de population à travers les médias de masse.

Toutes ces activités ont contribué à une plus grande implication des leaders religieux, des responsables d'organes de presse dans le soutien à la politique nationale de population. Parmi ces supports, on peut citer le bulletin du réseau et l'ouvrage intitulé "la DPP à la lumière des enseignements islamiques" dont les versions française et arabe ont été rééditées en 1.000 exemplaires, de même que la production d'un millier de cassettes "audio", en version wolof et un kit de sensibilisation réalisé en collaboration avec le Service National de Santé de la Reproduction. Les supports ont fait l'objet d'une large diffusion, lors des conférences et causeries organisées par les antennes du réseau avec une forte implication des femmes. Ces activités ont permis de sensibiliser des milliers de jeunes sur la position de l'islam par rapport à des questions comme la planification familiale, le droit de la femme etc.

La DPRH, à travers son Unité de Communication (UNICOM) a initié quatre (4) études relatives à la problématique *Genre/Population*. Il s'agit de : (i) revue documentaire des textes législatifs et réglementaires pour l'amélioration du statut de la femme ; (ii) revue documentaire des enquêtes sur les comportements, pratiques et attitudes discriminatoires à l'égard des femmes ; (iii) analyse de contenu des ouvrages scolaires sur les stéréotypes sexistes ; (iv) analyse des contenus d'articles de presse sur les stéréotypes sexistes.

Les conclusions et les stratégies proposées par ces études ont fait l'objet d'une synthèse qui va servir de document de référence au processus de finalisation de la stratégie nationale de Plaidoyer. Le tome I de " *Un Code pour Toi et Moi* ", épuisé depuis 1998, a été réédité pour servir de support au plaidoyer pour la proposition de révision du Code de la Famille en cours d'instruction au niveau des autorités de l'Etat. Deux (2) numéros du bulletin semestriel " *Pop'Enjeux* " ont été publiés par la DPRH. Les articles sont produits par les intervenants du programme. Les éditions publiées ont abordé des thèmes relatifs au recensement de la population, au Jour des Six Milliards, à la présentation du rapport sur l'état de la population mondiale et à la problématique des barrières juridiques et non juridiques en matière de Santé de la Reproduction.

- **En ce qui concerne la formation aux techniques de plaidoyer**, une cinquantaine de cadres d'ONG et de ministères techniques impliqués dans la mise en œuvre de la politique de population (Finances, Famille, Jeunesse, Santé et Education de base) ont suivi une formation en techniques de plaidoyer. Cette formation a permis le renforcement des compétences des acteurs impliqués dans la formulation, la mise en œuvre et l'évaluation de plan de Plaidoyer. Les différents ministères disposent de cadres aptes à concevoir et exécuter des stratégies de Plaidoyer. Des formations en *Genre* ont également été dispensées au profit des intervenants du programme avec l'appui du CST du FNUAP pour permettre une prise en compte de la dimension genre dans la formulation, l'exécution, le suivi et l'évaluation des programmes de population.
- **Concernant la coordination des activités de Plaidoyer**, il faut signaler qu'en l'absence d'un programme national de plaidoyer, la DPRH n'a assuré que la coordination de la composante du Programme d'Assistance du FNUAP au Sénégal sous sa tutelle. A cet effet, le Comité de Pilotage et le Comité Technique mis en place, ont assuré la coordination des activités de Plaidoyer sous l'impulsion de la DPRH.
- En outre, conformément à ses missions, la DPRH conduit le processus d'élaboration de la Stratégie Nationale de Plaidoyer. Les cinq (5) régions couvertes par le FNUAP ont élaboré chacune son plan régional d'IEC/Plaidoyer. Les cinq (5) autres régions sont en train de finaliser leurs plans avec l'appui de la contrepartie financière de l'Etat.

Une fois finalisée, la stratégie nationale servira de cadre d'intervention pour tous les acteurs impliqués dans le domaine de l'IEC/Plaidoyer. La célébration de la Journée Mondiale de la Population constitue chaque année un temps fort de sensibilisation avec la participation de tous les intervenants. L'occasion est ainsi mise à contribution par la DPRH et le FNUAP pour mobiliser, au niveau national comme au niveau décentralisé, les leaders politiques, coutumiers et religieux autour de thèmes d'actualité. Grâce aux actions de Plaidoyer en matière de population menées par les services d'Etat et les Ong, il est devenu de plus en plus socialement accepté de débattre en public des questions de SR. Les notables, les chefs religieux, les parlementaires, les associations de jeunes ou de femmes, s'expriment publiquement sur le sujet et participent aux activités IEC. Sous l'impulsion du Service National de la Santé de la Reproduction, les services de contraception débordent des structures sanitaires avec la mise en place d'un programme de marketing social des contraceptifs et un autre programme de distribution à base communautaire. Le contraceptif devient de la sorte plus accessible pour les usagers. Timidement, l'information et les services commencent à être disponibles pour les adolescents dans les rares centres conseils pour les jeunes. L'Education à la Vie Familiale se généralise à l'école. Elle se diffuse également à travers les mouvements de jeunesse et commence à s'introduire dans des écoles coraniques pilotes.

## b) Les contraintes

Malgré ces acquis, des contraintes subsistent et pèsent lourdement sur la réalisation des performances assignées à la politique de population.

- L'absence d'un Programme National de Plaidoyer n'a pas facilité la coordination des activités dans ce domaine. En dehors de la Composante Plaidoyer du Programme d'Assistance du FNUAP au Sénégal, il n'existe aucun autre programme structuré de Plaidoyer en matière de Population. Le gel des activités du Comité Consultatif en IEC a pesé lourdement sur l'harmonisation des interventions et la définition de stratégies de Plaidoyer au profit du programme de population. De plus, la non finalisation de la Stratégie Nationale de Plaidoyer a amplifié la dispersion des interventions.
- L'absence de stratégies de mobilisation de ressources financières en faveur du programme de population a eu pour conséquence la non implication des partenaires clés en Population/ Développement dans le financement du 2<sup>ème</sup> PAIP.
- En dépit de l'appui institutionnel dont les médias ont bénéficié dans le cadre du programme et malgré la formation des journalistes, les questions de population ont du mal à intégrer la ligne éditoriale des médias. Cette situation est accentuée par la mise en veilleuse du volet media de l'Unité de Communication de la DPRH qui contribuait beaucoup à la visibilité des interventions à travers les médias de masse. De surcroît, le Réseau des Journalistes, en se focalisant sur la formation, trouve peu de temps pour appuyer les structures techniques dans la visibilité de leurs interventions à travers les médias.
- La dispersion des activités du Réseau des Parlementaires, malgré son audience, constitue un handicap majeur pour l'opérationnalisation de stratégies de plaidoyer appropriées, en vue de l'adoption de mesures juridiques favorables à la mise en œuvre de la Politique de Population.. Le Réseau des Parlementaires gagnerait à recentrer ses objectifs pour mener des interventions mieux ciblées.  
A ce stade du Programme, certaines propositions de loi relatives surtout à la SR et à la promotion du statut de la femme doivent être impulsées avec plus d'audace et de cohérence dans la démarche. Le décret d'application de la loi contre l'excision n'est pas, à cette date, encore promulguée bien que votée depuis janvier 1999 par l'Assemblée Nationale.
- La faiblesse des ressources allouées aux activités de Plaidoyer n'a pas permis au programme de population d'impliquer le Secteur Privé et les Collectivités Locales dans les stratégies de mobilisation des ressources financières.
- Les activités de formation menées par les réseaux de journalistes et des islamologues de même l'élaboration des plans d'actions régionaux dans la perspective de la mise en place d'une stratégie nationale de plaidoyer ne se sont pas traduites par une implication effective des acteurs locaux. Les activités de plaidoyer dans ce programme n'ont pas eu l'envergure nationale qu'elles auraient dû avoir.

### **3.4. Analyse de l'adéquation à long terme des objectifs et stratégies en matière de Population et stratégies de développement (PSD), Santé de la Reproduction (SR) et parité des sexes et leur pertinence vis-à-vis du PA/CIPD : leçons apprises et préoccupations majeures pour le futur.**

Dans les domaines population et développement et parité des sexes, les buts et objectifs définis ainsi que les stratégies préconisées sont également de nature à lever les contraintes et demeurent conformes aux recommandations du PA/CIPD.

L'adoption d'un cadre logique de programmation constitue un acquis dans la mise en œuvre de la politique de population. Il reste que les mécanismes et les cadres d'exécutions restent encore déficients rendant l'atteinte des objectifs de plus en plus difficile.

En outre l'absence d'initiative au niveau régional de même l'insuffisante implication de l'Etat et des collectivités locales dans le financement constituent des contraintes à lever pour le futur. La formation le partage des informations demeure également un préalable pour créer une adhésion de toutes les parties prenantes et créer les synergies nécessaires à l'harmonisation des interventions, l'utilisation rationnelle des ressources et la réalisation des activités.

Ainsi les stratégies définies dans le domaine du PSD prennent-elles en compte la configuration du contexte institutionnelle, socioculturelles, de l'émergence de la société civile en tant qu'acteur du développement et de l'option en faveur de la décentralisation.

Par ailleurs la qualité des programmes et politiques sectorielles dans le domaine de la population sera tributaire des capacités à entreprendre des recherches et études qui permettront d'actualiser la base des analyses en matière de population et développement.

Il importera aussi de dynamiser les cadres d'exécution des programmes et d'en créer de nouveaux en inventant des mécanismes de fonctionnement et de partenariat plus adaptés au contexte actuel.

Le but du sous-programme est d'améliorer la santé de la reproduction des populations, en particulier des jeunes et adolescents, par une meilleure promotion des services intégrés à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Les objectifs intermédiaires actualisés visent à contribuer à l'accroissement de l'utilisation des services de SR, par le renforcement de l'intégration des services au niveau des districts, l'amélioration de la qualité des services, la mise en place des services à base communautaire de SR, par le biais du secteur privé, des ONGs et associations, à faciliter l'accès à l'information et aux services de santé de la reproduction pour les adolescents et jeunes.

Les buts et objectifs ainsi définis, de même que les produits attendus, s'orientent dans la résolution des contraintes identifiées lors de l'opération d'examen des programmes et de définition des stratégies (EPDS). Ils s'inscrivent également dans la perspective de la mise en œuvre des stratégies du Programme National de Développement Sanitaire (PNDS) qui épousent les préoccupations du Ministère de la Santé en matière de SR. Ils demeurent pertinents et actuels, par rapport aux orientations définies dans le *plan d'action* de la CIPD. Il en est de même des axes stratégiques et des actions prioritaires préconisées lors de l'exercice précédent.

## CHAPITRE 4 : LA MOBILISATION DES RESSOURCES

### 4.1 Analyse de la situation et de la tendance dans l'allocation des ressources nationales et externes aux programmes de population.

Pour le Sénégal, la CIPD s'est tenue dans un contexte particulier, marqué par des événements majeurs qui ont exercé une forte influence sur l'allocation, par l'Etat, de ressources, au profit des secteurs sociaux. En effet, la période qui a précédé la CIPD, a été celle des politiques d'ajustement structurels, du plan d'urgence et de la dévaluation. Elle est caractérisée par une contraction des dépenses publiques qui s'est faite au détriment des secteurs sociaux. La baisse des investissements et des budgets affectés au fonctionnement des services, à l'entretien et à la maintenance a entraîné l'accélération de la dégradation des infrastructures communautaires et par conséquent des conditions de vie des populations. Ainsi, la réalisation des objectifs retenus en matière de population et développement restait tributaire de la mobilisation et des options en matière d'allocation des ressources financières, tant internes et qu'externes. Elle supposait un accroissement des efforts, au regard de l'importance de la demande et de sa nature incompressible.

La période qui a suivi la CIPD, a donc vu le pays renouer avec la croissance, à la faveur des retombées positives de la dévaluation, des mesures budgétaires et des réformes économiques mises en œuvre. L'analyse de la situation dans la mobilisation des ressources se fera en tenant de la période qui précède la CIPD c'est à dire avant 1994 et celle après, de 1995 à nos jours.

#### 4.1.1 La mobilisation des ressources dans les secteurs sociaux

La maîtrise des dépenses courantes maintenues à 11,6 % du PIB en 1998 contre 15,7 % du PIB avant la dévaluation, le désendettement du pays consécutif aux mesures de rééchelonnement, à la réduction de 67% de la dette dus aux créanciers membres du Club de Paris et la privatisation de certaines entreprises publiques ont permis d'accroître l'épargne interne et de disposer de davantage de ressources à consacrer aux secteurs sociaux. Il s'y ajoute que le Sénégal a pu tirer le meilleur profit du groupe consultatif, grâce à un financement de 1.200 Milliards de F CFA mobilisés pour les programmes sociaux. Des efforts importants ont pu être faits en faveur de certains secteurs pour l'hydraulique, la santé et l'éducation. Ainsi, le secteur quaternaire (hydraulique et assainissement, logement, santé, éducation, divers, développement social) a bénéficié dans la période 1995-2000 d'au moins 41 % des dépenses publiques d'investissement dont 52 % au profit de la santé, de l'éducation, de l'hydraulique et de l'assainissement.

Le secteur de la santé, connaît depuis 1995 une progression régulière de son budget. La part de ces dépenses budgétaires est en effet, passée de 5,3 % dans la période 1989-93 à 7% en 1994-2000. Entre 1992 et 1994, l'Etat a privilégié les dépenses en faveur des soins de santé secondaires. Cette tendance dans l'allocation des ressources s'est cependant, inversée depuis 1995. Et les soins de santé primaires représentent, depuis cette date, 30 % des ressources budgétaires affectées à la santé. Entre 1996 et 2000, la part des budgets de fonctionnement dans le budget de l'Etat est passée de 7, 25 % à 8,07 % conformément aux engagements de l'Etat d'augmenter le budget de 5%. Cependant, la part de la santé dans le budget reste encore en deçà de la norme de 9% recommandé par l'OMS, que l'Etat envisage d'atteindre seulement en 2002.

Il est important de signaler que cette proportion des ressources dans le budget national avait été atteinte dans les années 1970, avant la mise en place des programmes d'ajustement structurel.

De manière générale, le budget global (investissement + fonctionnement) du ministère de la santé a doublé entre 1993 et 2000, passant de 12,5 milliards à 27,2 milliards. Cet accroissement résulte, à la fois des efforts importants entrepris en matière d'investissement dans le secteur avec la mise en œuvre du PDRH et du PDIS qui a pris le relais depuis 1998. Les dépenses globales ont augmenté en moyenne de 15,6 % par an entre 1993 et 1996 (RDP 98) grâce aux contributions des bailleurs qui ont représenté près de 66% du budget.

La nécessité de mieux prendre en charge les problèmes de santé a conduit à l'élaboration d'un PNDS mis en œuvre à travers le PDIS avec de nouveaux mécanismes de financement permettant une mobilisation optimale et une allocation rationnelle des ressources. Le coût global du programme est estimé à 229 milliards de F.CFA. 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 5% par an 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. Les investissements réalisés entre 1996 et 1999, qui se chiffrent à près de 42 milliards (DDI 1999) ont été financés à 90 % par les partenaires au développement. Depuis la mise en œuvre du PDIS en 1998, 88 milliards ont été dépensés. L'investissement a été pris en charge à 48,2 % par l'Etat et à 46% par les partenaires extérieurs. Néanmoins, les efforts financiers en faveur du secteur de la santé restent encore limités au regard des besoins de plus en plus importants. Les dépenses de santé par tête ont diminué passant de 2319 francs CFA en 1992 à 1435 francs CFA en 1998. La part des dépenses qui représentaient que 0,8% du PIB entre 1989-93, reste toujours égal à moins de 1,5% du PIB.

En outre, la capacité de mobilisation des ressources par les populations reste encore sous estimée tandis que les collectivités participent encore faiblement dans leur budget au financement. Quant aux partenaires au développement, leurs ressources restent encore difficiles à mobiliser du fait de la complexité des procédures. Les efforts financiers en faveur de la **santé de la reproduction** ont atteint plus de treize (13) milliards de francs CFA entre 1996 et 1999. Ils ont couvert des domaines divers : la lutte contre la mortalité maternelle, la lutte contre les MST/SIDA, la survie de l'enfant, la planification familiale, les centres-pilotes. Outre l'Etat, les principaux bailleurs participant au financement restent le FNUAP, la GTZ, l'UNICEF, la KFW, l'USAID, le FED, la BAD.

Le **secteur de l'éducation** est financé, à l'instar de la santé, par l'Etat, les partenaires au développement, les ONG et les populations. *La contribution des ménages* au financement de l'éducation est destinée à la prise en charge pour l'essentiel des dépenses de fonctionnement. Elle est passée de 5,8 milliards en 1992 (Rapport national EPT 2000) à 14 milliards en 1998 (Rapport ECF PDEF). La participation des ménages estimée à 7,2 % entre 1992 et 1998 est appelée à croître, compte tenu de la politique de recouvrement des coûts qui sera initiée pour les niveaux d'enseignement autres que l'élémentaire (moyen, secondaire, supérieur). 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.

Depuis 1998, *les collectivités locales* gèrent une partie des ressources publiques destinées à l'éducation à travers le fonds de dotation. 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 consacré à l'éducation passe de 5 % en 1998 à 10 % à la fin du programme décennal.

*L'aide publique au développement* de l'éducation a atteint son niveau le plus faible en 1992 avec 9,9 milliards avant d'atteindre 22 milliards en 1994. Elle contribue au financement de 14,4 % (EPT 2000) du secteur. Elle contribue pour une part prépondérante aux dépenses d'investissement du secteur. Ainsi entre 1996 et 1999, elle a permis de financer à 80 % des 39 milliards consacré à l'éducation. *L'Etat* qui reste le principal bailleur de l'enseignement public a toujours marqué la priorité accordée au secteur de l'éducation en lui accordant une part prépondérante de ses ressources budgétaires.

De 1993 à 1994 le secteur de l'éducation absorbait déjà 27 % du budget de l'Etat (69, 5 milliards en moyenne /an) tandis que les investissements sont en moyenne de 1 milliard par an. Le resserrement des contraintes budgétaires a réduit les ressources du système éducatif. L'effort public global s'est accru depuis 1995. L'Etat consacre près du tiers de ses ressources budgétaires à l'éducation et a consenti depuis, d'importants efforts en matière d'investissement particulièrement pour les années 1998, 1999 et 2000 avec en moyenne 7 milliards chaque année (DCEF, PTIP ). Cette évolution favorable s'explique par l'augmentation des dépenses d'investissement consentis pour élargir l'accès à la scolarisation. Un effort particulier est consacré à l'enseignement élémentaire avec une allocation en moyenne de 38% des ressources. Cette tendance dans l'allocation des ressources se poursuivra pour les prochaines années dans l'optique de la scolarisation universelle en 2008.

Le financement du PDEF (1999-2008) va s'appuyer sur un accroissement de l'effort interne. Il s'agira à terme d'arriver à une part des dépenses par rapport au PIB de 4,6 % contre 3,6 % en 1998. Ainsi sur les 420 milliards à mobiliser pour les trois premières années, 375 milliards devront être financés sur ressources internes, soit un besoin de financement de 45 milliards qui représente la contribution attendue des partenaires au développement. 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.

**Le programme de population :** Dans le cadre de la mise en œuvre de la politique de population, le FNUAP a accordé à l'Etat des fonds d'un montant de 11,08 millions de \$ répartie entre le PSD (2 533 795 \$), la Santé de la reproduction (7 477 530 \$), le Plaidoyer (1 069 412 \$). Ces fonds ont été exécutés à hauteur de 37 %. Il convient de signaler que, conjointement à l'apport du FNUAP, le gouvernement du Sénégal contribue de façon significative à la mise en place des fonds nécessaires à l'exécution du programme d'assistance. Ces fonds sont inscrits dans le budget consolidé d'investissement à travers le Programme Triennal d'Investissement (PTIP). Globalement cette contribution financière est estimée à quatre cent soixante trois millions (463 000 000) de francs CFA pour la période 1997-2000. La contrepartie de l'Etat en 1998-1999 se chiffre à 228 millions et 115 millions ont été inscrits au titre de l'année 2000.

**Les difficultés d'approvisionnement en eau** ont nécessité la mobilisation d'importantes ressources financières pour assurer l'alimentation des populations. L'exploitation des réserves situées en profondeur et souvent loin des zones de forte concentration suppose des investissements importants. La réalisation d'infrastructures hydrauliques pastorales et villageoises et l'alimentation des centres urbains a nécessité la contribution des partenaires au développement.

Selon les résultats de l'étude sur l'Initiative 20/20, entre 95-98, les dépenses en faveur de l'hydraulique urbaine ont été supportées à plus de 90 % par les partenaires aux développements avec : 93% pour l'hydraulique rurale et 96 % pour l'hydraulique urbaine.

Les dépenses publiques en matière d'eau potable et d'assainissement sont encore très faible et ne représentent que 0,5 % des dépenses budgétaires et seulement 1,4% des dépenses sociales. Le Projet Sectoriel Eau qui vise l'assainissement et l'approvisionnement en eau des centres urbains a réalisé, en 1999, près de 19 Milliards d'investissements financés par les bailleurs de fonds.

Dans le domaine de l'hydraulique rurale, la mobilisation des ressources globales a été irrégulière. C'est un secteur dans lequel la contribution extérieure est prépondérante et représente 88 % de l'enveloppe des investissements pour la période 1996-99.

L'alimentation et la nutrition sont largement soutenu par l'aide extérieur qui y contribue à hauteur de 92 % depuis 1995. La contribution de l'Etat dans ce domaine connaît une baisse régulière surtout au niveau des dépenses d'investissement qui connaît une baisse annuelle de 9%. Le principal programme exécuté actuellement, le PNC est financé principalement par l'IDA (62%), le PAM (21%) et l'Allemagne (10%).

Les efforts en faveur du **développement social (promotion de la femme)** ont été limités ces dernières années. Entre 1995-2000, les dépenses budgétaires n'ont pas connu une évolution significative. Entre 1995-98 elles se sont situées autour de moins 800 000 000 francs CFA par an et représente moins de 1% des dépenses budgétaires. Des efforts ont été consentis ces deux dernières années et le budget a doublé en 2000 par rapport à son niveau de 1998. Quant aux investissements, ils ont connu une forte baisse de l'ordre de 59 %, entre 1996 et 1997, avant de connaître une hausse progressive jusqu'en 1999. Ils sont encore financés à 80 % par les partenaires au développement.

Le montant des investissements prévus dans le PTIP 2000-2002 pour le secteur quaternaire (hydraulique et assainissement, jeunesse, urbanisme et habitat, santé et nutrition, développement social, éducation ) est de 441 milliards dont 380 milliards sont déjà acquis. Il est destiné à au financement de divers programmes. Les dépenses cumulées consenties par les différents projets au profit des secteurs sociaux ( éducation, santé, hydraulique, développement social) ont atteint plus de 128 milliards de francs CFA avec 33% pour la santé, 31% pour l'éducation et 7% pour le développement social (promotion de la femme et de la famille)

#### 4.1.2 Contraintes en matière de mobilisation des ressources

Malgré tous les efforts consentis, il ressort des conclusions de l'étude sur l'initiative 20/20 que :

- les dépenses allouées aux services sociaux de base (soins de santé primaires, éducation de base, hydraulique et assainissement, alimentation et nutrition) qui tourne autour de 11,2% accuse encore un "gap" de 9 points. Cette situation résulte principalement du niveau actuel du faiblesse du budget actuel consacré à ces secteurs par rapport au PNB et surtout de l'absence d'une priorisation des Services Sociaux de Base dans l'allocation des ressources ;
- Quant à l'aide au développement, elle accuse un "gap" 4,4 points (15,6 % contre les 20 % souhaité) et ne s'inscrit pas toujours dans les priorités telles qu'elles sont définies par l'Etat. Elle va en priorité à la santé (42%), hydraulique et assainissement (38%), éducation de base (21%) ;
- Il convient de souligner également la faiblesse des ressources budgétaires accordées au Programme d'Action et d'Investissements Prioritaires ;
- La mise en œuvre du PAIP a aussi souffert de la mobilisation des ressources de partenaires extérieurs en dehors du FNUAP;
- Les efforts des collectivités locales dans le financement de programmes de population sont également limités ;
- L'absence de synergies dans les interventions des différents acteurs (ONG, Etat) n'a pas, non plus, permis une rationalisation dans l'utilisation des ressources.

Compte tenu de la forte demande en soins de santé de base, en scolarisation en assainissement, en approvisionnement en eau, il convient d'augmenter le niveau des dépenses sociales par rapport au PIB et procéder une

*A quel  
niveau et  
comment?*

Selon les conclusions du rapport sur l'initiative 20/20, Le Sénégal consacre des ressources très en deçà du minimum requis en matière de dépenses sociales prioritaires. Sur la période 1995-1998 seulement 11,6 % des dépenses publiques sont consacrés aux services sociaux de base. La part des dépenses prioritaires dans les dépenses sociales est en moyenne de 30,5 % entre 1995 et 1998 alors que la norme requise est de 50 %. Cette allocation n'est pas justifiée au regard des priorités. Et son évolution marquée par des fléchissements depuis 1996 (33,1%) et 1998 (27,9%) explique le classement de notre pays par rapport à l'IDH. De même la part de l'aide extérieure qui est déterminante dans l'amélioration de l'accès aux services sociaux de base ne présente que 12,8% en 1997. Cette part relative, a connu des fluctuations entre 1994 et 1997 passant de 9,4% en 1994 à 15,9 % en 1995, 12% en 1996 avant d'atteindre 15% en 1997. Au niveau multilatéral cette aide reste dominée par le FMI et l'IDA que suivent le FIDA, le PAM, l'UNICEF, le FNUAP et le PNUD. En dehors du système des nations les autres donateurs principaux restent l'Union européenne, la BAD et le BADEA.

*Dépenses  
de Produits  
sociaux au  
lieu de  
Dep. publiques*

**Contribution des partenaires au développement au financement des secteurs sociaux**

Années	1996	1997	1998	1999*	Observations	Principaux Partenaires au développement
Hydraulique rurale	5 037 452 573	2 059 827 043	4 439 238 722	1 904 769 899	Dev ressources en eau, forages, ouvrages hydrauliques, puits	OPEP, KFW, FED, BID, CFD, BEL, ACDI, USAID, LUX, OPEP, BID
Santé	9 860 768 015	9 788 751 461	7 579 299 672	10 708 680 219	Nutrition communautaire, survie enfant, IST/SIDA Equipement, construction, Santé de la reproduction, PEV	Bel, OMS, AID, FND, USAID, FED, KFW UNICEF, FAC, FNUAP, FAD, ACDI
Education	8 247 409 671	5 312 557 412	12 768 739 812	5 243 583 831	Appui scolarisation, PAF, construction salles de classes et équipement, appui éducation non formelle, EVF, CRFP, alphabétisation, enseignement supérieur (PAES)	OPEP, ACDI, FED, JPN, GTZ, FAC, FAD, INDE, BID, KFW, AID, Inde,
Développement social	2 957 087 561	1 050 558 419	1 693 805 269	1 497 596 254	Micro réalisations, appui GPF, Plaidoyer enfant/femme, lutte contre la pauvreté, assainissement	PNUD, FENU, FAD, FED, UNICEF
<b>TOTAL</b>	<b>26 102 717 820</b>	<b>18 211 694 335</b>	<b>26 481 083 475</b>	<b>38 959 747 891</b>		

\* situation au 30 novembre 1999

*Handwritten notes:*  
 - 1999: 38 959 747 891  
 - 1998: 26 481 083 475  
 - 1997: 18 211 694 335  
 - 1996: 26 102 717 820

**Contribution de l'Etat au financement des secteurs sociaux entre 1996-1999**

Années	1996	1997	1998	1999	Observations	Partenaires au développement
Hydraulique rurale	1 463 416 337	1 120 429 295	1 426 416 620	1 073 127 722	Dev ressources en eau, forages, puits	Etat
Santé	959 530 435	511 833 675	858 443 229	1 517 429 875	Nutrition communautaire, survie enfant, IST/SIDA Equipement, construction, Santé de la reproduction	Etat
Education	939 088 532	1 379 635 221	2 936 301 575	2 399 281 920	Appui scolarisation, PAF, construction salles de classes et équipement, appui éducation non formelle, EVF, CRFP, alphabétisation, enseignement supérieur	Etat
Développement social	86 480 000	182 028 754	347 990 542	1 247 798 943	Familles productives, appui GPF, Plaidoyer enfant/femme, appui statut de la femme, Fonds de dev local, lutte contre la pauvreté	Etat
<b>TOTAL</b>	<b>3 428 515 304</b>	<b>3 193 926 945</b>	<b>5 569 151 966</b>	<b>6 340 326 000</b>		

#### 4.1.3 . Les perspectives dans la mobilisation

Dans le cadre du Programme de la Lutte contre la Pauvreté adopté par le gouvernement le 20 décembre 1997, des programmes sont déjà en cours :

- le projet de Fonds de Développement Local de Kédougou (1997-2000) : cofinancé par le FENU et le PNUD pour 4.170.000 \$ US.
- le Projet d'Appui à la Décentralisation en Milieu Rural (PADMIR) : Préparé conjointement par le FENU, PNUD et Gouvernement du Sénégal, la convention de financement de 7.500.000 \$ US vient d'être signée. L'agence d'exécution est la Direction des Collectivités Locales du Ministère de l'Intérieur.
- le Programme Elargi de Lutte contre la Pauvreté (PELCP) financé avec une subvention de 7,4 millions de dollars US. Le PELCP assure un appui institutionnel à l'exécution du programme et va apporter des réponses à la demande de financement des activités des populations des zones d'intervention ciblées. A cet effet, la coordination nationale en accord avec PNUD, a ouvert sur les ressources du programme, une ligne de financement d'un montant de 1.184.000 \$US. Cette ligne sera affectée au financement des micros réalisations pour un montant de 883.419 \$US et à un fonds de crédit de 300.000 \$US qui sera géré par le Réseau Afrique 2000 suivant un protocole d'accord.
- le projet national "des emplois pour l'Afrique " (JFA – PRESSA) d'un financement de 3.000.000 de dollars US.
- le projet d'appui à la décentralisation et au développement local (PADDEL) : financement de l'AFD d'un montant de 17.000.000 Francs français

D'autres programmes sont en cours de préparation : la Banque Mondiale envisage de mettre en place un Fonds d'Investissement Social (FIS). L'objectif du FIS est d'améliorer les conditions socio-économiques des femmes et des jeunes et contribuer à la mise en place d'un système permanent de suivi des conditions de vie des ménages et d'analyse de la pauvreté. La banque va mettre à la disposition du Sénégal un crédit d'un montant de 28 millions de dollars. De nouvelles perspectives s'annoncent aussi dans la mobilisation de ressources. Le Sénégal a été élu à l'initiative conjointe FMI/Banque Mondiale, en faveur des Pays Pauvres Très Endettés. Il bénéficiera à cet effet de ressources dans le cadre des programmes qui seront élaborés à partir du Document cadre de politique intitulé " Stratégies de Croissance et Réduction de la pauvreté " en cours de formulation avec ses partenaires.

Il convient de souligner la poursuite du PDIS et les interventions de nouveaux partenaires dans le financement. Le programme décennal de l'éducation connaîtra aussi son début d'exécution à partir de cette année et déjà plus vingt partenaires sont engagés dans son financement pour les dix prochaines années.

#### 4.2. Examen et proposition d'actions pour l'augmentation des ressources

L'Etat du Sénégal, a alloué, pour la première fois, des fonds de contrepartie en espèces pour appuyer les efforts du FNUAP dans le cadre du programme plaidoyer. Cependant, il y a lieu de souligner que le programme n'a pas pu mettre en place des stratégies pour obtenir l'engagement des bailleurs de fonds à financer le 2<sup>ème</sup> PAIP.

Il apparaît nécessaire de donner au Plaidoyer les moyens de sa mission et de ses ambitions en termes d'importance stratégique pour le Programme National de Population. Pour ce faire, les fonds de contrepartie de l'Etat doivent être mobilisés dans les meilleurs délais.

Il importe également de les augmenter de façon substantielle, tout en veillant à accélérer le processus de leur mobilisation effective. De plus, il importe de définir des stratégies de plaidoyer appropriées pour obtenir l'engagement des partenaires au développement et des collectivités locales à financer le programme national de population

En vue d'accroître les ressources en faveur des programmes en matière de population, diverses actions devront être menées à l'endroit de plusieurs cibles :

Actions de Plaidoyer	Acteurs principaux	Cibles principales
- Procéder à une allocation des ressources de l'Etat prenant en compte la priorité accordée à la satisfaction des services sociaux de base (affectation d'au moins 20% des ressources) ;	Assemblée nationales, réseaux des parlementaires, députés, élus locaux	Etat, décideurs politiques, Ministres,
- Accroître les ressources de l'ETAT affectés au financement des programmes de population	Assemblée nationales, réseaux des parlementaires, députés, élus, Ministères techniques, Partenaires au développement, Société civile	Etat, décideurs politiques, Ministres, Gouvernement
- Orienter les efforts de l'APD en direction des services sociaux (20% des ressources de l'APD) ;	Etat ; le gouvernement, la société civile ; les réseaux ; les organismes internationaux	Partenaires au développement (Organismes internationaux ; Pays développés du Nord)
Diversifier les sources de financement en recherchant d'autres partenaires extérieurs pour les programmes de populations	Etat, Parlement	Tous les partenaires extérieurs bilatéraux et multilatéraux
- Accroître les efforts des collectivités locales dans le financement des programmes en matière de population ;	Réseaux, des parlementaires, Elus locaux, réseau des journalistes, société civile	Associations des présidents de conseils régionaux Associations des maires, Associations des présidents de conseils ruraux
- Plaider pour un reconversion de la dette en faveur des secteurs sociaux ;	Etat, Organisations internationales (FNUAP, UNICEF, OMS...)	Partenaires au développement multilatéraux et bilatéraux
- Rationaliser les efforts des acteurs contribuant au financement des questions de population (coordination, recherche de synergie)	Ministères techniques	Ministères techniques, partenaires au développement
- Elargir le réseau des partenaires participant au financement des programmes de population	Société civile, Etat, Réseaux	Partenaires au développement multi et bi latéraux

## CHAPITRE 5 : RECOMMANDATIONS DES AXES STRATEGIQUES

### 5.1. Analyse synthétique des besoins essentiels et des axes stratégiques prioritaires en matière de population et développement, santé de la reproduction, genre et plaidoyer

*Le Xème Plan d'orientation (2002-2007) en cours d'élaboration s'inscrit dans la consolidation des acquis en matière de développement humain durable en tant qu'objectifs à atteindre dans le long terme. La Déclaration de Politique de Population Actualisée (DPPA) s'inspirent des orientations stratégiques du Xème Plan qui précise le cadre global dans lequel s'inscrivent les interventions et leur opportunité au regard des problématiques soulevées par les questions relatives à la population. Il s'agit de poursuivre la lutte contre la pauvreté, la mise en valeur des ressources humaines d'atténuer les tendances démographiques défavorables, de prendre en compte les interrelations population/développement humain durable/pauvreté.*

Les axes stratégiques définis ci dessous qui découlent du diagnostic de la situation population et développement prennent aussi en compte les nouvelles préoccupations en matière de genre, les interrelations Population/pauvreté, Population /développement humain durable, de Santé de la Reproduction, et d'IEC/Plaidoyer. Ces axes sont structurés autour de quatre domaines de concentration : PSD, genre, SR et Plaidoyer.

### 5.2. Identification des actions les plus pertinentes pour les investissements

#### 5.2.1. Dans le domaine du PSD

##### 5.2.1.1 Rappel des principaux problèmes dans le domaine du PSD

La croissance démographique rapide continue d'influer sur la dégradation du cadre de vie des populations, les processus de développement et l'organisation de l'espace au niveau national. Les performances économiques de ces cinq dernières années restent fragiles et insuffisantes, au regard de la demande sociale croissante. On note encore la persistance des difficultés d'accès aux services sociaux de base, notamment l'éducation et la formation, la santé, l'eau potable, l'assainissement et l'habitat, un entassement des populations dans des zones non aménagées et inondables et le développement de nuisances diverses particulièrement en milieu urbain. Le niveau de la mortalité des enfants et des mères reste encore préoccupant à cause de la détérioration des conditions de vie, de la mauvaise couverture sanitaire et de la paupérisation des populations.

- La conception et la mise en œuvre des politiques dans le domaine de la population ont souffert des difficultés en matière de disponibilité de données actualisées et suffisamment désagrégées, d'études spécifiques permettant la maîtrise de certains phénomènes (migration, pauvreté, groupes vulnérables, urbanisation), de coordination des interventions, de l'impulsion des activités et de la mobilisation des ressources. L'absence d'un programme national de recherche et de diffusion de résultats et l'insuffisante coordination des opérations de collecte de données, constituent, aujourd'hui, un handicap dans la connaissance des questions relatives à la population. De plus, le manque de données désagrégées, par sexe et par localités (région, département, arrondissement), ne facilite pas l'approfondissement de certaines analyses sur les disparités.

L'inefficience du système d'Etat civil pose, avec acuité, les problèmes d'enregistrement des événements démographiques, surtout au niveau des zones rurales.

La non disponibilité et l'actualisation tardive des données sur la population ne permettent encore de mieux saisir les évolutions à temps et de prendre en compte les interrelations populations

développement dans l'élaboration des politiques sectorielles particulièrement dans les domaines qui sont marquées par les évolutions démographiques à savoir : l'éducation, la santé, l'emploi, l'habitat, l'aménagement, l'environnement et l'assainissement.

- A cela s'ajoute les difficultés de mise en oeuvre de l'approche programme, le manque de ressources humaines et logistiques au sein de la DPRH chargée de la coordination. Au niveau régional, les difficultés d'opérationnalisation de l'exercice des compétences transférées dans la conception et la mise en oeuvre de la politique de population ont constitué un handicap. De même, des instruments et outils pertinents précisant les articulations entre les niveaux de coordination intra et intersectorielle entre les différentes parties prenantes impliquées dans le programme de population n'ont pu être élaborés ni partagés. Il faut souligner également les difficultés de fonctionnement des COREPROH, l'absence d'initiative des acteurs chargés de l'impulsion des politiques, l'absence d'un cadre régional d'interventions, le faible niveau d'intégration de la *variable population* dans les instruments de planification régionale (PRDI, PIC, PLC, SRAT) et surtout la faible implication des instances locales.
- Les programmes de population ne bénéficient pas des ressources financières permettant leur bonne exécution, aussi bien de la part de l'Etat, de l'Aide Publique au Développement que des collectivités locales.
- Les femmes et les jeunes, les handicapés et les personnes âgées constituent les groupes cibles particulièrement affectés par la crise. Les femmes continuent de souffrir de préjugés qui ne favorisent un rôle dans la conduite des affaires de la cité du fait de la permanence de certains facteurs culturels et des résistances au changement dans les comportements. L'adoption de comportement à risque pour la procréation et les activités sexuelles reste développée chez les jeunes et les femmes. La persistance de contraintes socioculturelles entravant la promotion du statut de la femme, la scolarisation de filles et la promotion des personnes du 3<sup>ème</sup> âge, alors que dans les villes, la délinquance et la mendicité sont en progression, avec l'accentuation des phénomènes de marginalisation, d'exclusion sociale et d'exploitation économique surtout chez les enfants.
- Par ailleurs, dans la formulation des politiques et programmes, le "genre", en tant qu'outil d'analyse, n'a pas été suffisamment pris en compte.
- Dans le domaine de la formation, des efforts importants sont encore à faire aux niveaux national et régional pour permettre aux acteurs de maîtriser, les concepts, les outils de conception de gestion et d'évaluation des programmes de population. Dans le milieu extra-scolaire, l'EVF/EMP n'est pas suffisamment intégré à la formation professionnelle, aux activités des associations sportives et culturelles, ni à celles évoluant dans des programmes et projets développant des activités génératrices de revenus notamment les GPF. Au niveau de l'enseignement on note également l'absence de structures permettant de dispenser des formations de haut niveau dans les domaines de la démographie et population/développement.

#### 5.2.1.2. Besoins et stratégies dans le domaine du PSD

**Besoin 1 : Consolider les instruments et les cadres de mise en oeuvre de la Politique de Population**

**Axe stratégique : Opérationnalisation de la Déclaration de Politique de Population actualisée (DPPA)**

Dans la perspective d'une mise en oeuvre efficace de la politique de population, il est nécessaire de disposer d'un cadre cohérent de programmation, d'exécution et de suivi des activités de population.

Ce qui permettra d'assurer une meilleure coordination des interventions et de mieux apprécier l'impact des différents sous programmes par rapport aux attentes des bénéficiaires. D'où la nécessité de rendre plus fonctionnelles les structures de gestion de la politique de population à tous les niveaux.

**Actions prioritaires :**

- Elaborer et mettre en œuvre le 3<sup>ème</sup> Programme d'Actions et d'Investissements Prioritaires en matière de Population (PAIP) ;
- Appuyer la quantification des objectifs démographiques nationaux, régionaux et sectorielles ;
- Définir une stratégie globale d'intervention des parties prenantes du programme ;
- Elaborer des outils techniques de suivi des acteurs chargés de l'exécution du programme ;
- Renforcer et opérationnaliser les structures d'appui à la coordination (CONAPORH, CSTP) de la mise en œuvre des programmes de population ;
- Renforcer la structure de coordination de la politique de population en moyens techniques, financiers et humains ;

**Besoin 2 : Disposer d'instruments et de structures fonctionnelles de mise en œuvre de la politique de population dans les régions**

**Axe stratégique : Décentralisation de la conception, de la mise en œuvre et du suivi évaluation des programmes de population au niveau local**

La non opérationnalisation du transfert des compétences, particulièrement en matière de population, constitue un handicap pour une plus grande implication des collectivités locales. Un réexamen des textes devrait favoriser l'élaboration des programmes de population au niveau décentralisé et encourager une plus grande implication des collectivités locales, facilitant, du même coup, la mise en œuvre et la mobilisation de ressources pour le financement des activités qui pourront bénéficier des retombées de la coopération décentralisée et du partenariat au niveau local, entre différents acteurs. Cela devrait également renforcer les initiatives locales pour la conception de programmes locaux en matière de population, jusqu'alors pénalisés par un manque d'informations, l'absence de moyens (équipement matériel et logistique) et de motivation des acteurs.

**Actions prioritaires :**

- Faire jouer aux agences régionales de développement (ARD) un rôle accru dans la conception et la mise en œuvre des programmes de population ;
- Mettre en place des structures de coordination des programmes de population au niveau des départements et des arrondissements ;
- Élaborer et exécuter un plan de formation des acteurs régionaux en mettant à profit l'EAT du FNUAP, l'Institut de formation de l'Université de Dakar et l'Institut de formation en management ;
- Elaborer et mettre en œuvre des PAIP régionaux.

**Besoin 3 : Mettre en place un système d'informations régulièrement actualisé sur l'évolution des phénomènes démographiques et les performances des programmes en matière de population**

**Axe stratégique : Amélioration des systèmes de collecte, d'analyse, de diffusion des données sur la population et l'enregistrement des faits d'état civil**

L'absence d'un système d'information sur la population et d'un dispositif performant d'enregistrement des faits d'état civil entravent l'appréhension correcte de l'ampleur des problèmes de populations et de leur évolution.

C'est pourquoi, il est nécessaire de renforcer les mécanismes de collecte, d'exploitation et de diffusion de données sur la population. L'Etat Civil constitue une source de donnée appréciable à renforcer. En outre les résultats des études spécifiques menées en population et développement devraient être largement diffusés auprès des chercheurs et des différents acteurs des programmes, aidant, ainsi, à une meilleure information et sensibilisation.

**Actions prioritaires :**

- Mettre en place des stratégies d'analyse et de dissémination des résultats des enquêtes ;
- Appuyer l'exploitation des données du 3<sup>ème</sup> Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) ;
- Prendre en compte les disparités de genre dans toutes les enquêtes ;
- Approfondir l'exploitation et l'analyse des données disponibles ;
- Renforcer les systèmes de collecte et d'exploitation des statistiques sur l'éducation, la santé, l'emploi en vue d'une élaboration des programmes sectoriels ;
- Réaliser des enquêtes spécifiques sur mortalité maternelle, l'emploi, les migrations...
- Mettre en place des bases de données en matière de population et développement ;
- Développement de l'Etat Civil.

**Besoin 4 : Améliorer les connaissances des phénomènes démographiques et leurs interrelations avec le développement**

**Axe stratégique : Renforcement de la recherche et de la formation sur les questions de population**

La non maîtrise des questions relatives à la population s'est révélée comme une contrainte majeure. D'où la nécessité de renforcer les capacités des ressources et l'utilité des recherches sur les problèmes liés à la population pour leur prise en compte dans les programmes nationaux.

**Actions prioritaires :**

- Appuyer la mise en place et le fonctionnement de l'*Institut de Formation en Population et Santé de la Reproduction* de l'UCAD ;
- Développer un programme de formation en population et développement ;
- Créer un fonds national d'études et de recherche ;
- Concevoir un modèle démo-économique d'intégration des variables population dans les plans et programmes de développement ;
- Développer un programme de formation en population et développement ;
- Concevoir un plan quinquennal de recherche en population et développement.

**Besoin 5 : Améliorer la prise de conscience des jeunes sur les problèmes de population et développement**

**Axe stratégique : Renforcement de la formation et la sensibilisation des jeunes sur les problèmes de population**

Les jeunes, en raison de leur importance numérique et des risques auxquels ils sont exposés, constituent des cibles privilégiées dans la mise en œuvre de certains programmes. Cependant les approches développées pour les sensibiliser et prendre en charge leurs besoins sont souvent limitées. C'est pourquoi, il s'avère nécessaire, par souci d'une plus grande efficacité, de développer des stratégies d'interventions adaptées en milieu jeune, tout en tenant compte de l'environnement.

**Actions prioritaires**

- Introduire l'EVF/EMP dans les *curricula* des écoles de formation d'enseignants (ENDSS, EFI, ENS)
- Renforcer l'EVF/EMP dans le secteur formel et l'étendre au sous-secteur non formel ;
- Généraliser les clubs EVF/EMP dans tous les départements et arrondissements ;
- Généraliser l'initiative " Coin des jeunes " dans toutes les régions ;
- Appuyer, aux plans logistique, humain et financier, les structures s'occupant d'EVF/EMP ;
- Renforcer l'intégration de l'EVF/EMP, la formation professionnelle et les activités génératrices de revenus (AGR) ;
- Systématiser la recherche en matière de EVF/EMP ;

**Besoin 6 : Renforcer le partenariat dans la mise en œuvre des programmes de population****Axe stratégique : Amélioration de la contractualisation avec les partenaires (ONG, associations, agence d'exécution) dans la mise en œuvre des activités des programmes de population**

L'absence d'interrelations et d'interactions entre les différents partenaires évoluant dans le domaine population et développement n'a pas permis de créer la dynamique et la synergie nécessaires permettant une coordination des interventions, une rationalisation des moyens et des ressources au profit des programmes de populations.

D'où la nécessité, pour tenir compte des nouvelles dynamiques et dans un souci d'efficacité, de préconiser *la politique du faire-faire*, en signant des protocoles ou des conventions avec des ONG ou d'autres acteurs, dans le cadre de la réalisation de certaines interventions.

**Actions prioritaires :**

- Elaborer un cahier de charge pour le financement d'ONG locaux ou nationaux intervenant dans le domaine population et développement
- Elaborer un répertoire des partenaires intervenant dans les programmes de population développement ;
- Renforcer les capacités d'intervention des ONGs et des autres segments de la société civile ;
- Mobiliser des ressources destinées à financer des associations et des ONG sur la base d'un cahier de charge et d'un manuel de procédure ;
- Systématiser le faire-faire pour la réalisation de certaines interventions ;
- Développer une politique de contractualisation ;
- Définir un cadre d'intervention pour les ONG, institut, les réseaux etc.

**Besoin 7 : Améliorer la qualité des interventions en faveur des groupes vulnérables****Axe stratégique : Appui à la prise en charge sociale des groupes vulnérables**

Des programmes et actions spécifiques doivent être initiés en direction de certains groupes cibles particulièrement vulnérables en prenant en compte les problèmes de genre. D'où la nécessité de mener des études spécifiques pour identifier leurs besoins afin de prendre les mesures permettant d'y répondre.

**Actions prioritaires :**

- Mener des études d'identification des besoins spécifiques des groupes cibles
- Appuyer l'élaboration d'un plan d'action pour prendre en compte les besoins des groupes vulnérables (handicapés, enfants en situation difficile, réfugiés, personnes déplacées) ;
- Mettre en place des mécanismes de prise en charge sociale des personnes âgées ;

- Appuyer l'identification et la mise en oeuvre de micro projets pour les réfugiés et personnes déplacées.

## 5.2.2. Dans le domaine du GENRE

### **Besoins : Promouvoir l'égalité et l'équité entre les sexes**

#### **Axe stratégique n°1 : Renforcement des moyens d'action et du pouvoir de décision des femmes**

Une meilleure connaissance des mécanismes de perpétuation des relations inégalitaires. La formation, l'information des femmes, le renforcement de leurs capacités de négociation et de leadership sont à promouvoir pour un développement équitable.

##### **Actions prioritaires :**

- Mener les recherches socioculturelles sur le genre ;
- Former les leaders femmes et adolescents en leadership en négociation et planification stratégique ;
- Sensibiliser les décideurs et leaders sur le GED .
- Intégrer la dimension genre dans l'EVI/EMP et l'EVI/SENF .
- Mener des campagnes d'information et de sensibilisation sur le Code de la Famille révisé ;
- Mettre en place des équipements d'allègement des travaux domestiques (MFSN et bailleurs), développer les technologies appropriées ;
- Eradiquer l'analphabétisme des femmes ;
- Promouvoir un environnement lettré post-alphabétisation (MEB et bailleurs ) tenant compte des besoins spécifiques des femmes et des hommes ;
- Intégrer les activités EVI/AGR (FNUAP et MFSN) ;
- Impliquer d'avantage les syndicats des organisations nationales, les autorités religieuses, les partis politiques, les journalistes dans la promotion du statut de la femme au sein de leurs institutions et dans la communauté (MFSN, BDF et ONG).

#### **Axe stratégique n°2 : Promotion d'une vision nationale d'équité de genre :**

La promotion de l'égalité de sexe suppose un consensus national sur ce sujet. L'accent sera mis sur une plus grande visibilité de la participation de la femme dans le développement, sur l'intégration de la perspective genre dans les comptes nationaux, sur le respect des droits de la personne.

##### **Actions prioritaires :**

- Renforcer la base de données sur le genre, apporter un appui institutionnel au CNDIF (Centre National de Documentation et d'Information sur la Femme)
- Contribuer à l'élaboration d'un plan national d'équité de genre, MFSN et partenaires ;
- Elaborer des plans régionaux d'équité de genre, MFSN et partenaires ;
- Appuyer l'Observatoire des Droits de la Femme (Etat et BDF).
- Assurer la prise en compte des questions de genre dans les politiques macro-économiques, intermédiaires et microéconomiques.

#### **Axe stratégique n°3 : Renforcement du cadre institutionnel de promotion de la femme :**

Il s'agit de renforcer les capacités du mécanisme chargé de la coordination de la politique du genre dans ses différentes dimensions (impulsion, interpellation, planification stratégique, suivi-évaluation, demande participative, lobbying dans les fora nationaux et internationaux en faveur du GED) et la promotion de la participation des associations de femmes et de la société civile.

**Actions prioritaires :**

- Fournir un appui institutionnel MFSN ( formation du personnel, audit organisationnel, appui logistique , assistance technique), BFF et Etat ;
- Renforcer la capacité d'intervention des instances fédératives des femmes, des ONG (FNUAP et MFSN) ;
- Créer des cellules genre dans les ministères techniques et les ONG et les rendre opérationnelle (Ministères techniques, bailleurs de fonds femme) .

**Axe stratégique n°4 : Promouvoir les droits de la Petite fille et lutter contre les violences**

La petite fille est la catégorie sociale la plus défavorisée dans les sociétés patriarcales. Peu d'opportunités lui sont laissées pour s'épanouir en s'exprimant librement, en ayant accès aux biens et aux services (santé reproductive, éducation, loisirs) ou en protégeant son intégrité physique (excision, violences, abus sexuel, mariage forcé, etc.

L'éducation de la femme a un impact direct sur l'amélioration des indicateurs de qualité de vie pour tous.

**Actions prioritaires :**

- Accroître l'accès et le maintien des filles à l'école ;
- Intégrer les activités EVF/Genre ;
- Diffuser les droits de l'Enfant ;
- Introduire la formation en genre dans les écoles de formation d'enseignants dans les écoles de formation supérieure et technique
- Extraire les stéréotypes des manuels scolaires ;
- Mettre en œuvre le programme de lutte contre l'excision ;
- Appuyer le Parlement des Enfants ;
- Créer des centres d'accueil pour les victimes de violences ;
- Créer des centres conseils prenant en compte les besoins des adolescents ( Services et Conseils SR, Droits, Appui psychologique, Conseils scolaires, etc.)

**Axe stratégique n°5 : Renforcer le partenariat entre hommes et femmes**

Les femmes cumulent le lourd fardeau des activités de reproduction avec celles communautaires et productives, elles ont peu accès aux instances de décision pour faire prendre en compte leurs besoins spécifiques au niveau familial et sociétal. Leur alliance avec les hommes qui décident est incontournable pour améliorer durablement leur situation et celle de leur famille. Dans quelques rares cas, c'est l'homme qui est victime de la disparité, par exemple en ce qui concerne son accès à l'information et à des services spécifiques en matière de SR.

**Actions prioritaires :**

- Formation, sensibilisation en GED des hommes qui ont une influence en vue sur le statut de la femme (leaders, décideurs) ;
- Elaboration d'une politique de la Famille qui prend en compte les besoins différenciés selon le sexe.

**5.2.3. Dans le domaine de la Santé de la Reproduction****5.2.3.1 Rappel des problèmes de santé de la reproduction**

En matière de santé en général, de la santé de la reproduction en particulier, des efforts appréciables ont été déployés entre 1996 et 2000.

Des réformes ont été introduites dans le secteur rendant plus souples l'organisation et la gestion du système. Des mesures administratives, notamment, celles portant transfert des compétences aux régions, communes et collectivités locales, ont renforcé le pouvoir de décision du niveau local.

La tenue d'assises nationales de la santé, de même, l'organisation de campagnes d'informations obéissent aux options des gouvernants d'adapter constamment les stratégies et orientations du système aux préoccupations essentielles des populations. En dépit des progrès réalisés, beaucoup de problèmes subsistent, néanmoins.

En raison de l'insuffisance des structures et des services portant sur l'ensemble des composantes de la Santé de la Reproduction, notamment, en milieu suburbain et rural, du fait de l'insuffisance de matériel et d'équipements appropriés, d'un personnel qualifié spécialisé et de sexe féminin, par la non disponibilité des médicaments essentiels et d'une gamme complète de produits contraceptifs aux différents niveaux selon les normes et protocoles, en raison du déficit de communication entre prestataires et clients et de la sous information de cette dernière en matière de SR, du fait de la survivance de pesanteurs socioculturelles conférant à l'homme un statut de chef de famille incontestable et déniaient à la majorité des femmes, tout pouvoir de décision dans la gestion de la famille et dans le choix du nombre d'enfants souhaités, le Sénégal enregistre encore des taux de mortalité maternelle et infanto-juvénile élevés.

La faible accessibilité des adolescents (frange très importante de la population) aux services de santé de la reproduction engendre de multiples cas d'avortements clandestins voire d'infanticides, et accélère la propagation des infections sexuellement transmissibles (IST). Du fait d'une faible utilisation du condom, le SIDA progresse insidieusement dans des zones de forte immigration et dans des milieux où sévissent la précarité, la promiscuité, le chômage et la pauvreté. La propagation des IST contribue à augmenter les cas d'infécondité et d'infertilité qui constituent quelque fois de véritables drames familiaux. L'harmonie familiale n'est pas également établie là où existent des violences faites aux femmes.

Les mutilations génitales féminines qui représentent 20% de la population féminine sénégalaise constituent une préoccupation pour les pouvoirs publics.

### **5.2.3.2 Besoins et axes stratégiques en matière de santé de la reproduction**

#### **Besoin n°1 : Accroître l'accessibilité des services de SR/PF**

##### **Axe stratégique no 1 : Extension de la couverture sanitaire**

L'accent sera principalement mis sur la fourniture de services en milieu urbain où la demande est de plus en plus importante compte tenu du phénomène d'urbanisation. Les structures et le personnel du secteur public, municipal, et privé seront sollicités pour répondre à cette demande. En milieu rural, il s'agira d'étendre les services de SR/PF et les rendre disponibles dans toutes les structures fonctionnelles. Une attention particulière sera portée sur les composantes manquantes en vue de leur intégration dans les structures qui n'offrent qu'une partie des services de SR.

##### **Actions prioritaires :**

- ériger 17 centres de santé en centres SOU (Goudiry, Bakel, Kédougou, Koungueul, Kaffrine, Nioro, Gossas, Sokone, Foundiougne, Fatick, Linguère, Bidiona, Sédiou, Vélingara, Mbour, Rufisque et Nabil Choucair);
- intégrer les activités de SR (CPN, accouchement, post-nat, PF, IST/SIDA) dans 600 postes de santé et dispensaires municipaux ;
- réaménager 26 centres de santé pour offrir des services de SR jeunes (soit 50 % des Centre de santé du pays).

**Axe stratégique n°2 : Renforcement d'un système d'offre de Service à Base communautaire (SBC)**

En plus du renforcement de la prestation de service dans les structures de santé du secteur public et privé, la couverture sera étendue au delà du système de santé formel par la stratégie d'offre de service à base communautaire ciblant principalement les zones rurales et les quartiers périphériques urbains.

**Actions prioritaires :**

- consolider les acquis de l'expérience SBC de Tambacounda et Kédougou ;
- étendre les services à bases communautaire au niveau de 24 sites (soit 50 % des Districts) ;
- former 250 prestataires en SBC.

**Axe stratégique n°3 : Rendre accessibles les coûts de prestation de services de SR/PF.**

Des activités de recouvrement des coûts des produits et services à un prix abordable par la communauté seront initiées ou renforcées dans le but d'accroître leur accessibilité. Le système de recouvrement des coûts permettra l'appropriation locale et la pérennité des activités du programme dans un contexte de diminution des ressources des bailleurs de fonds.

**Actions prioritaires :**

- harmoniser la tarification des services de SR;
- généraliser le recouvrement des produits contraceptifs ;
- rendre accessible les anti-rétro-viraux.

**Besoin n°2 : Améliorer la qualité des services de SR**

**Axe stratégique n° 1 : Rénovation/extension des structures**

Un certain nombre de centres de référence régionaux, points focaux pour la formation et la qualité des services seront rénovés. Il en sera de même pour certaines structures décentralisées tels les centres et les postes de santé.

Le réaménagement de certaines structures de santé permettra l'intégration des activités manquantes tels que les Soins Obstétricaux d'Urgence (SOU), les SAA, le counseling , etc...

**Actions prioritaires :**

- réhabiliter/construire :
  - 17 centres de santé devant abriter les SOU
  - 340 postes de santé pour l'intégration de toutes les composantes de la SR ;
  - 17 banques de sang
  - 17 laboratoires
  - rénover 4 centres de référence SR (Fatick, Louga, Saint-Louis, Kédougou).

**Axe stratégique n°2 : Renforcement des compétences du personnel**

Le programme mettra un accent particulier sur la compétence technique des prestataires de services sur la base des Normes et Protocoles de services établis et acceptés qui ont ciblé la technologie contraceptive. L'IEC/SIDA, la surveillance de la grossesse et de l'accouchement, les soins après avortement, les soins obstétricaux d'urgence etc. Cette compétence technique sera maintenue et entretenue à travers des activités de formation/recyclage et de supervision facilitante. Le développement des ressources humaines se fera également à travers des formations à l'extérieur et de voyages d'études.

**Actions prioritaires :**

- former 17 médecins en compétences SOU ;
- former 17 aide opérateurs ;
- former le personnel des maternités des 17 centres de santé en soin après avortement ( SAA) ,
- former 17 instrumentistes
- former/recycler 34 anesthésistes
- former 130 sages-femmes d'état en échographie
- former/recycler 170 infirmiers chefs de poste et sages-femmes d'état en CPN, partogramme, prévention des infection, planification familiale, logistique contraceptive, COPE, Acheminement, Norplant, IEC/counseling.
- formation de base à l'ENDSS.
- recycler/former 1250 matrones et accoucheuses traditionnelles.

**Axe stratégique n°3 : Renforcement de l'équipement et dotation en produits essentiels**

Le FNUAP et ses partenaires s'appliqueront à fournir un équipement standard SR/PF aux postes de santé. Certains centres de santé recevront un équipement adéquat leur permettant d'offrir des SOU. L'équipement des dix (10) centres de référence SR/PF implantés dans les capitales régionales sera renouvelé. Une gamme complète de produits contraceptifs sera fournie et en quantité suffisante et par niveau. Le programme promouvra l'utilisation de méthodes contraceptives à long terme tels que le norplant et le dispositif intra-utérin (DIU) associés à un counseling amélioré. Un important volet de renforcement du système logistique accompagnera la fourniture d'équipement et de produits contraceptifs.

**Actions prioritaires :**

- Equiper/fournir un équipement complémentaires de 17 blocs opératoires, 17 laboratoires, 17 banques de sang et 340 postes de santé ;
- Equiper 17 maternité des centres de santé en KITS/SAA
- Equiper 650 maternités rurales ;
- Doter 1250 matrones de trousse d'accouchement ;
- rendre disponible une gamme complète de produits contraceptifs ;
- doter 52 centres de santé en kits Norplant.

**Axe stratégique n°4 :Renforcement de la coordination, de la supervision et de la gestion.**

La coordination des intervenants (secteur public, privé, les ONGs et partenaires au développement) est un impératif de tout instant. Elle sera consolidée sur la base d'une définition claire des responsabilités dévolues à chaque organisme. La supervision et la gestion seront renforcées à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Le programme appuiera l'élaboration de modules de formation aux techniques de supervision, de recherche et d'analyse de données pour une prise de décision au profit des responsables centraux, des équipes cadres de région et de district. Il sera mis en place un système informatisé de recueil de données sanitaires prenant en compte toutes les composantes de la SR. Ce système sera intégré au système national d'informations sanitaires. De plus, le programme déterminera un ensemble d'indicateurs relatifs à la SR pour en suivre l'évolution.

**Actions prioritaires :**

- renforcer les mécanismes de coordination, et de gestion ;
- assurer une supervision à tous les niveaux selon les normes ;

**Axe stratégique n°5 : Renforcement du système de référence/recours**

Le développement des soins obstétricaux d'urgence (SOU) devra être soutenu par un système de référence/recours qui minimise les retards liés à l'évacuation sanitaire. Cet axe stratégique vise la mise en place d'un système de téléphonie reliant les structures décentralisées aux structures de référence et l'achat d'ambulances.

**Actions prioritaires :**

- doter 26 centres de santé en ambulances médicalisées adaptées au terrain ;
- installer des téléc centres au niveau des postes de santé implantés dans les chefs lieux d'arrondissement
- élaborer et mettre en place des fiches techniques de référence/contre référence.

**Axe stratégique n°6 : Nécessité de procéder à des analyses situationnelles périodiques et études sur les connaissances et attitudes des cibles de la SR.**

L'analyse de la capacité fonctionnelle des points de prestation de service à fournir des soins de qualité est un impératif de premier ordre. Elle permet de détenir périodiquement des données fiables et d'apprécier les progrès et les régressions enregistrés. La photographie de la situation réelle des structures qu'elle donne, offre l'opportunité d'apporter les correctifs nécessaires. La connaissance de la motivation et des préoccupations des cibles de SR par rapport à nos services feront l'objet de recherches opérationnelles. Il serait souhaitable de procéder à deux analyses situationnelles et à une étude CAP des cibles de la SR.

**Actions prioritaires :**

- organiser une analyse situationnelle dans les PPS de la zone ciblée
- organiser une étude CAP des cibles de la SR
- développer des programmes de recherche en SR/Jeunes

**Besoins n°3 : Augmenter la demande de service de SR**

**Axe stratégique n°1 : Renforcement de la communication inter-personnelle et de masse**

Le programme révisera le curriculum de formation en IEC/counseling pour y intégrer les composantes manquantes de la SR et renforcera les compétences communicationnelles des prestataires de services et impliquera les travailleurs sociaux dans la promotion et la diffusion de messages. Des activités d'IEC/SR/PF de proximité seront menées par des relais communautaires polyvalents principalement dans les zones rurales et dans les quartiers périphériques des villes. Une campagne de communication impliquant la télévision et les radios privées ciblant particulièrement les hommes et les jeunes sera menée.

**Actions prioritaires :**

- finaliser le document de stratégie nationale de l'IEC/SR, le manuel de formation des relais et le curriculum en IEC/counseling/SR
- développer la communication interpersonnelle au sein des structures de santé
- concevoir et reproduire des supports IEC sur les différentes composantes de la SR
- promouvoir l'IEC dans les zones rurales et semi-urbaines par la formation de relais polyvalents appelés à intervenir dans leur communauté
- renforcer la compétence de 200 prestataires cliniques et 400 conseillers en IEC/counseling/SR
- vulgariser la stratégie nationale de SR.

## **Axe stratégique n°2 : Promotion de l'implication et l'engagement des hommes en faveur de la SR**

Depuis toujours, l'IEC en matière de PF a ciblé exclusivement la femme. Le niveau de connaissance des femmes en matière de SR/PF contraste avec le niveau d'utilisation des services qui reste encore faible. De plus en plus on se rend compte que les hommes exercent une profonde influence sur les décisions touchant à la reproduction jusque là considérée comme " une affaire de femme ".

Pour promouvoir l'implication et l'engagement des hommes en faveur de la SR, le programme travaillera en partenariat avec les associations et organisations religieuses, politiques et coutumières qui exercent un leadership social.

Le programme s'appuiera sur les ONGs et réseaux bénéficiaires de subventions du FNUAP pour promouvoir des méthodes novatrices de communication pour un changement de comportement. Une attention particulière sera portée aux besoins des hommes jeunes. En effet ces derniers ont des besoins spécifiques qui diffèrent de ceux des hommes plus âgés. Répondre à ces besoins peut avoir un impact dans le long terme car c'est souvent au moment de la jeunesse que se créent les attitudes de comportement de toute une vie.

### **Actions prioritaires :**

- identifier les besoins des hommes en matière de SR
- finaliser la stratégie d'implication des hommes
- mettre en contribution les ONGs, associations, réseaux
- développer l'IEC en direction des hommes
- développer des actions de plaidoyer en direction du personnel de santé

## **Axe Stratégique n° 3**

Le soutien des leaders d'opinion, des autorités publiques, des leaders religieux et coutumiers, des parlementaires, des élus locaux et des personnes du 3<sup>ème</sup> âge reste incontournable dans la perspective d'une utilisation accrue des services de SR.

### **Actions prioritaires :**

- Renforcer les compétences des acteurs au niveau national, régional, et des districts en technique de plaidoyer ;
- Concevoir, élaborer, et diffuser des supports didactiques ;
- Mener des activités de plaidoyer en direction des associations, ONGs et des réseaux.

## **Besoins n°4 : Consolider et intensifier les programmes de SR des jeunes et adolescents.**

### **Axe stratégique n°1 : Renforcement des activités de SR jeunes au sein de la communauté**

Une attention particulière sera accordée aux organisations de jeunes afin qu'elles puissent intégrer et exécuter des activités de SR dans leurs programmes. La formation de pairs éducateurs sera poursuivie. Les structures de formation informelle recevront un appui conséquent.

### **Actions prioritaires :**

- renforcer la capacité d'intervention des organisations de jeunes en matière de SR ;
- renforcer la capacité d'intervention des structures des ministères concernés ;
- poursuivre la formation des pairs éducateurs ;
- renforcer les centres conseils ; coins jeunes ; cyber jeunes.

**Axe stratégique n°2 : Promotion de service de santé de la reproduction des jeunes dans les structures traditionnelles de la Santé**

Les problèmes que rencontrent les adolescents et les jeunes ne peuvent pas être toujours traités stricto-sensu dans les centres conseils ou les coins des jeunes. L'offre de services de SR est devenue un besoin réel de la population jeune. Il s'avère par conséquent nécessaire d'aménager des espaces dans les structures sanitaires traditionnelles pour la prise en charge effective des problèmes de SR des jeunes.

**Actions prioritaires :**

- identification des perceptions et des besoins des jeunes/des structures sanitaires qu'ils souhaitent avoir ;
- aménagement et équipement des structures en fonction des besoins des jeunes ;
- consolidation et développement des stratégies de plaidoyer ;

**Axe stratégique n°3 : Généralisation de l'EVF/EMP dans les institutions de formation et mise en contribution des centres médico- scolaires**

L'enseignement de l'éducation à la vie familiale sera continu dans les institutions formelles. La généralisation des clubs EVF sera progressive dans les établissements secondaires, voire supérieur. Les centres médico-scolaires intégreront les activités de SR dans leurs programmes et son personnel formé aux différentes techniques.

**Actions prioritaires :**

- étendre l'EVF dans les structures scolaires
- mettre en contribution les centres médico-scolaires

**Axe stratégique n°4 : Renforcement de la compétence du personnel de santé et de la jeunesse sur la prise en charge psycho- sociologique et socio-sanitaire des adolescents.**

Le personnel de la santé et de la jeunesse éprouve d'énormes difficultés à comprendre la nature des problèmes des adolescents et de discuter en toute aisance avec eux. Il s'agira d'élaborer un curriculum de formation et de renforcer la compétence des prestataires par l'apprentissage des techniques appropriées.

**Actions prioritaires :**

- élaborer un curriculum de formation sur la prise en charge des adolescents
- former le personnel sur la prise en charge des adolescents.
- développer une stratégie/SBC en direction des jeunes.

**Axe stratégique n°5 : Renforcement de la connaissance des parents sur les problèmes de l'adolescence et de la jeunesse.**

Il s'agira d'informer et de sensibiliser les parents sur les caractéristiques des adolescents et sur l'ensemble des problèmes auxquels ils sont confrontés. Les questions tels que les violences sexuelles, les mutilations génitales féminines, l'inceste, le viol, la pédophilie, les mariages et grossesses précoces, les accouchements prématurés seront discutés et leurs conséquences clarifiées. Cette stratégie s'appuiera sur l'utilisation des organisations existantes (associations des parents d'élèves, groupements de thé, associations des personnes du 3<sup>ème</sup> âge, réseau etc.) dont les membres seront formés et cooptés comme des relais.

**Actions prioritaires :**

- créer un réseau des parents pour l'éducation à la vie familiale (EVF)
- développer des activités d'IEC et de plaidoyer sur les questions relatives à l'adolescence

**Besoin n°5 : Prendre en charge certains groupes vulnérables ( personnes déplacées réfugiées, personnes du 3<sup>ème</sup> âge).**

**Axe stratégique n°1 : Renforcement de l'IEC des personnes déplacées et réfugiées**

Il s'agira de développer des activités de sensibilisation et d'éducation auprès de cette catégorie de population et de lui apporter un soutien psychologique notamment aux femmes et aux adolescentes souvent victimes de viols ou de sévices sexuels.

**Actions prioritaires :**

- développer des activités d'IEC à l'intérieur du camp
- apporter un soutien psychologique aux femmes et adolescents.

**Axe stratégique n°2 : Satisfaction des besoins des personnes déplacées et réfugiées**

Il s'agira de survenir aux besoins de ces personnes en médicaments et produits essentiels et leur assurer une couverture en CPN, accouchement , prise en charge des cas d'IST etc...

**Actions prioritaires :**

- mettre en place dans chaque camp, une équipe constituée, formée en SR ;
- doter les structures abritant les personnes déplacées et réfugiées en médicaments et produits contraceptifs ;
- assurer aux personnes déplacées et réfugiées des services de SR.

**Axe stratégique n°3 : Participation des personnes âgées dans les programmes de SR**

L'augmentation constante des personnes du 3<sup>ème</sup> âge dans la population globale constitue une préoccupation, en raison des différents problèmes de SR auxquels ils peuvent souvent être confrontés.

**Axes prioritaires:**

- Mettre en place un réseau des aînés pour la promotion de la SR ;
- Les équipes du niveau central et régional (20 personnes) à la prise en charge des problèmes de SR spécifiques aux personnes âgées ;
- Former les prestataires à raison de 15 par district à la prise en charge des problèmes de SR spécifiques aux personnes âgées.

**5.2.4. Dans le domaine du Plaidoyer**

Les principaux problèmes rencontrés dans la mise en œuvre des activités de Plaidoyer sont relatifs :

- à l'absence d'un programme national et de programmes régionaux en matière de plaidoyer ;
- aux problèmes de coordination des activités liés à la viabilité du cadre institutionnel ;
- à la visibilité des actions de plaidoyer ;
- et à l'absence de stratégie de mobilisation des ressources.

Pour résoudre ces différentes contraintes, les axes stratégiques suivants sont proposés :

**Besoin n°1 : Disposer d'un programme national de plaidoyer**

**Axe stratégique n°1 :Elaboration et mise en œuvre d'un programme national de plaidoyer**

Pour une mise en œuvre coordonnée et harmonisée en matière de plaidoyer, il importe de disposer d'un programme national applicable par les intervenants et les bénéficiaires.

**Actions prioritaires :**

- Organiser un atelier d'harmonisation des activités ;
- Elaborer un programme national avec tous les acteurs ;
- Mettre en œuvre le programme.

**Axe stratégique n°2 : Redéfinition des mécanismes de coordination du plaidoyer en matière de population**

Les activités de plaidoyer n'ont pas bénéficié d'une coordination appropriée. Il s'agira de redynamiser le comité consultatif.

**Actions prioritaires :**

- Finaliser la stratégie nationale ;
- Vulgariser la stratégie nationale ;
- Redynamiser le comité consultatif.

**Besoin n°2 : Accroître les ressources financières allouées au programme**

**Axe stratégique n°1 : Participation du secteur privé des collectivités locales, de l'Etat**

Par la formation et la sensibilisation, il s'agira d'impliquer davantage l'Etat, les collectivités locales et le secteur privé dans le financement des activités de population.

**Actions prioritaires :**

- Elaborer des modèles de sensibilisation ;
- Mettre en œuvre les recommandations de l'étude sur les stratégies de mobilisation des ressources.

**Axe stratégique n°2 : Participation des populations dans le financement des activités de Population**

Il s'agira d'impliquer les populations dans le financement des activités de population à travers des Mécanismes à mettre en place.

**Actions prioritaires :**

- Former et sensibiliser les acteurs intervenant dans les organisations communautaires de base ;
- Mettre en œuvre les recommandations de l'étude sur la mobilisation des ressources.

**Besoins n°3 :Renforcer les capacités d'intervention de l'unité de coordination du plaidoyer et des structures régionales.**

**Axe stratégique n°1 :Renforcement des moyens logistiques et humains de l'unité de coordination du plaidoyer**

Pour une meilleure coordination des activités de plaidoyer, il sera nécessaire de renforcer l'unité de Communication de la DPRH. Elle se chargera de la vulgarisation et de la mise en œuvre de la stratégie nationale de plaidoyer.

**Actions prioritaires :**

- Appuyer la DPRH dans le renforcement des ressources humaines ;
- Doter la DPRH de moyens logistiques : véhicules, unité audiovisuelle ;
- Renforcer le centre de documentation.

**Axe stratégique n°2 : Renforcer les SRP et les COREPORH par un appui institutionnel pour la conception et la mise en œuvre de programmes régionaux de plaidoyer**

Les régimes doivent être appuyés dans la perspective de la régionalisation de la politique de population fortement réaffirmée dans la DPRH.

**Actions prioritaires :**

- Former/Recycler les membres du COREPOH ;
- Doter les services régionaux de planification en moyen financiers et logistiques ;
- Elaborer et mettre en œuvre des programmes régionaux de plaidoyer.

**Besoin no 4 : Accroître les capacités d'intervention des Réseaux et ONG en matière de Plaidoyer**

**Axe stratégique no1 : Renforcer des compétences des membres des Réseaux et ONG**

Le renforcement des compétences se fera par la formation, les échanges et voyages d'études.

**Actions prioritaires :**

- Organiser des ateliers de formation à l'intention des membres des réseaux, ONG et OCB ;
- Organiser des voyages d'études en favorisant les échanges Sud-Sud.

**Axe stratégique no2 : Renforcement des moyens d'action des Réseaux et ONG**

Il s'agit d'accroître des moyens d'intervention des réseaux et ONG pour leur permettre de mener des actions de sensibilisation auprès de leurs cellules.

**Actions prioritaires :**

- Evaluer les capacités d'intervention des réseaux et ONGs ;
- Doter les réseaux et ONGs qualifiés de moyens adéquats ;
- Mettre en œuvre la stratégie nationale de plaidoyer.

## CHAPITRE 6 : DOMAINES D' ACTIONS PRIORITAIRES POUR L' ASSISTANCE EXTERIEURE 2002-2006

### 6.1 Recensement des priorités de l'assistance extérieure

- Priorités dans le domaine du PSD

**Besoin : Consolider les instruments et le cadre de mise en œuvre de la Politique de Population**

**Axe stratégique : Opérationnalisation de la Déclaration de Politique de Population actualisée (DPPA)**

Dans la perspective d'une mise en œuvre efficace de la politique de population, il est nécessaire de disposer d'un cadre cohérent de programmation, d'exécution et de suivi des activités de population. Ce qui permettra d'assurer une meilleure coordination des interventions et de mieux apprécier l'impact des différents sous programmes par rapport aux attentes des bénéficiaires. D'où la nécessité de rendre plus fonctionnelles les structures de gestion de la politique de population à tous les niveaux.

**Actions prioritaires :**

- Elaborer et mettre en œuvre le 3<sup>ème</sup> Programme d'Actions et d'Investissements Prioritaires en matière de Population (PAIP) ;
- Appuyer la quantification des objectifs démographiques nationaux , régionaux et sectorielles ;
- Définir une stratégie globale d'intervention des parties prenantes du programme ;
- Elaborer des outils techniques de suivi des acteurs chargés de l'exécution du programme ;
- Renforcer et opérationnaliser les structures d'appui à la *coordination (CONAPORH, CSTP)* de la mise en œuvre des programmes de population ;
- Renforcer la structure de coordination de la politique de population en moyens techniques, financiers et humains ;

**Besoin : Améliorer les connaissances des phénomènes démographiques et leurs interrelations avec le développement**

**Axe stratégique : Renforcement de la recherche et de la formation sur les questions de population**

La non maîtrise des questions relatives à la population s'est révélée comme une contrainte majeure. D'où la nécessité de renforcer les capacités des ressources et l'utilité des recherches sur les problèmes liés à la population pour leur prise en compte dans les programmes nationaux.

**Actions prioritaires :**

- Appuyer la mise en place et le fonctionnement de l'*Institut de Formation en Population et Santé de la Reproduction* de l'UCAD ;
- Développer un programme de formation en population et développement ;
- Créer un fonds national d'études et de recherche ;
- Concevoir un modèle démo-économique d'intégration des variables population dans les plans et programmes de développement ;

- Développer un programme de formation en population et développement ;
- Concevoir un plan quinquennal de recherche en population et développement.

**Besoin : Disposer d'instruments et de structures fonctionnelles de conception et de mise en œuvre des programmes de population**

**Axe stratégique : Décentralisation de la conception, de la mise en œuvre et du suivi évaluation des programmes de population au niveau local**

La non opérationnalisation du transfert des compétences, particulièrement en matière de population, constitue un handicap pour une plus grande implication des collectivités locales. Un réexamen des textes devrait favoriser l'élaboration des programmes de population au niveau décentralisé et encourager une plus grande implication des collectivités locales, facilitant, du même coup, la mise en œuvre et la mobilisation de ressources pour le financement des activités qui pourront bénéficier des retombées de la coopération décentralisée et du partenariat au niveau local, entre différents acteurs. Cela devrait également renforcer les initiatives locales pour la conception de programmes locaux en matière de population, jusqu'alors pénalisés par un manque d'informations, l'absence de moyens (équipement matériel et logistique) et de motivation des acteurs.

**Actions prioritaires :**

- Mettre en place des mécanismes permettant aux agences régionales de développement (ARD) de jouer un rôle accru dans la conception et la mise en œuvre des programmes de population ;
- Mettre en place des structures de coordination des programmes de population au niveau des départements et des arrondissements ;
- Élaborer et exécuter un plan de formation des acteurs régionaux en mettant à profit l'EAT du FNUAP, l'Institut de formation de l'Université de Dakar et l'Institut de formation en management ;
- Elaborer et mettre en œuvre des PAIP régionaux

**Besoin : Mettre en place un système d'information régulièrement actualisé sur l'évolution des phénomènes démographiques et les performances des programmes en matière de population**

**Axe stratégique : Amélioration des systèmes de collecte, d'analyse, de diffusion des données sur la population et l'enregistrement des faits d'état civil**

L'absence d'un système d'information sur la population et d'un dispositif performant d'enregistrement des faits d'état civil entravent l'appréhension correcte de l'ampleur des problèmes de populations et de leur évolution. C'est pourquoi, il est nécessaire de renforcer les mécanismes de collecte, d'exploitation et de diffusion de données sur la population. L'Etat Civil constitue une source de donnée appréciable à renforcer. En outre les résultats des études spécifiques menées en population et développement devrait être largement diffusés auprès des chercheurs et des différents acteurs des programmes, aidant, ainsi, à une meilleure information et sensibilisation.

**Actions prioritaires :**

- Mettre en place des stratégies d'analyse et de dissémination des résultats des enquêtes ;
- Appuyer l'exploitation des données du 3<sup>ème</sup> Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) ;
- Prendre en compte les disparités de genre dans toutes les enquêtes ;
- Approfondir l'exploitation et l'analyse des données disponibles ;

- Renforcer les systèmes de collecte et d'exploitation des statistiques sur l'éducation, la santé, l'emploi en vue d'une élaboration des programmes sectoriels ;
- Réaliser des enquêtes spécifiques sur mortalité maternelle, l'emploi, les migrations...
- Mettre en place des bases de données en matière de population et développement ;
- Développement de l'Etat Civil à travers l'informatisation.

**Besoin : Améliorer la prise de conscience des jeunes sur les problèmes de population et développement**

**Axe stratégique : Renforcement de la formation et la sensibilisation des jeunes sur les problèmes de population**

Les jeunes, en raison de leur importance numérique et des risques auxquels ils sont exposés, constituent des cibles privilégiées dans la mise en œuvre de certains programmes. Cependant les approches développées pour les sensibiliser et prendre en charge leurs besoins sont souvent limitées. C'est pourquoi, il s'avère nécessaire, par souci d'une plus grande efficacité, de développer des stratégies d'interventions adaptées en milieu jeune, tout en tenant compte de l'environnement.

**Actions prioritaires :**

- Introduire l'EVF/EMP dans les *curricula* des écoles de formation d'enseignants (ENDSS, EFI, ENS)
- Renforcer l'EVF/EMP dans le secteur formel et l'étendre au sous-secteur non formel ;
- Généraliser les clubs EVF/EMP dans tous les départements et arrondissements ;
- Généraliser l'initiative " Coin des jeunes " dans toutes les régions ;
- Appuyer, aux plans logistique, humain et financier, les structures s'occupant d'EVF/EMP;
- Renforcer l'intégration de l'EVF/EMP, la formation professionnelle et les activités génératrices de revenus (AGR);
- Systématiser la recherche en matière de EVF/EMP ;

**Besoin : Renforcer le partenariat dans la mise en œuvre des programmes de population**

**Axe stratégique: Amélioration de la contractualisation avec les partenaires (ONG, associations, agence d'exécution) dans la mise en œuvre des activités des programmes de population**

L'absence d'interrelations et d'interactions entre les différents partenaires évoluant dans le domaine population et développement n' a pas permis de créer la dynamique et la synergie nécessaires permettant une coordination des interventions, une rationalisation des moyens et des ressources au profit des programmes de populations.

D'où la nécessité, pour tenir compte des nouvelles dynamiques et dans un souci d'efficacité, de préconiser la *politique du faire-faire*, en signant des protocoles ou des conventions avec des ONG, ou d'autres acteurs, dans le cadre de la réalisation de certaines interventions.

**Actions prioritaires :**

- Elaborer un cahier de charge pour le financement d'ONG locaux ou nationaux intervenant dans le domaine population et développement
- Elaborer un répertoire des partenaires intervenant dans les programmes de population développement ;
- Renforcer les capacités d'intervention des ONGs et des autres segments de la société civile ;
- Mobiliser des ressources destinées à financer des associations et des ONG sur la base d'un cahier de charge et d'un manuel de procédure ;

- Systématiser le faire-faire pour la réalisation de certaines interventions ;
- Développer une politique de contractualisation ;
- Définir un cadre d'intervention pour les ONG, institut, les réseaux etc.

### **Besoin : Améliorer la qualité des interventions en faveur des groupes vulnérables**

#### **Axe stratégique : Appui à la prise en charge sociale des groupes vulnérables**

Des programmes et actions spécifiques doivent être initiés en direction de certains groupes cibles particulièrement vulnérables en prenant en compte les problèmes de genre. D'où la nécessité de mener des études spécifiques pour identifier leurs besoins afin d'y répondre.

#### **Actions prioritaires :**

- Mener des études d'identification des besoins spécifiques des groupes cibles
- Appuyer l'élaboration d'un plan d'action pour prendre en compte les besoins des groupes vulnérables (handicapés, enfants en situation difficile, réfugiés, personnes déplacées) ;
- Mettre en place des mécanismes de prise en charge sociale des personnes âgées ;
- Mettre en place de micro projets pour les réfugiés et personnes déplacées.

#### **▪ Les Priorités dans le domaine du Genre**

#### **Axe stratégique no 1 : Renforcer la maîtrise du concept genre**

#### **Actions prioritaires :**

- Organiser des séminaires de formation sur le concept de genre pour tous les acteurs participants à la conception et à la formulation des politiques et programmes en matière de population ;
- Elaborer un cadre conceptuel de référence sur le genre ;

#### **▪ Les Priorités en Santé de la Reproduction :**

Le Sénégal a connu, durant les cinq dernières années, de profondes mutations politiques, économiques et sociologiques. La consolidation de son régime démocratique, ses réformes apportées aux secteurs vitaux du développement ont induit une croissance économique dont les performances restent cependant fragiles au regard de l'importance de la demande sociale. Les incidences des politiques d'ajustement ont approfondi les déficits sociaux et accéléré la détérioration des conditions de santé des populations. L'état sénégalais ne peut faire face tout seul aux multiples défis qui l'assaillent.

Dans le domaine de la santé en général, celle de la santé de la reproduction en particulier, l'appui des partenaires au développement demeure déterminant dans la satisfaction des besoins et axes stratégiques identifiés en vue de la poursuite de l'atteinte des objectifs retenus lors de la CIPD. Il reste entendu que l'Etat sénégalais ne ménagera aucun effort pour la mobilisation de ses ressources humaines et l'aménagement d'un cadre institutionnel adéquat.

#### **1. Accroître l'accessibilité des services de SR/PF**

#### **Axe stratégique n°1: Amélioration de la couverture sanitaire**

L'amélioration de la couverture sanitaire des populations est un processus continu qui requiert la contribution des partenaires au développement qui appuient le secteur de la santé.

**Axe stratégique n°2 : Mise en place d'un système de service à base communautaire**

L'offre de service à base communautaire (SBC) nécessite un équipement minimum. Il s'agit d'une trousse contenant les produits à distribuer et les supports pédagogiques pour les séances de causeries. Il s'agit également de moyen de déplacement simple tel que la bicyclette pour permettre à l'agent qui offre les services à base communautaire de couvrir un plus grand nombre de personnes.

**Axe stratégique n°3 : Rendre accessibles les coûts de prestation de services de SR**

Cet axe stratégique relève presque du domaine de l'état. Cependant, des études sont nécessaires pour déterminer le pouvoir d'achat des populations et savoir jusqu'à quel niveau les bénéficiaires acceptent de participer.

**2. Améliorer la qualité des services de SR**

**Axe stratégique no 1 : Rénovation/extension des structures**

La rénovation/extension des structures de santé est un domaine qui enregistre une forte participation des partenaires au développement. L'intégration de certaines activités de santé maternelle comme les soins obstétricaux d'urgence, les soins après avortement va nécessiter un effort de réaménagement/extension des structures. Il en sera de même des structures traditionnelles du Ministère de la Santé appelées à offrir des services de SR/Jeunes.

**Axe stratégique n°2 : Renforcement des compétences du personnel**

Cet axe stratégique qui repose en partie sur l'expertise nationale aura besoin d'un appui technique et financier de la part des partenaires internationaux.

**Axe stratégique n°3 : Renforcement de l'équipement et dotation en produits contraceptifs**

La faible capacité de l'état à mobiliser des ressources financières pour l'achat d'équipement et l'absence d'une inscription budgétaire pour l'acquisition des produits contraceptifs font de cet axe un domaine exclusivement réservé à l'assistance extérieure.

**Axe stratégique n°4 : Renforcement de la supervision et de la gestion**

L'élaboration de modules de supervision par niveau, et l'informatisation de la collecte des informations sanitaires, nécessitent une assistance extérieure tant technique que financier. Il en est de même pour l'acquisition de moyens logistiques.

**Axe stratégique n°5 : Renforcement du système de référence/recours**

Le financement de cet axe stratégique relève de partenaires au développement autres que le FNUAP.

**Axe stratégique n°6 : Nécessité de procéder à des analyses situationnelles périodiques et étude sur les connaissances et attitudes des cibles de la SR**

La réalisation d'analyses situationnelles et d'enquête CAP nécessitent un apport tant financier que technique de partenaires au développement.

**3. Augmenter la demande de service**

**Axe stratégique n°1 : Renforcement de la communication interpersonnelle et de masse**

Un financement est ici nécessaire pour réviser le curriculum de formation en counseling/SR et sa diffusion auprès des prestataires. Il en est de même pour la réalisation de spots et de matériel de sensibilisation pour la campagne multi-média qui s'appuiera sur la télévision, les radios et les affiches murales.

**Axe stratégique n°2 : Promotion de l'implication et l'engagement des hommes en faveur de la SR.**

La promotion de l'implication des hommes en faveur de la SR nécessite des moyens matériels et financiers que l'état seul ne peut fournir. Il s'agit de visiter les textes coraniques et de confectionner des kits religieux contenant des brochures, des dépliants et des cassettes radio pour une diffusion auprès des confréries religieuses et des associations d'Imams.

**4. Consolider et renforcer les programmes de SR des adolescents**

**Axe stratégique n°1 : Renforcement des activités des centres conseils, des coins des jeunes, des centres-cyber et des organisations de jeunes.**

Cet axe relève du domaine prioritaire du FNUAP mais les autres partenaires au développement peuvent intervenir dans l'approvisionnement des produits contraceptifs. La contribution de l'état pourrait être recherchée dans l'affectation du personnel technique (sages-femmes, travailleurs sociaux).

**Axe stratégique n°2 : Promotion de services de SR des jeunes dans les structures traditionnelles de la santé.**

Il s'agit d'une innovation à introduire dans les structures de santé traditionnelles. D'autres bailleurs de fonds pourraient être impliqués dans le processus.

**Axe stratégique n°3 : Généralisation de l'EVF/EMP dans les institutions de formation et mise à contribution des centres médico-scolaires.**

Le FNUAP devra poursuivre l'effort déjà fourni. D'autres donateurs peuvent apporter leur contribution dans l'acquisition de matériel et de produits essentiels.

**Axe stratégique n°4 : Renforcement de la compétence du personnel de santé et de la jeunesse sur la prise en charge psycho-sociologique et socio-sanitaire des adolescents.**

Le financement de cet axe stratégique est du domaine exclusif du FNUAP.

**Axe stratégique n°5 : Renforcement de la connaissance des parents sur les problèmes de l'adolescence et de la jeunesse.**

Cet axe stratégique doit être soutenu par le FNUAP et appuyé par d'autres partenaires au développement qui sont concernés par ces questions.

**6.2 Identification des priorités pour l'assistance du FNUAP**

▪ **Priorités dans le domaine du PSD :**

Dans le cadre de l'identification des interventions, l'ensemble des besoins prioritaires et des axes stratégiques précédemment mentionnés ont été retenus. Il reste qu'au niveau des actions, des choix ont été opérés, compte tenu de certains avantages comparatifs dont bénéficie le FNUAP dans certains domaines. Ces avantages découlent d'une pratique et d'une expérience dans la gestion.

**Axe stratégique no1 : Opérationnalisation de la Déclaration de Politique de Population actualisée (DPPA)**

**Axe stratégique no 2 : Renforcement de la recherche et de la formation sur les questions de population**

**Axe stratégique no 3 : Décentralisation de la conception, de la mise en oeuvre et du suivi évaluation des programmes de population au niveau local.**

Axe stratégique no 4 : Amélioration des systèmes de collecte, d'analyse, de diffusion et données sur la population et l'enregistrement des faits d'état ci

Axe stratégique no 5: Renforcement de la formation et la sensibilisation des jeunes sur problèmes de population

Axe stratégique no 6 : Amélioration de la contractualisation avec les partenaires (ONG, association, et autres agence d'exécution, etc., ) dans la mise en œuvre des activités des programmes de population

Axe stratégique no 7: Appui a la prise en charge sociale des groupes cibles

▪ Priorités dans le domaine du Genre :

Besoin : Prendre en compte l'approche genre dans tous les programmes en matière de population

Axe stratégique : Renforcer la maîtrise du concept genre

# **CONCLUSION**

Au Sénégal, des progrès appréciables ont été accomplis dans le domaine de *population et développement*, au cours de la période 1997-2001.

L'analyse des performances en matière de réalisation de certains objectifs clés du *Programme d'Action de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (PA/CIPD)* a mis en exergue les nombreux acquis enregistrés, dans les différents domaines sectoriels : population et développement, santé de la reproduction, genre et plaidoyer.

Si significatifs qu'ils soient, ces différents acquis se heurtent à un ensemble de contraintes qui affectent la mise en œuvre satisfaisante des politiques et programmes de population au Sénégal.

**Dans le domaine de la Population et des Stratégies de Développement (PSD)**, l'exécution du programme national de population a permis d'enregistrer des résultats dans plusieurs domaines : l'adoption en 1998 de la *Déclaration de politique de population (DPP)* du Sénégal a permis la mise en œuvre de nombreuses stratégies liées aux questions de population. De même, le programme national de population s'est inscrit dans un contexte d'approche programme impliquant, du point de vue de la formulation, la recherche d'une plus grande cohérence, grâce à l'utilisation du cadre logique, outil de programmation, de gestion et de suivi.

Afin de faciliter l'exécution technique et financière, des instances d'impulsion ont été mises en place : le comité interministériel, le comité de pilotage et les comités d'exécution des sous-programmes. Le programme a aussi enregistré l'engagement des ONG et des autres segments de la *société civile*, avec la signature de protocoles d'accord pour l'exécution de certaines activités.

Des mécanismes de coordination des interventions des bailleurs de fonds ont été mis en place afin de développer une stratégie concertée au niveau national, à travers différents *réseaux (bailleurs de fonds des secteurs santé, population, femme et développement et le réseau décentralisation)*.

Toutefois, *l'absence de formation des divers acteurs* sur l'approche programme et la non appropriation du manuel de procédures ont considérablement gêné la coordination technique du programme, même si l'implication de la *DDI* a renforcé les modalités de l'exécution financière et a beaucoup aidé au démarrage des activités des composantes-projets.

De plus, l'insuffisance de ressources humaines au niveau de la *DPRH* empêche, à la fois, une coordination satisfaisante du programme de population et la révision et la reformulation de la *DDP* au niveau national et régional. Par ailleurs, les *Comités régionaux de la Population et des Ressources Humaines (COREPORH)* ne disposent pas de ressources adéquates pour jouer pleinement le rôle qui leur est dévolu tandis que le niveau d'intégration de la *variable population* reste faible dans les instruments de planification régionale comme le *PRDI*, le *PIC*, le *PLC* et le *SRAT*. Malgré l'implication des segments de la société civile (ONG, réseaux, instituts, associations) dans la conception et la mise en œuvre des activités du programme, force est de constater l'absence d'une stratégie efficace précisant leur domaine et niveau d'intervention.

*Dans la formulation et mise en œuvre de politiques sectorielles*, l'élaboration et l'adoption de politiques sectorielles et de plans d'action dans les secteurs de l'éducation, la santé, l'emploi, la promotion de la femme et l'environnement créent les conditions d'une meilleure prise en compte des besoins au niveaux des secteurs sociaux et favorisent l'opérationnalisation de l'approche programme dans la prise en charge des questions de population, l'intégration de la dimension "genre", des groupes vulnérables et de la problématique "population développement".

Des progrès ont été aussi accomplis dans la compréhension des corrélations population/développement : en effet, le Sénégal a opté pour une approche intégrée et intersectorielle des questions de population/développement qui s'appuie sur des corrélations entre variables démographiques et les autres variables du développement humain durable. Par ailleurs, l'intégration de la variable *population* dans la planification du développement a été une préoccupation majeure du Sénégal, au cours des dernières années.

Des modèles ont permis une meilleure prise de conscience de l'interface population/développement par les décideurs du Sénégal, ce qui s'est traduit par la définition des stratégies de développement qui tiennent de plus en plus compte de leurs interactions avec les variables démographiques : c'est le cas, en particulier, du *programme de lutte contre la pauvreté* et du *plan national d'action pour l'environnement (PNAE), du PNAT*.

*En matière de corrélation population-pauvreté*, l'Etat sénégalais a adopté un programme de lutte contre la pauvreté dont l'objectif principale est d'améliorer les conditions de vie des populations, l'accroissement des revenus des populations, l'amélioration de leur accès aux services sociaux de base, la mise en place d'un filet de sécurité et d'un système de suivi des conditions de vie des ménages.

Malgré les efforts consentis, la participation de l'Etat dans le financement des programmes de population reste encore faible. L'allocation de ressources budgétaires aux services sociaux de base (éducation de base, soins de santé primaire, nutrition, assainissement et alimentation en eau potable), tel que préconisée par *l'Initiative 20/20*, n'est pas encore réalisée, aussi bien par l'Etat que par l'Aide Publique au Développement. En outre, les opportunités de financement offertes par la décentralisation, la coopération Sud/Sud ne sont pas encore suffisamment explorées.

**Dans le domaine du genre et de la promotion de la femme**, une évolution favorable à l'amélioration du statut de la femme est perceptible, depuis la *CIPD et Beijing*, aussi bien au niveau des textes juridiques que dans les comportements. Des progrès notables ont été enregistrés, en matière de promotion économique de la femme et dans la lutte contre la pauvreté, permettant, entre autres, l'allègement des tâches des femmes.

En matière de Scolarisation des Filles et d'alphabétisation des femmes, des progrès notables ont été enregistrés, même si le maintien des filles à l'école reste hypothéqué par la paupérisation croissante des familles. Grâce à la mise en place de projets d'alphabétisation appliquant une "*discrimination positive*" en faveur des femmes, l'écart entre sexes, en matière d'alphabétisation, est en train de se rétrécir. Cependant, le maintien des acquis reste illusoire, à cause de la faiblesse de l'environnement lettré.

En matière de Droits et d'accès des femmes au pouvoir, des avancées significatives ont été notées au plan pénal. Toutefois, le principal écueil demeure l'incidence budgétaire des mesures qu'entraîne l'application du Code révisé qui rétablit les femmes salariées dans leur droit : en matière fiscale, en matière de pension et de prise en charge médicale des enfants.

En matière d'accès des femmes aux postes de décision, les changements sont encore timides, malgré la présence croissante de femmes sénégalaises à des postes électifs (maires, sénateurs), au cours de ces dernières années.

Toutefois, les femmes sont loin de constituer une masse critique dans les instances de décision car ne disposant pas du soutien suffisant pour percer dans l'univers politique et économique, essentiellement masculin.

Enfin, en matière de promotion des droits de la petite fille, les mesures juridiques et institutionnelles prises au plan gouvernemental pour promouvoir le développement de l'enfant – en particulier la fillette – et assurer sa protection ne semblent pas avoir eu l'impact attendu, à cause de l'aggravation de la pauvreté.

**Dans le domaine de la Santé de la Reproduction (SR)**, les acquis sont nombreux : selon EDS II et EDS III, la descendance des femmes de la tranche d'âge de 40 –49 ans (7,1%) reste largement supérieure à l'indice synthétique de fécondité (IST), confirmant ainsi la tendance à la baisse de la fécondité qui reste particulièrement significative chez les femmes urbaines et instruites.

Malgré ces acquis, la fécondité reste encore importante, en particulier chez les adolescents. Cette situation s'explique par la précocité du mariage et des rapports pré-nuptiaux et le recours timide aux produits contraceptifs.

Les niveaux de mortalité infantile et infanto-juvénile maternelle bien qu'ayant décliné restent encore élevés : aujourd'hui, 139 enfants sur 1000 meurent avant d'atteindre 5 ans, tandis que sur 100.000 naissances vivantes, 510 femmes décèdent.

Parmi les causes de la mortalité infantile, figurent en bonne place les infections respiratoires aiguës et les maladies diarrhéiques.

Quant à la mortalité maternelle, elle reste attachée aux grossesses précoces, nombreuses, rapprochées et tardives ainsi qu'à la faible utilisation des services de santé pour ce qui est des soins prénatals et l'assistance à l'accouchement.

Pourtant, des progrès ont été notés en matière d'infrastructures sanitaires, de recrutement de personnel, de couverture vaccinale et d'amélioration de conditions d'accouchements des femmes.

Malgré ces progrès, beaucoup de problèmes subsistent : d'une part, la distribution de l'infrastructure par habitant reste en deçà des normes de l'OMS et ne permet pas de couvrir l'ensemble des besoins des populations, en particulier, les femmes et les enfants. D'autre part, l'effectif réel du personnel qualifié est insuffisant et inégalement reparté. Il en est de même du matériel et de l'équipement approprié, ainsi que des médicaments essentiels. A signaler, également, la prise en charge insuffisante des adolescents, ce qui constitue encore une préoccupation.

Pour relever l'ensemble de ces défis, des moyens financiers et humains doivent être mobilisés par l'Etat et les partenaires au développement.

Cela d'autant plus qu'en matière de **santé de la reproduction (SR)**, des besoins essentiels ont été identifiés. Il s'agit : *d'accroître l'accessibilité des services de SR/PF, d'améliorer la qualité des services de SR, d'augmenter la demande des services de santé de la reproduction, de consolider et d'intensifier les programmes de SR des jeunes et adolescents, de prendre en charge les personnes déplacées et réfugiées.*

**Dans le domaine du Plaidoyer**, l'exécution du programme 1997-2000 a permis d'enregistrer des acquis importants en matière de cadre législatif, d'implication des médias, de production de supports et en matière de formation des partenaires. Toutes choses qui ont permis de mieux sensibiliser les décideurs politiques et créer un environnement socioculturel favorable à la mise en œuvre de la Politique de Population.

L'appui du FNUAP aux différents médias a permis une plus grande visibilité des questions de population.

Toutefois, leur portée demeure limitée, du fait que la prise en charge des questions de population est, le plus souvent, assujettie à des appuis financiers.

En l'absence d'un programme national, la coordination des activités de plaidoyer a été assurée par le Comité de Pilotage et le Comité Technique mis en place sous l'impulsion de la DPRH.

Malgré ces acquis, des contraintes subsistent et affectent la réalisation correcte des performances assignées à la politique de population : d'un côté, l'absence d'un programme national de Plaidoyer entrave la coordination des activités dans ce domaine. De l'autre, l'absence de stratégies de mobilisation de ressources financières en faveur du programme de population entraîne la non implication des partenaires clés dans le financement du 2<sup>ème</sup> PAIP.

La faiblesse des ressources allouées aux activités de Plaidoyer a empêché une implication significative du secteur privé et des collectivités locales dans les stratégies de mobilisation des ressources financières.

# **ANNEXES**

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

---

### ➤ SANTE DE LA REPRODUCTION

1. Banque mondiale : *Programme pour la Maternité sans danger*, Washington, 1987
2. Banque mondiale : *Rapport sur le développement dans le monde : Investir dans la Santé*, Washington, 1993
3. CEFOREP CGO : *Introduction des Soins Obstétricaux d'Urgence et de Planification Familiale pour les patients présentant des complications liées à un avortement*, Dakar, 1998
4. CEFOREP/PC/PIEGO/CGO : *Revue de littérature sur les avortements à risques au Sénégal*, Dakar, 1998
5. CEPEDVD : *L'entrée en vie féconde : L'expression démographique des structures socio-économiques d'un milieu rural sénégalais*, Paris, 1994.
6. CERPOD : *Santé de la Reproduction au Sahel : Les jeunes en danger*, Dakar, décembre 1996.
7. FHI : *Santé Reproductive en Afrique Subsaharienne : Les questions et les choix*, Barbare J.C.N, août 1986
8. FNUAP /Gouvernement du Sénégal : *Examen des programmes et définition des stratégies EPDS, (Rapport final)*, Dakar, septembre 1998
9. Ministère de l'Economie des Finances et du Plan : *Enquêtes démographiques et de Santé du Sénégal EDS I 1986, EDS II, 1992, EDS III 1997*
10. Ministère de la Santé : *Analyse Situationnelle du système de prestations de service de PF au Sénégal*, Dakar, février 1995.
11. Ministère de la Santé/CAS : *Rapport annuel du PDIS, 1998*, Dakar, 1999
12. Ministère de la Santé/CAS : *Rapport d'exécution de 1999 du PDIS*, Dakar, mai 2000
13. Ministère de la Santé/Direction de la Santé : *Draft Programme National en Santé de la Reproduction, (1997-2001)*, Dakar, 1997
14. Ministère de la Santé/Direction de la Santé : *Evaluation de la capacité opérationnelle des districts (année 1997)*, Dakar, avril 1999.
14. Ministère de la Santé et de l'Action Sociale : *Plan National de Développement Sanitaire et Social*, Dakar, juin 1997.
15. Ministère de la Santé/M.I/SERDHA : *Enquête sénégalaise sur les indicateurs de santé (ESIS - 1999)*.

16. **Ministère de la Santé/PC :** *Evolution des services de Santé de la Reproduction et Planification Familiale (de 1994 à 1998)*, Dakar, mars 2000.
17. **Ministère de la Santé/PNPF/ESA :** *Attitudes et pratiques des professionnels en matière de planification familiale*, E.S.A., Dakar, octobre 1996.
18. **Ministère de la Santé :** *PNPF, curriculum de formation des prestataires et conseillers en Counseling pour la Planification familiale au Sénégal*, Dakar, 1996.
19. **Nations Unies :** *Rapport de la Conférence Internationale sur la population et le développement*, Caire, septembre 1994.
20. **OMS :** *Pour une adolescence harmonieuse : Santé sexuelle et de la reproduction chez les adolescents. Du constat à l'action*, Genève, 1998.
21. **OMS :** *Santé Reproductive : stratégie de la Région Africaine (1998-2007)*, Zimbabwe, 1998.
22. **OMS :** *Surveillance de la Santé Reproductive : Etablissement d'une liste restreinte d'indicateurs nationaux et mondiaux*, New York, 1998.
23. **Planification Familiale :** *Approches de Planification Familiale en Afrique - Bilan et perspectives*, (Mohamed B.), Londres, 1992.
24. **Population Action Internationale :** *Le Défi de la Population en Afrique : Accélérer les progrès de la Santé Reproductive*, Washington, 1998.
25. **Soins Post-abortum :** *Stratégie mondiale d'amélioration de la SR.*, New York, février, 1999.
22. **Population Council :** *L'approche de l'analyse situationnelle pour l'évaluation des services de PF/et Santé de la Reproduction*, New York, 1999.
23. **Population Council :** *Manuel de Recherche Opérationnelle en matière de Planification familiale*, 2ème édition, 1994.
24. **Population Council :** *Résumé de recherches opérationnelles*, New York, octobre 1998
25. **Population reference Bureau (PRB) :** *Données et estimations démographiques des pays et régions du monde*, Washington, 1997
26. **PRB :** *Le planning familial sauve des vies*, (Barbara S. W.), 1997
27. **Réseau de Recherche en Santé de la Reproduction en Afrique (RRSRA) Vie et Santé :** *L'avortement provoqué clandestin, no7*, Dakar, avril 1991.
28. **Réseau de recherche en SR en Afrique :** *Vie et santé : la planification familiale*, Dakar, septembre 1993
29. **The Alan G. Institute :** *Perspectives internationales sur le planning familial*, (Numéro spécial de 1999),

**New York, 1999**

**30.**The Johns Hill : *Atteindre les hommes dans le monde entier : leçons apprises des projets de planification familiale et de communication (1986 – 1996).*

**31.**UNICEF : *Rapport sur la Situation des enfants dans le monde, 2000*

**32.**UNIFEM : *Campagne africaine contre les violences faites aux femmes, Dakar, avril 1999.*

### ➤ **POLITIQUES ET STRATEGIES DE DEVELOPPEMENT**

**1.**CODUR, Anne Marie (1997), *L'étude des relations population-développement-environnement*, in Hubert Gérard et al, *Politiques Intégrées de Population et de développement*, DUC, Louvain-la-Neuve.

**2.**Direction de la planification (2000), *l'Initiative 20/20 comme option stratégique de développement*,

**3.**Direction de la planification (2000), *Rapport sur le suivi de l'Exécution du IX<sup>ème</sup> Plan, MP, Dakar*

**4.**Direction de la Planification (2000) *Situation sociale au Sénégal, 5 ans après Copenhague, MP, Dakar.*

**5.**Direction de la Planification et de la Réforme de l'Education (1999), *Evaluation du coût et du financement du PDEF, MEN, Dakar.*

**6.**Direction de la Planification (2000), *Document Intérimaire sur la Stratégie de réduction de la pauvreté, MP, Dakar.*

**7.**Direction de la Planification des Ressources Humaines (1998), *Etudes des interrelations Population- Développement- Environnement au Sénégal*

**8.**UAPS/UEPA (2000), *La population africaine au 21<sup>ème</sup> siècle, 6 au 10 décembre 1999, Durban, Afrique du Sud.*

**9.**DIOP Momar Coumba et al, (1992), *Sénégal, Trajectoires d'un Etat, Paris, Karthala.*

**10.**Direction du Budget (1995-2000), *Lois de Finances, Ministère de l'Economie, des Finances et du Plan, Dakar*

**11.**Direction de la planification (2000), *Note de synthèse sur la pauvreté, MP, Dakar.*

**12.**HUBERT Gérard et al (1990), *Intégrer Population et Développement, L'Harmattan, Académia, Louvain-la-Neuve.*

**13.**Direction de la Planification et de la Réforme de l'Education (2000), *Annuaire des statistiques scolaires, MEN, Dakar.*

**14.**Direction de la Planification et de la Réforme de l'Education (2000), *Bilan Education pour Tous, MEN, Dakar.*

15. **Direction de la Dette et des Investissements** (2000), *Situation des investissements des secteurs sociaux 1996-1999*, MEFP, Dakar.

16. **Ministère de la Santé** (2000), *Rapports de synthèse Assises Nationales de la Santé*, Dakar

17. **Cellule d'Appui et de suivi (CAS)/PNDS** (2000), *Rapport d'exécution du PDIS*.

### ➤ **GENRE ET DEVELOPPEMENT**

1. **DAVID (Ph.)**, *Les navétanes*, Dakar, NEA, 1980;
2. **DIOP (A.B.)**, *La famille wolof*, Paris, Karthala, 1985;
3. **DIOP (M.)**, *L'insertion urbaine des migrantes saisonnières à Dakar*, ORSTOM, 1989;
4. **DIOP (M.)**, **DIOP (I.)**, *Les structures familiales à Saint-Louis du Sénégal*, UEPA, 1991;
5. **DUPIRE (M.)**, *Organisation sociale des Peuls*, 1970;
6. **EDS III, MEFP/DPS, MACRO**, 1997;
7. *Etat de la population mondiale 2000*, FNUAP, New York;
8. *Enquête sur les objectifs intermédiaires de la décennie de l'enfant*, UNICEF/Gouvernement du Sénégal, 1996;
9. *Etude de cas sur la santé de la reproduction*, par Ellen Wilson, *Policy*, 1998;
10. *Femme, éthique et politique*, par Aminata Diaw et Aminata Touré, 1998;
11. *Femmes et enjeu électoral: des chiffres qui parlent*, Démocratie Africaine, IAD, 2000;
12. *Genre et développement: expériences au Sahel*, ACOPAM/BIT, 1996;
13. *Identifier les moyens d'améliorer les programmes d'EVF*, ISE/UCAD/FHI, 1995;
14. *L'abandon scolaire et grossesse adolescente*, FAWE, Forum des éducateurs africains, 1994, Ile Maurice ;
15. *La recherche féministe dans la francophonie plurielle*, UCAD, 1999 ;
16. *La femme sénégalaise à l'horizon 2015*, MFEF, 1993 ;
17. *Les familles dakaroises face à la crise*, Population Council/IFAN/ORSTOM/CEPED, 1995 ;
18. *Les jeunes et le Mbakhal : le cercle vicieux*, Revue Univers Jeune no 4, octobre 1998 ;
19. **MOTTIN (M. H.)**, *La pratique de l'excision au Sénégal*, ENDA ;
20. **NIANG (C.I.)**, *Négociations sexuelles et prévention des MST/SIDA à Kolda et Kaolack*, 1995 ;

21. *Plan d'action national de la femme (1997-2001)*, MFEF, 1997 ;

22. *Plan d'action régional pour accélérer l'élimination des mutilations sexuelles féminines en Afrique*, OMS, Brazzaville, 1997 ;

23. *Plan national d'action pour l'Environnement*, CONSERE, 1997 ;

24. *Revue documentaire sur les pratiques, comportements et attitudes discriminatoires à l'égard des femmes*, El Hadj Kassé/MEFP, 1999 ;

25. UNIFEM, *Femmes et démocratisation en Afrique*, 1996.