



# RAPPORT SUR LE SOMMET SOCIAL

GENEVE 26 - 30 JUIN 2000

DAKAR, 20 JUIN 2000

# SOMMAIRE

I. SITUATION AVANT LE SOMMET DE COPENHAGUE .....	3
II. LES PROGRES REALISES ET LES MESURES PRECONISEES PAR LE SENEGAL.....	6
DEPUIS LE SOMMET DE COPENHAGUE (1995) .....	6
II.1. SITUATION ÉCONOMIQUE RÉCENTE .....	6
II.2. SITUATION DES SECTEURS SOCIAUX .....	7
II.2.1. Education de base et Alphabétisation .....	8
II.2.2. Santé .....	14
II.2.3. Programme de Lutte contre la Pauvreté .....	22
POLITIQUES ET ACTIONS D'EMPLOI .....	ERREUR! SIGNET NON DÉFINI.
II.2.4 La situation des groupes cibles .....	26
II.3 L'INVESTISSEMENT DANS LES SECTEURS SOCIAUX .....	28
TABLEAU 14 : LES DÉPENSES D'INVESTISSEMENT .....	28
RUBRIQUES .....	28
III. LA BONNE GOUVERNANCE.....	29
IV. PROBLEMES ET PERSPECTIVES .....	33
IV.1. PERSPECTIVE AU NIVEAU DU SECTEUR GENRE ET DÉVELOPPEMENT SOCIAL .....	33
IV.2. LA POLITIQUE SANITAIRE .....	34
IV.3. LA POLITIQUE DE L'ÉDUCATION ET DE LA FORMATION .....	34
IV.4. EMPLOI .....	35
IV.5. BONNE GOUVERNANCE .....	37

- La demande sociale a fait l'objet d'une préoccupation majeure des pouvoirs publics. En retenant comme slogan « Compétitivité et Développement humain durable » pour le IX<sup>ème</sup> Plan d'Orientation pour le Développement Economique et Social, le Gouvernement marque ainsi sa détermination à la prendre en charge en allouant 40% des investissements publics au quaternaire. La tenue du Sommet de Copenhague a été l'occasion pour notre pays d'y participer au niveau le plus élevé en contribuant activement à la définition des nouvelles stratégies sociales.

L'intérêt de notre pays pour ce Sommet venait des attentes majeures qui étaient les nôtres à savoir une meilleure prise en compte de la dimension sociale de l'ajustement. Le Sénégal venait juste de publier les résultats de l'enquête dite enquête sur les priorités qui avait permis de déterminer le profil de pauvreté avec un taux de prévalence de 33% des ménages. Ce profil vient d'être mis à jour avec l'enquête ESAM94/95 qui situe ce taux à 57,9. Le seuil de pauvreté correspond ici à 2400 calories par jour.

Le Sénégal s'est donc inspiré des approches nouvelles de la stratégies de Copenhague pour améliorer ses indicateurs sociaux. Après une description de la situation avant le sommet, ce document fait le bilan de leur mise en œuvre et dégage les perspectives.

## **I. SITUATION AVANT LE SOMMET DE COPENHAGUE**

La mise en œuvre des premiers programmes de stabilisation et d'ajustement structurel au début des années 1980 a certes contribué à améliorer le cadre et les performances économiques, mais leurs impacts sur les populations n'ont pas manqué de fragiliser la situation sociale dans bien des milieux.

L'économie sénégalaise restait caractérisée par une faible et erratique croissance de son PIB réel jusqu'en 1992, soit en moyenne 2,9% sur la période ce qui est sensiblement égal au taux du croît démographique. D'autre part la réduction du financement extérieur à partir de juillet 1992 a entraîné une difficile exécution des opérations financières de l'Etat poussant le Gouvernement à mettre en place un plan d'urgence sur 18 mois de juillet 1992 à décembre 1993. Ce plan est caractérisé par sa rigueur budgétaire et une série de mesures internes destinées à limiter les déficits interne et externe: il a permis de limiter le déficit budgétaire hors dons à 4% du PIB et celui de la balance des paiements à 9,9% du PIB, mais le PIB a enregistré une baisse en termes réels de 2,1%.

Bien que ces mesures aient contribué à la réduction des déficits et des besoins de financement, elles n'ont pas pour autant permis le retour à la viabilité financière, ni la compétitivité de l'économie. La dévaluation du FCFA devenait inévitable et son adoption a été l'occasion de concertations approfondies avec les partenaires (Etat, Patronat et syndicats) pour une large adhésion aux mesures.

La dévaluation de 50% du franc CFA a eu lieu le 11 janvier 1994. Cet ajustement global combiné à la fois avec une gestion rigoureuse de la monnaie et des finances publiques, devait permettre la restauration de la compétitivité des produits sénégalais sur les marchés extérieurs et permettre l'émergence de nouveaux. Le PIB réel a augmenté de 2% en 1994. La même année, la communauté internationale venait de conclure les Cycles d'Uruguay.

- mortalité maternelle élevée (510 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes) du fait surtout de la très faible couverture en consultation prénatale, la mauvaise qualité de la prise en charge des grossesses, de la multiparité et de la forte proportion des accouchements non assistés ;
- analphabétisme élevé des femmes (qui frappe 80% des femmes) et le faible taux de scolarisation des filles (46,6% pour les filles en 1994/95) ;
- insuffisance des structures d'accueil et d'insertion et malnutrition qui frappent les enfants en situation particulièrement difficile (orphelins, talibés, jeunes délinquants) ;
- accentuation de la pauvreté surtout au sein de ces groupes sociaux vulnérables.

En ce que concerne l'état de la pauvreté, l'Enquête sur les Priorités (ESP 1992/93) indiquait que 32% des ménages vivaient en dessous du seuil de pauvreté dont 75% en milieu rural.

Avec un taux de croissance de 2.7%, la population sénégalaise connaît une évolution rapide. Elle est relativement jeune (58% ont moins de 20 ans) et inégalement répartie. Le niveau de la fécondité reste assez élevé avec un Indice Synthétique de Fécondité (ISF) en 92/93 de 6 enfants en moyenne pour les femmes en fin de procréation.

La situation sanitaire du pays s'est dégradée pendant la dernière décennie parce que l'accroissement des infrastructures n'a pas pu suivre celui des besoins nés du croît démographique. En 1994, il y avait un hôpital pour 470.250 habitants, un centre de santé pour 153730 habitants (3 fois plus que la norme de l'OMS), un poste de santé pour 10900 habitants (norme OMS : 1 pour 10000). Les infrastructures sanitaires, vétustes et sous équipées, souffraient d'un engorgement.

Le personnel sanitaire était aussi insuffisant, au regard des normes de l'OMS. La situation du pays en 1994 était de : 1 sage-femme pour 5190 femmes âgées de 15-49 ans (norme OMS : 1 pour 5000) et un médecin pour 12700/hbts (norme : 1 pour 10000).

La mortalité des enfants restait élevée du fait du poids des maladies diarrhéiques, de la malnutrition, des maladies cibles du PEV et du paludisme. Le quotient de mortalité infantile était de 68 pour mille et celui de la mortalité infanto-juvénile de 131 pour mille (EDS 1992/93).

Le taux de mortalité maternelle qui était de 510 décès maternels pour 100000 naissances en 92/93 indique l'importance du risque obstétrical lié à la maternité et à la grossesse. A la faible couverture en consultation prénatale, s'ajoutent la forte proportion des accouchements non assistés et les intervalles intergénésiques rapprochés. La prévalence contraceptive est encore faible avec un taux de 8,1% (EDS III) malgré les importants efforts déployés au niveau de la sensibilisation.

Dans le domaine de l'éducation, les performances restent encore faibles malgré les efforts importants de l'Etat (28 % du budget en 95). En 1994/95 le Sénégal avait un taux brut de scolarisation de 54.6 %, avec des taux respectifs de 62.7 % pour les garçons et de 46.6 % pour les filles.

Le taux d'analphabétisme était en 1988 de 69 % (79 % pour les femmes). En 1993/94, seulement 35% des femmes étaient alphabétisées.

L'accès aux services de base reste faible avec seulement 33 % des ménages branchés au réseau d'adduction d'eau potable et 58 % qui ont accès à l'électricité. En zone rurale, 2/3 des ménages ne disposent pas d'un système d'assainissement contre 15 % des ménages urbains.

## **II. LES PROGRES REALISES ET LES MESURES PRECONISEES PAR LE SENEGAL DEPUIS LE SOMMET DE COPENHAGUE (1995)**

Les assises de Copenhague avaient proposé des stratégies alternatives axées sur les points suivants :

- créer un environnement économique, politique et juridique propice au développement social ;
- promouvoir l'intégration sociale et la participation de tous en vue de lutter contre l'exclusion ;
- instaurer l'équilibre entre les hommes et les femmes pour lutter contre toutes les formes de discrimination ;
- promouvoir le développement économique et social de l'Afrique par une valorisation des ressources humaines ;
- lutter contre la pauvreté et appliquer des programmes d'ajustement prenant en compte la dimension sociale ;
- accroître les ressources affectées au développement social en vue d'atteindre les objectifs du sommet ;
- renforcer les mécanismes d'intervention du système des Nations – Unies et de la Coopération Internationale en vue de promouvoir le développement social.

Le Sénégal s'est bien inscrit dans cette dynamique. En effet, au sortir du sommet mondial de Copenhague sur le développement social en 1995, le Gouvernement du Sénégal s'est rapidement attelé à l'examen des modalités d'exécution des stratégies arrêtées. C'est ainsi qu'un certain nombre d'instruments de politique économique et sociale ont été élaborés et/ou en cours de préparation.

### **II.1. Situation économique récente**

Les réformes d'après le sommet visent la restauration de la viabilité financière de l'Etat, l'amélioration de la compétitivité de l'économie et de la position extérieure du pays en vue de poser les bases d'une croissance saine, durable et forte.

A cet effet des réformes structurelles et sectorielles ont été menées pour libéraliser l'économie, réduire la taille du secteur parapublic, améliorer l'environnement de l'entreprise en vue d'instaurer les conditions propices au développement de l'initiative privée. Ces réformes ont été renforcées par d'autres dites de seconde génération et 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 ambitieux de développement de l'éducation de base et des soins de santé primaires. Des politiques sectorielles fondées sur les Orientations Stratégiques du IX<sup>ème</sup> Plan et approfondissant les mesures et réformes d'après dévaluation ont été largement adoptées.

La mise en œuvre de ces politiques a été accompagnée par une assistance importante de nos partenaires au développement. Ainsi le Sénégal a pu tirer le meilleur profit du groupe consultatif grâce à un financement de 1200 Milliards de F CFA mobilisés et bénéficié de l'annulation de 67% de sa dette multilatérale du Club de Paris au premier semestre 1998.

Les résultats obtenus dans la période 1994/1998 sont globalement satisfaisants avec un redressement de la situation économique et financière malgré deux années de mauvaises conditions climatiques enregistrées en fin de période. Le taux de croissance a dépassé, en moyenne, 5% au cours de la période 1995/1999. Les politiques macro-économiques appliquées ont permis de maintenir l'inflation bien en deçà de l'objectif de 3%. En 1998, le taux d'inflation observé a été de 1,1% par rapport à 1997. Le déficit des finances publiques a été contenu à 2% du PIB. Un léger relâchement du côté de la balance courante des paiements est à signaler en 1998 suite à la mise en place du TEC qui a provoqué un regain de dynamisme des importations. En effet, dans la perspective de l'intégration régionale, le Sénégal a anticipé, dès avril 1998, le désarmement tarifaire vers le Tarif Extérieur Commun (TEC) prévu en janvier 2000 au sein de l'UEMOA

La qualité de ces réformes a permis de restaurer la viabilité de la situation financière tant intérieure qu'extérieure. Cependant, la croissance reste en deçà de son niveau potentiel et les indicateurs sociaux continuent d'être peu satisfaisants. Les secteurs porteurs de croissance ont des effets redistributifs très limités. A titre d'exemple, l'agriculture, domaine où s'exerce près de 60% de population, a reculé ces dernières années.

Pour réduire durablement la pauvreté et améliorer les indicateurs, le gouvernement à l'intention de s'employer, au cours des prochaines années, à accélérer la croissance. Pour cela il entend donner au secteur privé un environnement plus propice à ses activités, par l'application de programmes ambitieux dans les secteurs d'appui à la production et de l'agriculture et en adoptant des programmes à moyen terme clairement définis pour mettre ressources humaines. La coordination des politiques dans le cadre de l'effort d'intégration économique déployé au niveau de l'UEMOA jouera également un rôle de plus en plus important au cours des prochaines années.

## II.2. Situation des secteurs sociaux

L'indice du développement humain a pris une tendance ascendante passant de 0,326 en 1994 à 0,342 en 1995 soit une progression de 5%. Les projections récentes de cet indice demeurent favorables en raison des performances satisfaisantes réalisées en matière de taux de croissance, d'accroissement du niveau de l'éducation et de réduction de l'analphabétisme et d'amélioration de la couverture et de la qualité des services sanitaires.

### Caractéristiques démographiques

Selon le dernier Recensement de la Population et de L'Habitat (RGPH/78), la population du Sénégal était évaluée à 6 896 808 habitants, soit en moyenne une densité de 35 habitants au kilomètre carré. Cette population est inégalement répartie. Dakar, la région la plus densément peuplée fait 2707 habitants/km carré, à l'opposé de Tambacounda dont la densité se situe à 6 habitants. Elle compte 48 % d'hommes et 52 % de femmes, soit un rapport de masculinité de 91,2 hommes pour 100 femmes. La structure par âge présente les caractéristiques d'une population très jeune. En effet, 58,2% de la population sont âgés de moins de 20 ans (Enquête Sénégalaise Auprès des Ménages, 1994/95). Le pays connaît un fort taux d'accroissement. Le taux d'accroissement naturel de la population est de 2,7% d'où une population estimée à 9.2 millions d'habitants en 1999 (Direction de la Prévision et de la

**Tableau 4 : Evolution nombre de classes**

RÉGIONS	1994/95	1995/96	1996/97	1997/98	1998/99
DAKAR	3813	4202	4473	4755	5141
ZIGUINCHOR	1183	1297	1424	1469	1469
DIORBEL	554	687	838	1001	990
ST LOUIS	1208	1309	1508	1586	1827
TAMBA	566	693	875	991	1490
KAOLACK	1089	1213	1415	1633	1849
THIES	1756	1927	2051	2285	2234
LOUGA	597	785	948	1038	1253
FATICK	938	992	1130	1271	1401
KOLDA	1011	1185	1385	1521	1750
SENEGAL	12715	14290	16047	17550	19404

Source : Statistiques scolaires DPRE 1998/99

Il convient également de souligner l'édition et la diffusion par l'INEADE de onze nouveaux titres sur la période 1995 -1997 pour un tirage d'environ 1.000.000 d'exemplaires (l'objectif du PDRH est de 1.180.000 manuels sur la période 1994 -1998). Au total, 31 titres sont actuellement disponibles, couvrant l'ensemble des besoins de l'élémentaire.

La formation initiale et continue des enseignants a été intensifiée dans le cadre du PDRH. Des pôles de formation-continue ont été mis en place dans chaque région.

De même, des dispositifs d'évaluation des rendements scolaires ont été mis en place pour renforcer le pilotage du système éducatif.

De même, le ratio élève/maître demeure élevé (1/59), et en ce qui concerne les manuels scolaires, il y a environ un livre de lecture pour six élèves et 1 livre pour 10, pour le Calcul, ce qui est très insuffisant.

Le rendement interne de l'enseignement élémentaire s'est aussi amélioré. En effet le taux de promotion est passé de 86,05% en 1995/96 à 86,58% en 1996/97 et est de 86,65 % en 1997/98. Le taux de redoublement a baissé en passant de 14,43% en 1994/95 à 13,95% en 1995/96 pour atteindre 13,42% en 1996/97 et est de 13,35 % en 1997/98. Le taux d'abandon atteint 3,23% en 1995/96 contre 4,05 en 1994/95.

Les taux de redoublement au niveau de l'élémentaire tournent autour de 14% en moyenne dans les cinq premières années et atteignent une moyenne de 28% au CM2. Le taux d'abandon reste élevé surtout en milieu rural où 6% des enfants du CI sont concernés par ce problème. Le nombre d'années - élèves pour former un diplômé de l'enseignement élémentaire est estimé à 13,8%.

Il faut noter également l'évolution favorable des taux de réussite au CFEE qui passe de 35,12% en 1995/96 à 42,26% en 1996/97 et 41,62% en 1997/98. Pour cette année, c'est la région de Louga qui a eu le taux de réussite le plus élevé avec 41,62% alors que la plus mauvaise performance est à l'actif de la région de Tamba avec 36,55%.

Les résultats de l'entrée en sixième sont encore faibles : environ 30% pour les écoles traditionnelles et 20% pour les écoles-pilotes. La formation initiale et continuée des enseignants demeurent insuffisante surtout à l'endroit des volontaires.

Pour la session 1997 de l'entrée en sixième, ce sont les régions de Louga (29 %) et Tamba (28%) qui ont eu les meilleurs résultats alors que Ziguinchor (17,5 %) et Kolda (19,2 %) se classent aux dernières places.

Au total en analysant les résultats obtenus, on constate que des acquis certains ont été obtenus au niveau de l'enseignement élémentaire eu égard aux objectifs assignés à ce secteur.

Il reste cependant beaucoup à faire au niveau de ce sous-secteur pour obtenir la scolarisation universelle et un enseignement de qualité. La demande reste encore forte compte tenu de l'accroissement rapide des effectifs à scolariser et les ressources limitées de l'Etat.

*En effet, le personnel d'encadrement reste encore insuffisant malgré le recrutement en masse de volontaires de l'éducation.*

Enfin, il faudrait souligner les difficultés de la mise en œuvre de la loi sur la décentralisation notamment le transfert de compétence de certains pouvoirs aux régions, aux communes et communautés rurales en ce qui concerne la construction, l'équipement, l'entretien et la maintenance des écoles.

**L'enseignement moyen public**, étape supérieure de l'élémentaire reçoit moins de 30% des élèves des classes du CM2. Le taux de scolarisation dans l'enseignement moyen en 1998/99 est de 21,8% contre 20,6 % en 97/98. Les garçons sont scolarisés à 27,7 %, alors que les filles ne le sont qu'à 16,8 %. Le taux de scolarisation dans l'enseignement moyen est resté stable au cours de ces quatre dernières années.

Aujourd'hui, l'objectif qui est de disposer « d'un collège par arrondissement » est en voie d'être atteint. Ce qui permettra d'avoir une bonne couverture du territoire et de rapprocher l'école de ses bénéficiaires. Ces CEM sont localisés principalement à Dakar (153 CEM) et Thiès (55 CEM).

#### **b) Le secteur non formel**

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. C'est un champ ouvert à des initiatives diverses: ONG, société et organisme de développement, associations culturelles et ministères techniques (environnement, famille,...) .

Les écoles communautaires de base constituent des stratégies complémentaires permettant d'expérimenter des modèles alternatifs d'éducation articulée aux besoins d'insertion harmonieuse des apprenants dans leurs communautés. Elles prennent en charge les enfants âgés de 9 à 14 ans non scolarisés ou trop tôt déscolarisés.

La population sénégalaise connaît actuellement un niveau d'analphabétisme assez élevé. Cependant, ce taux qui était de 68,9% en 1988 a fortement baissé ces dernières années pour atteindre 48,9 % en 1999.

Pour marquer sa volonté de lutter 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.

— Une mobilisation sociale permanente à travers la célébration chaque année dans les différentes régions et départements du pays de la semaine nationale d'Alphabétisation, accompagne l'action de l'Etat (ministères techniques) et de ses partenaires de réalisation que sont les ONG, les sociétés et Organismes de Développement, les ONG, les associations culturelles et les populations. La réduction du taux d'analphabétisme se fait à

niveaux : périphérique (poste de santé), intermédiaire (centre de santé, hôpitaux départementaux et régionaux), national (CHU). Le système de référence- recours mis en place permet une certaine complémentarité entre ces différents niveaux dans l'offre de soins.

La politique de santé du Sénégal est traduite dans le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 1998-2007. Le PNDS est la synthèse des Plans Départementaux de Développement Sanitaire (PDDS), des Plans des Hôpitaux régionaux, des Plans Régionaux de Développement Sanitaire (PRDS) et des Plans du niveau central. Ce qui a abouti à l'élaboration d'un document d'orientation dit « Nouvelles Orientations de la politique de santé et d'Action Sociale du Sénégal ». Le PNDS traduit de façon concrète les actions à entreprendre pour mettre en œuvre les grandes orientations définies dans ce document à travers une série de stratégies qui tournent autour des axes suivants :

- assainissement de l'environnement juridique et réglementaire du secteur (Réformes) ;
- amélioration de l'accessibilité des services ;
- amélioration de la qualité des soins ;
- développement des ressources humaines ;
- accessibilité des performances des programmes de la Santé de la Reproduction ;
- renforcement du contrôle des maladies endémiques et de la surveillance épidémiologique ;
- promotion des mesures de protection individuelle et collective par l'Hygiène, l'Assainissement et l'I.E.C ;
- appui au Secteur Privé et à la médecine traditionnelle ;
- développement de la recherche opérationnelle ;
- amélioration du cadre de vie des familles démunies et des groupes sociaux vulnérables ;
- appui institutionnel aux niveaux central, régional et district.

La mise en œuvre du PDIS permet d'atteindre les objectifs prioritaires du PNDS durant les 5 prochaines années (1998-2002). Les priorités d'investissement dans les régions ont été établies sur la base des critères établis et acceptés par tous. Il représente un véritable outil de rationalisation et de développement de la santé en fournissant des critères et des indicateurs de progrès relatifs tant aux activités sanitaires qu'aux intrants nécessaires.

Les ressources du Programme de Développement Intégré du Secteur de la Santé et de l'Action Sociale seront orientées prioritairement vers la réalisation des objectifs ci-après :

- réduire la mortalité infanto-juvénile (154 pour 1000, EDS 1996) par un appui conséquent aux actions axées sur l'élimination des maladies diarrhéiques, la malnutrition, les maladies cibles du PEV, et autres endémies locales y compris les MST/SIDA ;
- réduire la mortalité maternelle (actuellement à 510/100 000 naissances vivantes) 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 ;
- réduire l'indice synthétique (6.03) de fécondité par un renforcement des efforts en matière de planification familiale, de l'alphabétisation fonctionnelle des femmes et la scolarisation des filles ;

L'exécution de ce programme, s'inscrit dans les stratégies de l'Etat visant à satisfaire une demande en soins de santé de qualité de plus en plus croissante en consolidant les acquis du PDRH.

La mise en œuvre du volet santé du Programme de Développement des Ressources Humaines depuis 1995 a permis d'améliorer les performances du secteur. Dans ce cadre des réformes institutionnelles ont été opérées en vue de l'amélioration de la couverture sanitaire. Les principales réalisations depuis 1995 ont été les suivantes :

- la mise à disposition des médicaments essentiels à tous les niveaux du système de santé et l'amélioration de leur accessibilité en termes de coûts ;
- la réforme des comités de santé et leur mise en place effective ;
- l'amélioration de la participation des populations tant au plan de la santé que de la gestion financière (les participations sont passées de 800 millions à presque 5 milliards de F.CFA en 1998) ;
- l'amélioration de la couverture sanitaire ; plus de 100 postes de santé construits et équipés (nouveaux) ; et plus de 100 postes de santé ont été rénovés et rééquipés ;
- la construction/rénovation de plus de 10 centres de santé de référence avec prise en charge des soins obstétricaux d'urgence ; actuellement le financement est acquis et les travaux de génie civil sont en cours pour : ( 65 nouveaux postes de santé ; 10 services régionaux des grandes endémies ; 03 nouveaux centres de santé à réhabiliter ; 02 nouveaux hôpitaux régionaux ; 03 hôpitaux régionaux et nationaux )
- l'augmentation chaque année de la part du budget de fonctionnement du Ministère de la Santé de dans le budget de l'Etat 0,5% et cela depuis 1992 pour atteindre les 9% préconisée par l'OMS en 2002.

Le Programme de Développement Intégré de la Santé (PDIS 1998-2002), mis en œuvre au début de 1998 a permis de consolider les résultats du PDRH santé, de poursuivre les réformes et d'initier de nouvelles actions :

Depuis janvier 1998 d'importantes réalisations ont été initiées à travers les plans d'opérations annuels élaborés par les différents acteurs du système. Le montant des dépenses globales pour le financement du PDIS, en 1998, se chiffre à 37.157 milliards en 1998 et à 24.1 milliards au 30 juin 1999.

Depuis la mise en œuvre du PDIS en 1998, des résultats importants ont été enregistrés au plan de l'organisation, des méthodes de travail, de la planification et de la coordination des activités à travers l'ensemble des structures sanitaires de base du pays. L'expérience de la planification décentralisée a permis d'accroître l'efficacité des actions sanitaires, d'améliorer la couverture en infrastructures de base et le drainage d'importantes ressources vers les régions et districts sanitaires :

- **En matière de génie civil**, les taux de réalisation physiques ont atteint 62% pour un taux d'exécution financière de 86.5%. La plupart des réalisations (98/99) sont confiées à l'AGETP qui a signé avec le Ministère 6 conventions pour un montant global de 14.5 milliards.

- **postes de santé** : Sur les 42 postes de santé à réaliser entre 1998-2000, quinze sont complètement achevés et 24 sont en voie d'achèvement. Sur les 109 postes de santé dont la rénovation était prévue dans la même période, 37 sont déjà achevés.
- **les centres de santé** : Un Centre de santé a été réalisé sur les quatre prévus dans la période 1998-2000. Les travaux de réhabilitation de vingt autres centres de santé devront démarrer en 2000. Les dix secteurs des grandes endémies seront reconstruits dans le cadre de la lutte contre les grandes endémies.
- **Hôpitaux** : L'état a engagé la construction d'infrastructures sanitaires dans les hôpitaux de Fann (réhabilitation de la neurochirurgie) et Le Dantec (clinique de chirurgie cardiaque) et la construction des hôpitaux de Fatick, et de Ziguinchor.

- Le volet réforme a connu une évolution satisfaisante avec l'érection des hôpitaux et la Pharmacie Nationale D'approvisionnement en Établissements Publics de Santé et la finalisation de la carte sanitaire. L'objectif de cette réforme vise à améliorer les performances des hôpitaux sur le plan de la gestion et de la qualité des soins. Les organes de gestion (Conseil d'Administration, Commissions Médicales d'Établissement, Commissions Techniques d'Établissement) sont mis en place mais ne sont pas encore fonctionnels.

- Le Programme pour la disponibilité des médicaments essentiels à toutes les couches de la population se poursuit. Il s'appuie sur la réforme de la politique du médicament, la réforme de la Pharmacie nationale, la constitution d'un stock initial de médicaments en privilégiant les génériques pour les districts sanitaires, l'organisation de campagne d'information pour les prescripteurs et le public ainsi que l'élaboration d'une stratégie à long terme pour le secteur pharmaceutique.

- Dans le cadre du **financement alternatif**, de nouveaux textes sur la réforme des **comités de santé** sont déjà élaborés. La mise en place de **Mutuelles de Santé** se poursuit. Actuellement, il en existe 28 qui sont fonctionnelles,

- Au niveau des **ressources humaines**, l'Etat poursuit sa politique de recrutement de 250 agents par an en vue de résorber le déficit en personnel. La formation des agents se poursuit et plus de 500 agents ont reçu une formation initiale et plus de 150 bourses ont été attribuées depuis 1998 pour des formations dans diverses spécialités.

### **Situation sanitaire**

Le Sénégal compte 18 hôpitaux tous secteurs confondus dont 17 publics et un hôpital privé, soit environ 1 hôpital pour 515479 habitants, ce qui est encore loin des normes de l'OMS (1 hôpital pour 150 000 habitants). La région de Dakar est privilégiée en matière de couverture en infrastructures socio-sanitaires hospitalières. Elle concentre en effet 40 % des hôpitaux du pays pour 23 % de la population totale. Le pays compte également 53 centres de santé, 768 postes de santé, 1384 cases de santé, 24 cliniques privées 414 cabinets privés et 551 maternités rurales. Au niveau des postes de santé, le ratio population par poste de santé est passé de 1 poste de santé pour 8601 habitants en 1993 à 1 poste de santé pour 7694 habitants en 1999 ( la norme est de 1 poste de santé pour 10 000 habitants). La couverture s'est ainsi améliorée de 11 % durant cette période. Au niveau des centres de santé, la couverture a connu un accroissement de 2 % passant de 1 centre de santé pour 84182 habitants à 1cs pour 82845 en 1999. Mais elle reste largement en deçà des normes de l'OMS. Quant au nombre d'hôpitaux, il n'a pas évolué durant la période 1993-1999, et la couverture hospitalière a connu une baisse sensible de 17 % compte tenu de l'accroissement de la population (1 hôp/515000 hbts).

**Tableau 7 : Evolution du nombre d'infrastructures**

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Postes de santé (tous types confondus)	920	971	1009	1041	1080	1126	1206
Centres de santé (tous types confondus)	94	98	104	104	106	112	112
Hôpitaux (tous types confondus)	18	18	18	18	18	18	18

Au niveau des infrastructures, le système de santé est caractérisé par une fonctionnalité médiocre. La plupart des infrastructures sont vieillissantes et le système de référence décrit plus haut n'est pas toujours respecté. Le plateau technique des infrastructures sanitaire est généralement faible : il y a manque de matériel, de consommables, de médicaments, et le déficit en personnel est crucial, etc...

Certains hôpitaux fonctionnent le plus souvent comme des centres de soins de 1<sup>er</sup> ou 2<sup>ème</sup> niveau. Cette situation entraîne une surutilisation des équipements qui souffrent du manque de maintenance et d'entretien d'où leur dégradation rapide.

On note aussi un déficit en personnel. En effet, l'effectif du personnel de santé n'avait cessé de diminuer compte tenu du programme d'austérité imposé au pays par les programmes d'ajustement structurel (PAS), aux départs (décès, disponibilités, démissions) et aux besoins actuels du Ministère de la Santé. En 1997 ce déficit était estimé à 1934 agents ce qui nécessitait le recrutement chaque année d'au moins 250 nouveaux agents. Ce processus est entamé depuis 1998 mais le déficit persiste du fait des nombreux départs et des besoins en personnels induits par la création de nouvelles infrastructures.

**Tableau 8 : Situation du personnel sanitaire**

ANNEES	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Catégories							
Médecins	715	775	790	798	815	859	911
Paramédicaux (ide+agsan +sfe+tss+tso)	2960	2615	2758	2665	2695	2702	2777
Dont sage-femme d'état	640	560	667	588	598	613	633

**DSS/MS**

La situation du personnel de santé s'est traduite par une couverture relativement modeste des besoins des populations. L'augmentation des infrastructures n'a pas pu suivre l'accroissement démographique. Les ratio personnel de santé par rapport à la population se sont ainsi dégradés pour les soins de base prodigués par les infirmiers et les sages femmes. De plus, les infrastructures sanitaires sont assez vétustes et la pression exercée par la croissance démographique accélère leur dégradation. A cela s'ajoutent un mode d'organisation et de gestion pas toujours appropriée ainsi qu'un engorgement des structures hospitalières découlant essentiellement du non respect du système de référence. Les infrastructures de références souffrent aussi du manque de logistique qui gêne énormément les activités de supervision.

**Tableau 9 : Evolution des ratio de couverture en santé**

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Nbre d'habitants pour un poste de santé	8601	8371	8273	8236	8150	8027	7694
Nbre d'habitants pour un centre de santé	84 182	82 940	80 260	82 435	83 041	80 696	82 845
Nbre d'habitants pour un hôpital	439 616	451 583	463 722	476 291	489 017	502 106	515 475

Source : DERF/MS

**Tableau 10 : ratios personnel/population**

ANNEES	1993	1996	1999
<b>RATIOS</b>			
Nbre d'habitants pour un médecin	11067	10743	10185
Nbre d'habitants pour un paramédical	2673	3217	3341
Nbre de FAR pour une sage femme d'état	2884	3353	3371

Source : DERF/MS

En ce qui concerne les indicateurs relatifs à la mortalité, d'après les résultats de l'EDS III publiés en 1997, les quotients de mortalité des enfants s'établissent actuellement à 68 pour 1.000 pour la mortalité infantile, 76.5 pour 1.000 pour la mortalité juvénile et à 139 pour 1.000 pour la mortalité infanto-juvénile. Entre 1978-97, le quotient de mortalité infantile a subi une baisse de 41% alors que le quotient de mortalité juvénile a baissé de 54%. Les résultats indiquent une stagnation de la mortalité infantile à 68 pour mille entre 1992/93 et 1997 et une légère hausse de la mortalité juvénile. Aujourd'hui encore 139 enfants sur mille meurent avant d'avoir cinq ans.

Les principales causes de morbidité, sont le paludisme, responsable de 29,6% des cas, les parasitoses de 9,5%, des affections de la peau de 6% et les affections respiratoires de 4,7%. Les maladies parasitaires et infectieuses restent aussi parmi les principales causes de morbidité du fait des moyens limités des programmes de lutte contre ces maladies.

La situation nutritionnelle des enfants reste également préoccupante : d'après les résultats de l'EDS II (92/93), 22% des enfants souffrent de malnutrition chronique et 8% de la forme sévère de cette affection. La malnutrition aiguë touche près de 9% des enfants de 0 à 5 ans, alors que l'avitaminose A, les troubles dus à la carence en iode demeurent des préoccupations essentielles en santé publique. Les maladies diarrhéiques, le paludisme et les maladies infantiles continuent d'affecter les enfants et sont les principales causes de la mortalité entre 0 et 5 ans alors qu'elles peuvent être facilement prévenues par l'hygiène, l'allaitement maternel et l'immunisation.

La tranche d'âge 0-4 ans constitue un groupe vulnérable, victime d'une forte morbidité et d'une mortalité importante. Divers programmes ont été mis en œuvre pour lutter contre les déterminants culturels, sociaux et économiques de cette mortalité. Les maladies les plus répandues au niveau de cette cible sont les diarrhées, les infections respiratoires et le paludisme.

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 au Sénégal. Le taux de mortalité maternelle est estimé à 510 décès pour 100 000 naissances. La fréquentation des hôpitaux demeure encore limitée. Plus de la moitié des naissances survenues au cours des cinq dernières années ont eu lieu à la maison (EDS 1997). On note que 48 % des accouchements ont lieu dans un service de santé et 47 % des naissances sont assistées par du personnel qualifié. Seulement huit naissances sur 10 (82 %) ont bénéficié de soins prénatals dispensés par du personnel qualifié. Le risque obstétrical varie aussi selon le milieu de résidence ou le niveau d'instruction, les femmes rurales ou analphabètes sont les plus exposées au risque. On observe des variations de la mortalité selon les variables socio-économiques (femmes urbaines et instruites par opposition à celles non instruites et rurales) et le comportement procréateur des femmes (les naissances précoces et tardives et celles intervenant dans un intervalle plus court présentant plus de risque de mortalité).

- Dans le domaine du médicament et de la pharmacie, 34 officines privés ont été créés en dehors des grands centres urbains ainsi que deux nouveaux dépôts de médicaments en zone rurale. Aujourd'hui, 102 médicaments sont mis sur le marché dont 62 génériques. Cinq centres d'expérimentation-clinique de médicaments sont en cours de construction.
- Dans le domaine de la lutte contre les maladies, des résultats encourageants ont été obtenus.

La plupart des programmes de santé ont un volet concernant la prévention du **paludisme** (chloroquinisation) qui fait l'objet d'un suivi mensuel au niveau des formations sanitaires. La prévalence de cette maladie et ses conséquences sur la mortalité générale justifie la mise en œuvre d'un programme de lutte contre le paludisme qui a été adopté et soumis aux bailleurs de fonds pour financement. Les activités essentielles se résument à la prise en charge des cas de paludisme dans toutes les structures sanitaires, à la chimioprophylaxie des femmes enceintes ou allaitantes, à l'utilisation de moustiquaires imprégnés à la tamétrine et aux autres activités de prévention.

Dans le cadre de la lutte contre la **méningite**, 2 millions de doses de vaccins, 125 000 ampoules de tifomycine et des seringues ont été achetés pour un coût de 350 millions f cfa. On a noté néanmoins cette année 6870 cas avec des taux de létalité de 10%.

Dans la lutte contre le ver de Guinée des résultats encourageants ont été obtenus (0 cas observé cette année)..

Les maladies de l'enfant notamment les **maladies diarrhéiques** et la malnutrition font l'objet de programmes spécifiques exécutés au niveau des districts sanitaires à travers le Paquet Intégré de Nutrition (PAIN). La morbidité attribuable à la diarrhée a chuté de 21% à 15 % entre 1992 et 1997. La disponibilité des Services de Réhydratation par voie Orale sera géré par la PNA dans le cadre de l'Initiative de Bamako.

Le programme de lutte contre l'**onchocercose** se poursuit. Plus de 20.000 personnes ont été traitées dans 148 villages. Un plan national de dévotion a été élaboré et pourrait être financé à hauteur de 550 millions de F.CFA. Les zones concernées sont : la région de Tambacounda et le département de Vélingara dans la région de Kolda, soit environ 400 villages. L dernière évaluation de mai 1999 montre une prévalence de 2,5%, niveau considéré comme suffisamment faible pour éliminer tout risque de cécité.

Le programme de lutte contre la **bilharziose** se poursuit dans la région de Saint-Louis. Plus de 1500 manuels de vulgarisation de cette maladie ont été produits en français et trois langues

nationales. La politique des médicaments essentiels a largement facilité le traitement des maladies par une amélioration de l'accès des malades aux 4 comprimés de biltricide dont le coût est passé de 7000 frs cfa à 1000 frs cfa. La lutte contre la bilariose comprend également des actions d'adduction d'eau et d'assainissement. Dans la région de Saint-Louis, seule zone touchée par la bilariose intestinale, un important programme de construction de 2400 latrines, financé par le Luxembourg et les populations (à hauteur de 25 %) a démarré (dans la commune de Richard Toll). Ce programme sera accompagné d'un plan de mobilisation sociale continu avec des activités d'IEC de proximité.

Le programme d'éradication de la **poliomyélite** en est à sa deuxième année. Le Sénégal est sur la voie d'éradication de la polio en l'an 2000 conformément aux objectifs fixés par l'OMS.

Le renforcement de la lutte contre le **SIDA et les maladies sexuellement transmissibles** se poursuit normalement par le développement des activités de sensibilisation, d'information, la formation des personnels de santé et d'autres acteurs et l'équipement des laboratoires et banques de sang. A cet effet, toutes les banques de sang du Sénégal sont équipées pour le dépistage et des sites-sentinelles permettent de faire le suivi des groupes à risque et de déterminer la répartition géographique. La prévalence du SIDA en 1999 est de 1%. Le Sida est ainsi bien contrôlé grâce à une stratégie efficace. Le programme a introduit le traitement par les antirétroviraux à des coûts réduits grâce à une subvention de l'Etat pour l'achat de ces médicaments. Le PNLS a obtenu en 1998 une baisse de 40 % à 50% sur certains médicaments et les sites sentinelles ont été étendus aux régions de Louga et de Fatick.

En ce qui concerne les **soins obstétricaux**, sur les trois centres choisis (Dakar, Kolda et Tamba) pour offrir des soins de qualité en 1998, deux sont déjà fonctionnels (Dakar et Kolda). Les collectivités, les populations et les bailleurs se sont engagés à prendre les dispositions nécessaires (équipement, personnel, réhabilitation des locaux...) pour permettre aux centres de fonctionner normalement. De plus dans tous les districts une plus grande attention est apportée à la surveillance des grossesses et des accouchements.

#### la mobilisation des ressources

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

Pour l'exercice 1998, 37, 2 milliards ont été injectés dans le secteur de la santé. Au 30 juin 1999, 24,1 milliards ont été injectés dans le programme, avec Etat (15,6 milliards), Comités de santé (2,1 milliards) ; Collectivités locales (1,1 milliards) ; Partenaires au développement (5,2 milliards)

**Tableau 11 : financement de la santé**

	1998 (en milliards)	*1999 (milliards)	*2000 (Prévision)
Apport des populations (comités de santé et associations)	5,8	2,9	3.3
Apports des collectivités locales	1,8	2,5	1.5
Financement Etat	20.6	24,0	23.8
Partenaires au développement	9,0	23,9	16.5

**Tableau 12 : Evolution budget de la santé**

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Fonctionnement	11851	15804	16707	18758	19879	20321	23213	25930
BCI	651	720	444	926	1006	3480	4069	
Budget global	12502	16524	17151	19684	20885	23803	27282	

Dage/MS

### II.2.3. Programme de Lutte contre la Pauvreté

Les résultats de l'Enquête Sur les Priorités (ESP) de 1991/92 publiés par la Direction de la Prévision et de la Statistique (DPS) estiment que 33% de la population vivaient en dessous du seuil de pauvreté. Ce seuil correspond selon le rapport d'évaluation de la Banque Mondiale sur les conditions de vie au Sénégal à 2,41 millions d'individus qui n'arrivaient à satisfaire les 2400 calories per capital.

La mise à jour du profil de pauvreté a été faite à partir des résultats de l'Enquête Sénégalaise Auprès des Ménages (ESAM) réalisée de mars 1994 à avril 1995. Les estimations faites ont pris en compte les dépenses alimentaires et la dimension accès aux services sociaux de base qui illustrent mieux le niveau de développement humain.

Il ressort des données de l'Enquête (ESAM) que la proportion de ménages se situant en-dessous du seuil de pauvreté se situe à 57,9% , soit 65% de la population sénégalaise. Le seuil de pauvreté était évalué à 787FCFA/jour/adulte à Dakar, 429FCFA dans les autres villes et 281FCFA dans le milieu rural. Parmi les ménages pauvres, 8% vivent à Dakar, 13% dans les autres villes et 79% dans le milieu rural. 19% de l'ensemble des ménages dakarois sont pauvres. Dans les autres villes, ils sont 39%. Dans le milieu rural, la proportion de ménages pauvres s'élève à 80%.

**Tableau 13 : Incidence de pauvreté**

Indicateurs	Dakar	Autres villes	Milieu rural	Ensemble
Seuil (F CFA/jour /par Equivalent adulte)	787	429	281	392
Incidence de pauvreté (%)				
- Ménages	19,3	38,6	80,0	57,9
- Individus	23,4	45,1	85,6	65,3

Source: calculs tirés des données de l'ESAM

L'étude révèle par ailleurs que l'éducation est un facteur significatif de réduction de la pauvreté. En effet, la prévalence du phénomène est fortement liée au niveau d'éducation et de formation.

Dès après la publication des résultats de l'EPS, le Gouvernement a engagé l'élaboration d'une stratégie de lutte contre la pauvreté. Le processus de concertation élargie initié depuis 1995 a permis de disposer d'un document de stratégie consensuelle, le Programme de Lutte contre la Pauvreté (PLP) qui fut adopté par le Gouvernement le 23 décembre 1997. La traduction de cette stratégie en activités s'effectue selon les principes suivants :

- l'approche par la demande : elle s'appuie sur la conviction que les solutions face aux problèmes locaux seront d'autant plus durables que les communautés les plus concernées auront participé à leur définition et leur mise en œuvre. Dans ce cadre, les projets d'appui à la mise en œuvre des objectifs du programme évolueront désormais en réponse aux besoins et exigences spécifiques tels qu'ils seront identifiés par les populations elles-mêmes en collaboration étroite avec les techniciens.
- la démarche participative/responsabilisante : elle sera au centre de la conception de l'approche par la demande. Elle sera perçue comme un processus actif dans lequel l'initiative est prise par la population et utilisant des moyens et processus (institutions et mécanismes) sur lesquels, elle peut opérer un contrôle effectif. Elle exigera des populations bénéficiaires des projets, une participation effective au financement de l'investissement et du fonctionnement.
- la stratégie de faire- faire et le partenariat : cette approche responsabilise aussi bien les bénéficiaires directs, les services déconcentrés de l'Etat, les collectivités décentralisées que les agences de réalisation sur le terrain qui auront prouvé, entre autres critères, des capacités de gestion, techniques et de mobilisation (ONG, OCB, entreprises, etc.). Un mécanisme d'arrangements institutionnels (protocoles d'abord, contractualisation, etc.) permettra de réguler le partenariat entre l'Etat, les structures relais et les populations. Dans cette option, l'Etat jouera une mission de coordination, de facilitation, d'impulsion et de supervision de l'exécution des projets d'investissement.
- la mise en place d'un cadre de coordination stratégique tant au niveau national que local qui assure une plus grande responsabilisation des agences de réalisation dans l'exécution des activités opérationnelles ;
- le ciblage des zones vulnérables en vue d'un développement de micro- réalisations venant en complément des programmes d'investissement sectoriel et leur mise en œuvre sous forme de paquets d'activités permettant de créer les changements sociaux et d'améliorer les conditions de vie des populations.
- la gestion efficace de la stratégie exige la mise en place d'un programme de **renforcement des capacités institutionnelles de tous les acteurs**. La qualité des interventions de l'Etat sera un atout pour la réussite du Programme. Cela exige un œuvre du programme de bonne gouvernance.

L'objectif général du PLP est d'améliorer les conditions de vie des populations les plus démunies en affectant au minimum 80% des ressources mobilisées aux bénéficiaires. Cet objectif exige de tout projet d'investissement appuyant la stratégie nationale, la mise en place d'un cadre institutionnel et organisationnel respectant les exigences d'efficacité et d'efficience, de transparence et de célérité.

Le document de stratégie a été présenté en avril 1998 lors de la réunion du groupe consultatif tenue à Paris aux partenaires au développement. Les réactions très positives enregistrées pendant ces assises, se sont traduites par un soutien. Plusieurs projets s'exécutent ou sont en cours de formulation.

Aussi, avec l'initiative conjointe FMI/Banque Mondiale orientée vers les Pays Pauvres Très Endettés (PPTÉ), le Sénégal a été accepté depuis 1999 parmi les pays qui vont bénéficier de la stratégie de réduction de dette. En dehors des programmes d'investissement sectoriels, dans lesquels l'IDA est partenaire, des ressources additionnelles seront également mises à sa disposition pour appuyer spécifiquement la lutte contre la pauvreté dans les zones marginalisées.

## II.2.5 l'emploi

La persistance des difficultés économiques, l'émergence plus apparente des problèmes de chômage, de sous-emploi et de pauvreté accentués par l'exode vers les villes, ont contribué à faire évoluer les stratégies de promotion de l'emploi et de lutte contre la pauvreté. Les données disponibles dans le secteur sont parcellaires et pas mises à jour.

### Taux de croissance de la population active

Selon les résultats de l'ESAM (94-95) publiée en 1997, la population active comprend 2 695 385 occupés et 219 617 chômeurs. Elle se répartit ainsi :

**Tableau 14 : Répartition de la population active**

	PAT*	Occupés	Chômeurs	Pop Active	TA %	TX de chômage
Dakar	1 166 330	433 039	94 648	577 687	50	16,4
Aut. Urb	972 425	367 807	59 171	426 978	44	13,9
Rural	3 046 997	1 844 539	65 798	1 910 337	67	3,4
Total	5 185 752	2 695 385	219 617	2 915 002	59	7,5

Source DPS/MEFP : Esam 94-95

PAT = Population en âge de travailler

TA = Taux d'Activité

Le Recensement des demandeurs d'emplois réalisé a enregistré 157 063 demandeurs d'emplois au niveau national dont 63,6 % de sexe masculin contre 36,4 % de sexe féminin.

#### a) le secteur moderne

- Dans la Fonction Publique, avec la mise en place du programme de départs-volontaires initié dans le cadre du PAMLT (1985 -1995), les effectifs ont baissé au cours de cette période de plus de 400 agents soit 0,6% par an. En 1995, le nombre d'agents de l'Etat, estimé à 66000 personnes en 1995 a atteint 67.100 en 1997-1998.

- Dans le secteur productif, Il a été recensé 42149 emplois (Programme Cadre II/PNUD 1995).  
- le syndicat patronal des industriels du Sénégal (SPIDS) a regroupé au cours de l'exercice 1997-1998, 79 entreprises industrielles qui ont employé 13645 personnes.

Depuis la dévaluation (1994), la situation tirée du Rapport du SPIDS indique une évolution à la baisse des emplois permanents créés.

**Tableau 15 : Evolution de l'emploi dans les entreprises du SPIDS**

ANNEE	Emplois permanents	C .A.H. TVA	Nombre d'entreprises	Investissements
1994	16.571	436 milliards	79	28 milliards
1995	16.642	588 milliards	75	37 milliards
1996	14.216	613 milliards	77	45 milliards
1997	13.645	651 milliards	79	20 milliards

Source : Rapport Moral SPIDS 1997-1998

## b) Le secteur informel

Le secteur informel joue un rôle majeur dans la création d'emplois au Sénégal. Il est formé de petites et micro-entreprises qui ont des effectifs réduits et un niveau d'organisation comptable sommaire. Ce secteur connaît cependant une dynamique qui peut favoriser le passage de certaines unités non structurées vers des entreprises beaucoup plus organisées. Les résultats extraits de l'enquête sur la production et la consommation des entreprises du secteur informel, effectuée dans la région de Dakar en 1996 par le PNUD et la Direction de la Prévision et de la Statistique donnent les informations suivantes :

**Tableau 16 : Situation du secteur informel**

	EFFECTIFS	REMUNERATION EN MILLIARDS		VALEUR AJOUTEE
Transports	20.717	6,18	12 %	15,38%
Commerce	129.721	17,27	33,65 %	--
Production de Biens	404.079	18,25	35,56 %	18,63%
Services	78.271	6,2	12 %	10,8%
Restaurants	16.501	1,76	3,43 %	-
BTP	15.846	1,64	3,21 %	-

(DPS/Programme cadre III Novembre 1997)

Face aux difficultés croissantes d'un marché de l'emploi en crise avec un chômage en constante évolution, le Gouvernement, en rapport avec les partenaires sociaux et les acteurs de la société civile mobilisés au sein du Comité de Suivi de la Politique de l'Emploi (CSPE), s'est engagé dans une approche novatrice de définition d'une politique globale et active de l'emploi. Il s'agit de mettre en place un cadre d'actions cohérent qui prenne en compte l'ensemble des cibles, dans les différents secteurs pour la promotion économique et sociale des sénégalais.

Le Sénégal a élaboré un document de Politique Nationale de l'Emploi (PNE) qui a été adopté en 1997. Cette politique s'est définie comme objectif global à long terme la réalisation du plein emploi et comme objectifs spécifiques à court et moyen termes la réduction de la pression du chômage, le développement de l'emploi local, l'amélioration de l'employabilité de la main d'œuvre et l'augmentation de la productivité globale de la nation.

La Politique Nationale de l'emploi a été élaborée en cohérence avec les objectifs définis dans le IX<sup>ème</sup> Plan d'Orientation pour le Développement Economique et Social, marqué par une stratégie de croissance économique conjuguée avec une action volontariste de création d'emplois

Sur la base des orientations et objectifs de la PNE, un Plan d'Action pour l'Emploi (PAE) a été formulé et finalisé en Août 1998. Un Conseil Interministériel tenu le 29 Septembre 1998 sur le Plan d'Action a recommandé l'élaboration d'un programme d'investissements Prioritaires. Les grandes lignes de ce programme sont :

- la mise en place du Système d'Information sur le marché de l'Emploi (SIME) ;
- le renouvellement de la convention Etat - employeurs pour l'insertion professionnelle des jeunes ;
- le Projet ASC-Emploi pour les jeunes du mouvement associatif ;

- Le Fonds National d'Action pour l'Emploi (FNAE) pour le financement des actions de création de l'emploi ;
- La mise en place d'une unité d'appui aux investissements intensifs en emploi (Cellule HIMO) ;

## II. 2.4 La situation des groupes cibles

En vue de corriger les multiples contraintes qui entravent la promotion des groupes cibles, d'importants projets et programmes ont été initiés et mis en oeuvre durant la période post - Copenhague.

### A/ La Promotion Economique des Femmes

Les activités de promotion économique des femmes ont permis de renforcer leurs capacités ( formation technique, alphabétisation fonctionnelle ,gestion des projets...), de mettre en place des infrastructures d'allégement des travaux domestiques et des investissements générateurs de revenus ( matériel de transformation des produits agricoles et halieutiques, aménagement de périmètres irrigués...) et d'améliorer l'accès aux sociaux de base ( scolarisation de la petite fille, renforcement des soins de santé de la reproduction, approvisionnement en eau et assainissement...)

Le Plan National d'Action de la Femme (PANAF, 1997-2001) dont l'exécution participe à la valorisation du statut socio-économique de la femme a été élaboré et adopté à la suite de la réunion de Beijing.

L'analyse de la situation de la femme sénégalaise faisant ressortir des disparités de genre à tous les niveaux, aussi bien au niveau de son statut que de la condition qui lui est socialement assignée.

Dans ce cadre, et pour lever les contraintes précitées, le Sénégal a retenu d'axer son deuxième Plan d'Action National de la Femme sur les cinq domaines considérés par l'Afrique comme des «surpriorités».

Il s'agit du développement économique et de la lutte contre la pauvreté, de l'éducation, de la santé, des droits et des mécanismes de promotion et financement des femmes.

Des résultats positifs ont déjà été enregistrés :

- meilleure organisation des femmes et un renforcement de leur capacité grâce à l'alphabétisation fonctionnelle et surtout à l'approche participative et intégrée utilisée par les différents programmes exécutés.
- mise en place d'infrastructures communautaires et équipement d'allégement ayant permis l'amélioration des conditions de vie des femmes (foyer de la femme, équipement des transformations de céréales, de produits halieutiques, de lait, de fruits et légumes...);
- meilleur accès des femmes aux ressources financières grâce aux systèmes de crédit décentralisés (caisses populaires, mutuelles d'épargne et de crédit) ;
- amélioration notable du taux de scolarisation des filles et une réduction appréciable du taux d'alphabétisation des femmes ;

- création d'un environnement favorable aux questions de genre grâce à la formation de planificateurs, de statisticiens, et des cadres des départements techniques en matière de genre et développement.
- meilleure prise en compte de la dimension genre avec le programme de renforcement des capacités des actions et des leaders en Genre, Planification, Coordination et Suivi des projets et programmes.
- **base de données sur les Opérateurs Féminins**, avec la diffusion de Répertoires Thématiques pour la prise de décisions stratégiques dans le secteur.

### La situation des enfants

Il faut souligner que malgré les efforts consentis par l'Etat au niveau de l'élémentaire (construction et réhabilitation de classes, recrutement de volontaires de l'éducation), beaucoup d'enfants en âge d'aller à l'école (7 – 12 ans) sont hors du système scolaire. Il s'y ajoute que des insuffisances sont notées dans la qualité et le rendement de l'éducation. Le taux de mortalité infanto-juvénile est également très élevé.

En ce qui concerne le **soutien à la vie associative des jeunes**, un certain nombre d'actions ont été menées dans le domaine de la formation et de l'appui matériel et financier pour renforcer leurs capacités.

Les actions ont porté surtout sur la formation des jeunes relais en Information Education et Communautaire (IEC) et en sensibilisation sur l'éducation à la vie familiale (EVF). A présent, la formation se poursuit avec les centres conseils pour adolescents mis en place depuis 1996.

Par ailleurs, divers projets sont en cours avec plusieurs partenaires de l'Etat que sont les Associations sportives de quartiers et le Conseil National de la Jeunesse (CNJS).

Enfin, il y a l'**accès à l'emploi** qui constitue le problème majeur rencontré par la jeunesse. Dans ce cadre, est mis en place depuis 1989 le projet entrepreneuriat – jeunesse qui a financé 92 projets générant 288 emplois.

En ce qui concerne la protection des enfants, les résultats suivants ont été obtenus :

- ratification et vulgarisation de la convention sur **les droits de l'Enfant**.
- ratification et vulgarisation de la charte africaine des droits et du Bien – être de l'Enfant.
- l'élaboration et l'exécution du programme « Enfants en Situation Particulièrement Difficile ».

Ce dernier programme a appuyé 263 structures d'accueil, d'encadrement d'enfants travailleurs et d'enfants de la rue, et cela aux plans alimentaire, sanitaire, scolaire pour une population estimée à près de 36.000 enfants ainsi répartie (30.000 talibés, 2500 jeunes filles domestiques, 2000 apprentis et 1500 enfants de la rue).

Au regard des résultats obtenus, on note une certaine évolution dans le changement des comportements en faveur des enfants et des femmes. Cependant, l'état des principaux indicateurs qui révèlent de la Santé, de l'Education et de la Protection des Enfants ainsi que ceux de la santé des femmes montrent qu'il ya un important travail à faire pour que les objectifs fixés soient atteints.

En ce qui concerne les groupes vulnérables tels que les personnes âgées les handicapés, les personnes démunies, des aides ponctuelles ont été octroyés aux handicapés et personnes âgées et aux Personnes nécessiteuses.

### II.3 L'investissement dans les secteurs sociaux

Tableau 17 : les dépenses d'investissement

Rubriques	1995	1996	1997	1998	1995-98
	36,0%	47,8%	41,1%	43,9%	41,0%
Eau potable et assai.	15,9%	7,9%	16,23%	38,8%	13,7%
Logement	11,7%	10,1%	4,2%	9,1%	8,2%
Santé	20,2%	18,3%	11,2%	12,0%	16,1%
Education	15,8%	16,6%	30,9%	16,0%	22,0%
Divers	36,5%	47,1%	37,4%	24,1%	40,0%
Ensemble	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0

Source : DPS, Dp, Dcef

L'examen du tableau ci-dessus révèle qu'en 1995-97 41,0% des dépenses publiques d'investissement et d'équipement ont été réalisées en moyenne au profit des secteurs du quaternaire dont 51,8% au seul titre de l'éducation, la santé, et l'eau potable et assainissement. Mais contrairement aux dépenses dans l'éducation qui se sont nettement améliorées entre 1995 et 1997 passant de 15,8% à 30,9% des dépenses au titre de l'amélioration du cadre de vie, les dépenses dans le secteur de la santé ont fortement chuté passant de 20,2% à 11,2% seulement. Alors que 30,7% de l'enveloppe des réalisations sont allés au développement des activités productives, seuls 19,4% ont été affectés au tertiaire. Il faut souligner à ce niveau que l'essentiel des dépenses d'investissements et d'équipement publics (89,6%) a été englouti dans les transports. Le secteur secondaire n'a bénéficié que de 8,9% des dépenses publiques d'investissements.

Entre 1994 et 1998, les dépenses budgétaires ont progressé d 2,3% en moyenne l'an alors qu'elles avaient baissé de 2,5% en moyenne au cours de la période 1989-93.

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

Tableau 18 : Ratios de dépenses budgétaires

	1989-93	1994-98	1989-98
Dépenses budgétaires/PIB	15,5%	10,0%	12,1%
Dépenses budgétaires de la santé/PIB	0,8%	0,7%	0,7%
Dépenses budgétaires de l'Education/PIB	4,1%	3,2%	3,6%
Dépenses budgétaires de la santé/DB	5,3%	7,0%	6,2%
Dépenses budgétaires de l'Education/DB	26,6%	23,4%	29,6%

Sources : DPS, DCEF, DP

Mais du point de vue budgétaire, quoique les deux secteurs ne bénéficient pas des mêmes priorités, leur situation respective a continué à s'améliorer entre 1989 et 1998. Ainsi, alors que l'éducation bénéficiait déjà de 26,6% des dépenses budgétaires entre 1989 et 1993, sa part dans le budget a atteint 32,4% au cours de la période 1994-98. Pour la santé, les dépenses budgétaires sont passées de 5,3% à 7% des dépenses budgétaires entre 1989-93 et 1994-98.

### III. LA BONNE GOUVERNANCE

Le IX<sup>ème</sup> Plan a identifié également sous le vocable « d'obstacles institutionnels » la mauvaise répartition des rôles et des pouvoirs entre l'Etat, la société civile et les acteurs du privé. La construction de l'Etat-stratégie est un élément de réponse à ces obstacles .

A cet effet, le gouvernement a engagé un programme national de bonne Gouvernance qui sera articulé autour de quatre composantes qui couvrent l'ensemble du champ de la bonne Gouvernance :

- Amélioration de l'efficacité de l'Administration publique ;
- Approfondissement du système démocratique et de la Gouvernance locale ;
- Amélioration du système judiciaire et du climat des affaires et ,
- Renforcement des capacités.

Le programme de bonne Gouvernance en cours de formulation a fait l'état des lieux en passant en revue les performances des services de l'administration publique, celles de la démocratie et de l'environnement des affaires et, enfin, les problèmes qui limitent l'efficacité de la Justice. De manière générale, c'est le consensus qui est recherché avec tous les acteurs sociaux dans l'élaboration des politiques. La dialogue est la concertation ont permis d'instaurer un climat favorable à toutes les réformes la libéralisation de l'économie. Cette dynamique s'effectue dans le respect du droit du travail. Le Sénégal est signataire de toutes les conventions relatives au droit social ( droit du travail , droit des enfants ) .

Concernant l'Administration, une étude sur sa productivité réalisée par le Ministère du Travail et de l'Emploi en Novembre 1997 rend compte des constats des usagers des services publics. Elle signale par degré d'importance :

- une faible capacité de réponse et de réaction et une administration lourde avec des procédures longues ;
- un taux d'absentéisme des agents de la fonction publique assez élevé conduisant souvent à un manque d'interlocuteur pour orienter l'utilisateur ;
- une administration plutôt rigide incapable de s'adapter au changement et d'anticiper le futur ;
- un désintérêt des agents à leur tâche qui est un frein à leur esprit d'initiative.

La bonne Gouvernance suppose également une valorisation du statut socio-juridique des femmes et des jeunes. Il convient de citer la mise en place de l'Observatoire sur les droits de la femme et l'adoption d'une loi sur les violences faites 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 sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes et les droits de l'enfant.

Dans le cadre de l'amélioration de la qualité du service public, les pouvoirs publics ont engagé la réforme du système d'avancement des agents qui sera désormais basé sur le mérite. Un plan d'action est attendu à l'issue des différentes concertations pour la réforme de l'Administration.

Au niveau de la Santé, le Ministère a adopté la loi portant réforme du sous-secteur hospitalier qui donne une plus grande autonomie financière aux formations hospitalières. Le programme de réformes met aussi l'accent sur la réorganisation du ministère avec la mise en œuvre d'un plan de formation, de recrutement et de gestion du personnel.

**Concernant le climat des affaires, de nombreux investisseurs étrangers et des hommes d'affaires locaux continuent de percevoir, malgré tous les efforts récents l'environnement comme étant hostile à l'initiative privée.**

En effet pour améliorer le climat des affaires, des mesures de libération de l'économie ont mis fin depuis 1994 à l'interventionnisme de l'Etat dans la gestion économique et financière :

- suppression des restrictions quantitatives à l'importation ( autorisations préalables, contingentement,... );
- suppression des conventions spéciales et limitation des exonérations douanières et fiscales dans le seul cadre du code des investissements ;
- large concertation avec le secteur privé pour une large diffusion des mesures consensuelles retenues ;
- désengagement ou privatisation du secteur parapublic ;
- assouplissement envisagé des procédures des contrats des marchés publics ;
- instauration d'une liberté des prix ;
- libéralisation de l'accès à toutes les professions sauf dans le domaine de la sécurité et de la santé;
- suppression de la politique sectorielle de crédit en faveur de l'open market.

Plusieurs initiatives sont en cours pour renforcer le secteur privé et améliorer son environnement de production :

- mise en place du centre de formalités des entreprises et amélioration des prestations du Guichet Unique ;
- mise en place du centre d'arbitrage de la chambre de Commerce ;
- mise en place du guichet d'information au Ministère de la Justice ;
- mise en place d'une commission nationale de l'OHADA et des textes préparant l'entrée en vigueur des actes uniformes de la dite organisation ;
- réformes des secteurs d'appui à la production en vue d'en améliorer l'efficacité des prestations .

**Les procédures judiciaires actuelles trop lourdes, une législation vétuste ainsi que des ressources humaines insuffisantes entravent le fonctionnement de la justice.**

Pour parfaire le fonctionnement de la justice, d'importantes réformes déjà initiées vont être approfondies et complétées. En 1993, il a été mis fin au pouvoir de manquement des fonds du Greffier en chef et mis en place la Caisse Autonome des Règlements Pécuniaires des Avocats (CARPA). Pour l'assistance judiciaire, un crédit de 200 millions de F CFA géré par l'ordre des Avocats est mis en place.

Les interventions du projet d'Appui à la Réforme du système Judiciaire ont contribué à la résorption partielle des besoins de développement des ressources humaines des Cours et Tribunaux et à une amélioration des conditions de travail par un appui matériel et logistique. Le projet vise également l'accès au droit du justiciable. Cet accès jetterait les bases d'une transparence accrue du système judiciaire.

L'instauration d'un climat des affaires sain, la transparence et la gestion rigoureuse des fonds publics ont toujours inspiré le législateur. Il existe depuis l'indépendance des dispositions législatives qui favorisent la transparence dans le climat des affaires et luttent contre la corruption. La volonté politique pour mettre fin à la corruption ne s'est jamais démentie. D'ailleurs, en 1981, une nouvelle cour de justice pour lutter contre l'enrichissement illicite devait voir le jour même si elle n'a pas obtenu tous les résultats attendus. Des réformes hardies sont envisagées dans le cadre de notre

programme de bonne gouvernance.

En dehors des organes de justice, plusieurs structures sont chargés directement ou indirectement de la lutte contre la corruption : L'IGE, la cour de contrôle et de vérification des comptes des établissements publics (CCVEP) et tous le corps des inspecteurs des opérations financières et du Trésor.

En raison de la demande de plus en plus accrue de transparence, de pluralisme médiatique et de liberté d'expression dans les domaines politique, économique et social, un Haut Conseil de l'Audio-visuel (HCA), organisme indépendant est créé pour veiller à l'objectivité et au pluralisme de l'information, à la libre et saine concurrence entre les médias audiovisuels.

L'existence d'une presse indépendante permet de sensibiliser l'opinion et de jouer le rôle de contre-pouvoir favorable à la lutte contre la corruption. Il en est de même de la décentralisation qui permet la participation directe des populations à la gestion des pouvoirs.

L'Assemblée a aussi voté en Mars 1998 la loi portant création de l'Inspection Générale de l'Administration de la Justice dont les attributions portent entre autre sur le rendement et la qualité des services, la tenue et la conduite des magistrats et des personnels de la Justice, le rythme de l'Administration de la Justice ... La loi portant création de la Cour de Discipline Financière à la place de la Cour de Discipline Budgétaire avec pour mission de poursuivre et de sanctionner toute faute de gestion sur les deniers publics au sens large et à l'encontre de toute personne détenant un mandat public, administrateur de crédits ou ordonnateur, participe aussi à la dynamique des responsabilités.

La réforme du système d'avancement des agents a été adoptée. Les conclusions des enquêtes sur la qualité du service public, préalable à la concertation sur l'Administration, sont disponibles. Déjà, le recrutement à tous les corps s'opère sur la base d'appel d'offre public pour employer les meilleures ressources humaines.

Concernant le système démocratique, le Sénégal pratique le multipartisme depuis 1974. Son système politique a prouvé avec l'alternance en mars 2000 toute sa vitalité. Cette option s'est approfondi et s'intègre à la politique de respect du droit de la personne humaine et du droit de l'homme. Dans ce sens, le Sénégal a ratifié plusieurs conventions protocole et traité :

- la Convention d'OTTAWA sur les mines anti-personnel ;
- la Convention Africaine contre l'utilisation des enfants dans les conflits armés ;
- le protocole relatif à la Charte Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples portant création d'une Cour Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples ;
- le traité de Rome créant la Cour pénale internationale (à ce sujet, il faut souligner que le Sénégal a été le premier pays à avoir déposé les instruments de ratification dudit traité suivi de la France. C'est ce qui lui a valu les félicitations de la Communauté Internationale).

On peut également mentionner les récentes modifications du code pénal et du Code de Procédure pénale et du Code de Procédure pénale avec la répression des mutilations génitales féminines, la présence de l'Avocat durant la garde à vue, la nouvelle rédaction de l'article 80 du Code pénal qui supprime le fait de « jeter le discrédit sur les institutions politiques ou leur fonctionnement » parmi les actes qualifiés de crimes et délits contre la sûreté de l'Etat.

Le second volet de la composante système démocratique concerne la

**régionalisation permet une meilleure répartition des centres de décision.** L'Etat a transféré neuf domaines de compétences aux collectivités locales. Une Agence Régionale de Développement (l'ARD) est mise en place depuis le 05 Mai 1998. Elle est chargée d'impulser le développement régional et local et à la maîtrise d'œuvre dans l'élaboration du Plan Régional de Développement Intégré (PRDI), des Plans d'Investissements Communaux (PIC) et des Plans de Développement Locaux (PLD). L'ARD va accroître la capacité de formulation et de gestion des projets et programmes.

### Mobilisation des ressources

Par ailleurs, il convient d'accorder la **priorité au secteur quaternaire** (Education, Santé, Population, Développement Social etc...) dans le **Programme Triennal d'Investissement Publics** pour la période 1997 - 1999 où il représente 40% sur une enveloppe globale de 841,11 milliards de F CFA couvrant les 3 années 1997, 1998, 1999.

Les investissements prévus au niveau du sous-secteur Développement Social s'élèvent à 25 473 000 F CFA pour la période et représentent 7% du secteur quaternaire .

Cette priorité se manifeste également au niveau du Budget de fonctionnement de l'Etat, malgré une faible augmentation au cours des dernières années.

En effet, si la part du budget réservée à la Santé a connu une augmentation de 0,5% en 1998 et 1999, celle de la plupart des autres ministères est restée constante.

La part des budgets du Ministère de la Famille, de l'Action Sociale et de la Solidarité Nationale a légèrement augmenté en raison des transferts de la Direction de l'Action Sociale et de la Solidarité Nationale et de l'Ecole Nationale des Travailleurs Sociaux Spécialisés .

Le tableau ci-dessus donne une présentation de la part de certains ministères sociaux dans le budget de fonctionnement de l'Etat.

Ministères	1998		1999	
	Millions de FCFA	%	Millions de FCFA	%
Ministère Santé	17 694 784	7,8	20 666 400	8,25
Ministère Education Nationale	88 145 593	32,9	92 313 024	32,0
Ministère Jeunesse et Sports	2 872 233	1,1	3 511 520	1,2
Ministère de la Famille et de la Solidarité Nationale	790 320	0,3	1 361 014	0,5
Ministère Culture	990 700	0,4	1 209 774	0,4
Ministère Hydraulique	559 375	0,2	556 265	0,2

Source : Projet de loi Finances pour 1999, MEFP

on peut espérer qu'avec une économie de **95 milliards de F CFA**, durant la période **1998 - 2000** ; réalisée par le Sénégal grâce à une réduction de **67%** de sa dette au niveau du **Club de Paris**, des efforts substantiels vont encore être réalisés en faveur des projets et programmes sociaux des populations les plus déshéritées.

Les ONG dont le nombre est passé en 1997 à plus de 278 et en 1998 à plus de 350 (dont 163 internationales) contribuent aux financements des activités de génération de revenus et de d'accès aux services sociaux. Elles ont mobilisées en 1997 plus de 29,6 milliards de F.CFA d'investissements et près de 57 milliards de F.CFA en 1998.

Le financement des activités génératrices de revenus au bénéfice des populations vulnérables (handicapés) et à la lutte contre les fléaux sociaux (drogue, délinquance) et la prise en charge des enfants en situation difficile ont connu un début de réalisation.

#### **IV. PROBLEMES ET PERSPECTIVES**

Pour réduire durablement la pauvreté et améliorer les indicateurs sociaux, le gouvernement s'emploiera au cours des prochaines années, à éliminer les faiblesses structurelles de l'économie et à **accélérer la croissance**, notamment par la **mise en œuvre d'une nouvelle génération de réformes**. La stratégie adoptée vise à assurer une croissance économique forte sur la période et augmenter substantiellement le revenu par tête ; maintenir un niveau d'inflation en permettant de garder un différentiel favorable aux produits sénégalais ; et réduire le déficit du compte courant extérieur (hors transferts officiels) à un niveau soutenable. En poursuivant ces objectifs, le gouvernement s'efforce de maintenir le déficit budgétaire global hors dons à un niveau compatible avec nos ambitions de croissance. La réforme déjà amorcée du tarif extérieur commun dans le cadre des politiques de convergences édictées par l'UEMOA va être achevée. Des mesures ont été prises pour améliorer le rendement fiscal et accroître la productivité des services de recettes. La politique monétaire régionale vise le renforcement continu de la position des réserves de change de la zone et à limiter le crédit bancaire à l'Etat.

Les réformes à conduire dans le moyen terme devront contribuer à **accélérer la croissance** et à **réduire fortement la pauvreté et le chômage**. Elles visent ainsi à instaurer un environnement plus propice au développement des activités du secteur privé, à achever le programme de privatisation en cours, à parfaire la restructuration des administrations centrale et locale, à appliquer effectivement les programmes élaborés en faveur des secteurs d'appui à la production et de l'agriculture. **Les réformes concernent aussi la mise en valeur des ressources humaines à travers l'adoption de plans de développement à long terme propres aux secteurs de la santé et de l'éducation.**

##### **IV.1. Perspective au niveau du secteur Genre et développement social**

Les acquis ci-dessus vont être renforcés dans le cadre de la mise en œuvre du PANAFA et de différents programmes de développement. A cet effet certains Bailleurs de fonds ont déjà procédé au financement d'importants projets ou envisagent de le faire. Dans ce cadre, l'émergence d'un réseau d'organisations « Siguil Jiggen » pour le renforcement du pouvoir des femmes et des rapports Hommes et Femmes égalitaires est favorisé grâce à l'appui du Canada.

La combinaison des différents programmes en cours ou en instance permet de dire que le coût global de 25 Milliards du PANAFA sera totalement couvert à l'horizon 2001. Ainsi on peut espérer grâce aux impacts attendus des différentes réalisations prévues que les conditions socio-économiques des femmes seront sensiblement améliorées.

sécurité des personnes, des biens et des transactions. Sa bonne performance constitue une condition absolument nécessaire à l'instauration d'une paix civile et une garantie de la sauvegarde des intérêts des investisseurs. En effet dans sa nouvelle stratégie de croissance, l'Etat fait de la promotion du secteur privé l'axe central de sa politique.

Les objectifs visés sont :

- une amélioration de l'environnement économique et institutionnel des entreprises par la concertation ;
- une modernisation de la justice pour contribuer à l'instauration de l'Etat de droit ;
- une stabilité de l'environnement juridique pour mieux rationaliser les comportements d'anticipation ;
- un accès plus aisé des justiciables à la justice.

Ces objectifs seront pris en charge par deux volets : Réforme institutionnelle et climat des affaires.

Au niveau institutionnel, les mesures déjà engagées seront poursuivies en vue d'une amélioration de l'environnement juridique notamment, l'amélioration de la couverture réelle par la création de tribunaux départementaux pour mieux s'approcher du justiciable, la révision de textes de lois dans le sens de la promotion d'un Etat de droit et le renforcement de l'effectif des magistrats .

Les activités se rapportant à l'appui institutionnel visent essentiellement à rendre la justice accessible aux justiciables, à améliorer les conditions de travail et à diversifier les filières de spécialisation des magistrats. Ainsi les activités envisagées sont :

- Renforcer la Section des Comptes du Conseil d'Etat avec le recrutement de fonctionnaires ayant des compétences dans le domaine de la comptabilité ;

Par ailleurs, il sera procédé à la révision des procédures notamment à la suppression de celles relatives au sursis à exécution.

Une étude diagnostic sur les auxiliaires de justice de manière à identifier les goulots d'étranglement rencontrés dans chaque corps en vue de les alléger voir les supprimer est aussi prévue .

D'autres mesures sont envisagées pour améliorer le climat des affaires :

- Adapter les différents codes à l'évolution des affaires ( codes du travail, des investissements , minier, des impôts, des douanes ...) ;

- Adoption du SYSCOA ( système comptable ouest-africain plus transparent )
- Renforcer l'efficacité de la Commission Nationale pour la Concurrence;
- Poursuivre l'harmonisation des lois et procédures au traité de l'OHADA ;
- Poursuivre et élargir la politique de concertation avec le secteur privé dans la formulation des lois ;

En ce qui concerne la problématique de la sécurité juridique et judiciaire des investissements, il sera procédé à la révision de textes ayant des déficits prononcés en la matière. Il s'agit notamment de :

- le Code des Obligations civiles et commerciales (insuffisances sur les actions gouvernant les activités économiques et la question d'immunité d'exécution forcée garantie à l'Etat) ;
- la loi sur la Société à responsabilité limitée ;
- le droit des entreprises en difficulté .

En ce qui concerne la lutte contre toute forme d'enrichissement illicite et de pratiques illégales connexes, il s'agit de criminaliser les actes de corruption concernant les deniers publics, de créer de meilleures normes de comptabilité en renforçant la collaboration entre les institutions judiciaires et les services d'enquêtes et de veiller à ce que les dispositions relatives au secret bancaire n'interdisent l'ouverture de poursuites judiciaires. Une déclaration préalable des avoirs doit être obligatoire pour certains corps ou fonctions. Aussi pour mieux protéger les ressources publiques, il sera mis en place une cellule indépendante qui peut se constituer en partie civile en cas de détournement de deniers publics.