

REPUBLIQUE DU SENEGAL

MINISTERE DE L'ECONOMIE,
DES FINANCES ET DU PLAN

DIRECTION DE LA PLANIFICATION

3543
N° _____ MEFP/
DP/DPSE/Q

Dakar, le _____ 199

BILAN DE LA POLITIQUE DE POPULATION

AOUT 1998

LE CONTEXTE

En se fondant sur les résultats des recensements de 1976 et 1988 qui ont donné un taux de croissance intersensitaire de 2,7 %, la population du Sénégal est estimée à 8.871.600 en 1997. Si les tendances se poursuivent, elle sera de 9.121.900 en 1998 et 9.379.700 en 1999. C'est une population relativement jeune 47,6 % ont moins de 15 ans et 58,1 % ont moins de 20 ans. La structure montre une légère domination des femmes, le rapport de masculinité est de 95 %. La répartition géographique de la population reflète une inévitabilité à travers les différentes régions administratives.

On note par exemple une forte densité dans la capitale à l'Ouest, relativement au centre, tandis que l'Est enregistre une faible densité.

Le taux de mortalité général de 17 pour mille est corrigé par un taux de natalité de 47 pour mille portant ainsi l'accroissement naturel à 3 %. La mortalité encore élevée malgré les efforts enregistrés ces dernières années accentue le potentiel d'accroissement de la population. Les résultats de l'EDS3 donnent les indicateurs de mortalité : la mortalité néonatale 38‰, mortalité post-néonatale 31,5‰, mortalité infantile 69,4‰, mortalité juvénile 75,1‰ et mortalité infanto-juvénile 139,3‰.

Les mouvements migratoires sont très importants surtout au niveau interne (exode rural). La migration internationale quant à elle souffre de l'inexistence de sources statistiques actualisées et fiables. Toutefois, la connaissance de la migration internationale a été plus ou moins améliorée en 1993 grâce à l'EMUS. Ces flux ne sont pas bien connus ainsi que leurs impacts socio-économique et démographique.

Les projections macro-économiques et financières (1997-1999) estiment le revenu intérieur brut par tête (en francs courant) et le revenu National Brut par tête (en franc courant) respectivement à 321.289 FCFA et 349.446 FCFA.

Selon les mêmes prévisions, le revenu intérieur brut par tête va enregistrer une légère hausse passant de 344.121 FCFA en 1998 à 374.498 FCFA en 1999. Le revenu national brut par tête est prévu à 373.395 FCFA en 1998 et 402.355 en 1999.

Les activités d'éducation et de formation entreprises ces dix dernières années ont augmenté les dépenses budgétaires consacrées à ce secteur. Néanmoins, la situation ne s'est guère améliorée eu égard à la pression démographique. La population scolarisable (7-12 ans) n'a pas cessé d'accroître, les résultats des deux recensements (1976 et 1978) montrent que cette frange a connu une croissance annuelle moyenne de 4,2 %

Le taux de scolarisation a connu une chute de trois points entre 1989 et 1993. A cet effet, des efforts sont déployés notamment avec le PDRH2. A l'heure actuelle, cet indicateur est de 61,7 %. L'objectif des pouvoirs publics est d'atteindre 65 % en 1998. Ces taux cachent des disparités entre garçons et filles, la sous-scolarisation étant plus criarde chez ces dernières et en milieu rural.

En matière d'investissement publics, les réalisations sont passées du simple au double de 9,6 à 21,5 millions entre 1995 et 1996. Pour les autres niveaux d'enseignement, la qualité et l'efficacité des enseignements pâtissent des contraintes du secteur, toutefois, des correctifs sont en train d'être apportés pour une meilleure maîtrise des flux.

En matière de santé, les indicateurs ont enregistré une amélioration en raison des efforts déployés au profit de ce secteur et se rapprochent de plus en plus des normes de l'OMS. En guise d'exemple, citons la couverture sanitaire par poste de santé (1 pour 11083 habitant en 1993 contre 1 pour 10.000 qui est la norme pour l'OMS) le nombre de femmes en âge de procréer par sage femme (1 pour 5190 contre 1 pour 5000 pour l'OMS). Tel n'est pas le cas pour l'indicateur, le nombre d'habitants par hôpital, nous enregistrons une dégradation de la situation de 1988 (404.818 habitants / Hôpital) à 1993 (465510 habitants par hôpital). Cet effectif a plus que triplé la norme préconisée par l'OMS. Concernant l'accessibilité théorique d'un poste de santé, la moyenne est de 9,3 Km pour l'ensemble du pays mais ceci cache des disparités très importantes entre les régions.

Par exemple à Tambacounda le rayon d'action moyen est de 15,5 km contre 1,5 Km à Dakar pour ne citer que ces deux régions. Le nombre d'habitants par médecin est encore très éloigné des normes préconisées par l'OMS (13.350), toutefois, il a enregistré une baisse notoire de 20 % entre 1988 et 1993.

Pour ce qui concerne la mortalité, le paludisme demeure la principale cause de mortalité (29,6% des cas viennent en seconde position les maladies diarrhéiques puis les parasitoses intestinales. Le choléra qui sévit depuis 1995 a fait de nombreuses victimes. Les enfants sont les plus touchés et leurs taux de mortalité (infantile et infanto-juvénile) sont les plus élevés : 68‰ pour le groupe (0-1 an) et 131‰ pour le groupe 0-5 ans). La mortalité maternelle est aussi encore élevée et se situe à 510 décès pour 100.000 naissances vivantes.

Le nombre est plus important si on tient compte de la sous-notification, des décès enregistrés durant la grossesse et surtout des décès maternels pour la mortalité (les mort-nés).

La part du budget alloué à ce secteur augmente de 0,5 point chaque année depuis quelques années, l'objectif est d'atteindre les 9 % préconisés par l'OMS. Les investissements publics réalisés entre 1994 et 1996 ont été de 10,7 milliards de FCFA en moyenne.

L'enjeu que constituent les problèmes de population a conduit les pouvoirs publics à l'élaboration et la mise en œuvre d'une politique cohérente et efficace.

Le Sénégal a adopté en Avril 1988 une déclaration de politique de population qui s'est fixée des objectifs que la mise en œuvre de programmes d'actions et d'investissements prioritaires devront permettre d'atteindre.

Les taux brut de natalité et de mortalité sont respectivement estimés à 46 pour mille et 18 pour mille. Ces taux engendrent un accroissement de la population de l'ordre de 2,9% l'an. Cet accroissement est plus important en milieu urbain où le taux reste supérieur à 4%.

1.2. La Fécondité et ses principaux déterminants

Les Enquêtes démographiques et de Santé réalisées par la DPS en 1986, 1992/93 et 1997, constituent les principales sources d'informations sur la fécondité. Le dynamisme structurel de la population, reste toujours une contrainte de taille pour le développement économique et social. De manière naturelle, ce dynamisme reste lié à la fécondité.

Le taux de fécondité évalué à 103 pour mille à 15-19 ans, atteint 219 pour mille à 20-24 ans. Le taux de fécondité augmente rapidement pour atteindre son maximum (240 à 245 pour mille) entre 25 et 34 ans .

Le niveau du taux de fécondité a toujours été très élevé. Ainsi compte tenu de la faible prévalence contraceptive, le déterminant principal de la fécondité reste la nuptialité. Indirectement, la fécondité est expliquée par le niveau du taux de scolarisation et d'analphabétisme des femmes. Le rythme avec lequel ces taux baissent, laisse supposer que des efforts ont été faits dans plusieurs domaines.

Evolution du taux de fécondité général pour 1000 femmes

	1978	1986	1992/93	1997	2001 ^p
15-19	189	159	127	103	87
20-24	304	279	250	219	192
25-29	332	278	266	240	217
30-34	265	261	244	245	246
35-39	197	199	185	186	187
40-44	108	107	99	99	99
45-49	34	40	34	41	40

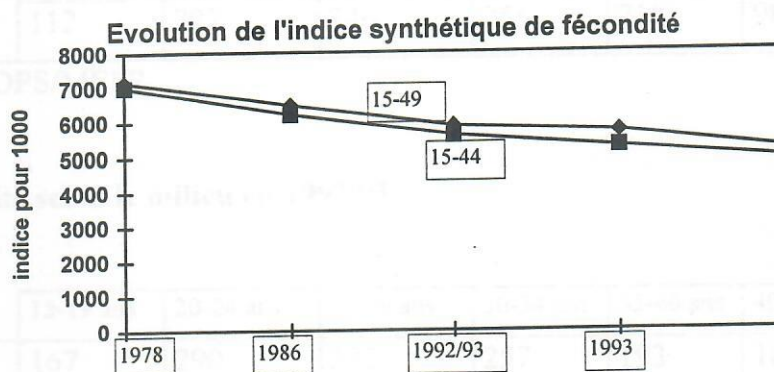
source :EDS 3, 1996/97, DPS/MEFP

Le taux de fécondité lu sur le tableau ci-dessus, est calculé sur la période de cinq ans précédant les enquêtes en 1978, 1986, 1992/93 et en 1997. La baisse du taux qui a été enregistrée peut s'expliquer par plusieurs facteurs dont les plus importants, après le mode d'allaitement, sont la nuptialité et la pratique de la contraception.

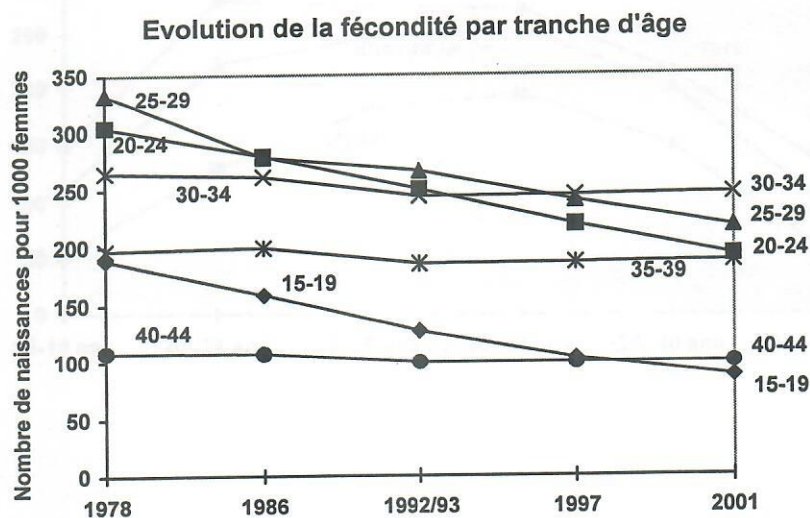
Evolution de l'Indice synthétique de fécondité

ISF .1000 (15-49)	7145	6615	6025	5665	5342
ISF .1000 (15-44)	6975	6415	5855	5460	5140

Source :EDS 3, DPS/MEFP



L'indice synthétique de fécondité varie de 6,7 enfants par femme en milieu rural à 4,3 dans les zones urbaines (EDS3).



Selon le milieu de résidence, la fécondité révèle des différences importantes. Les femmes urbaines ont une fécondité inférieure à celle des femmes rurales. Cette différence est encore plus significative pour les tranches d'âge 15 à 28 ans, compte tenu du taux de fréquentation qui varie de manière considérable de la ville à la campagne.

Dans le groupe des méthodes modernes, on retrouve la pilule, le DIU, l'injection, le Norplan, les méthodes vaginales, le préservatif, la stérilisation. Les méthodes traditionnelles comprennent la continence périodique, le retrait, l'abstinence prolongée et les autres méthodes non classées modernes.

D'après les résultats de l'enquête, il existe un grand écart entre le nombre de femmes qui connaissent une méthode et le nombre de femmes utilisatrices d'une méthode.

1997	Connaissance d'1 méthode		utilisation		utilisation actuelle	
	TF	FM	TF	FM	TF	FM
au moins une méthode moderne	82,2	82,5	21,8	17,3	10,8	12,9
au moins une méthode traditionnelle	55,6	60,9	11,6	14,5	3,8	4,8

1992/93	connaissance d'1 méthode		utilisation		utilisation actuelle	
	TF	FM	TF	FM	TF	FM
au moins une méthode moderne	70,6	70,3	10,2	10,6	4,5	4,8
au moins une méthode traditionnelle	47,6	49,6	8,8	9,8	2,5	2,7

source :EDS 3, DPS/MEFP

Les taux de connaissance et d'utilisation d'une méthode contraceptive ont sensiblement augmenté entre 1992/93 et 1997. Les résultats de l'enquête EDS-III ont montré une nette amélioration du taux de prévalence contraceptive au cours de cette période. Toutefois, le niveau d'utilisation reste encore faible, surtout par rapport à la connaissance d'une méthode, malgré l'effort qui a été fait sur ce plan:11% de l'ensemble de toutes les femmes et chez les femmes mariées, ce taux reste égal à 13% en 1997 contre 7,5% en 1992/93.

II - La politique du secteur

2.1 - les grandes lignes de la politique

2.1.1 - Objectifs globaux

La déclaration de la politique de population s'est fixée un certain nombre d'objectifs dont la mise en œuvre des programmes d'actions prioritaires devront permettre d'atteindre ces objectifs qui peuvent se résumer ainsi sans ordre de priorité :

- améliorer les connaissances des problèmes de population grâce à des recherches appropriées dans les domaines de la planification du développement, de l'histoire, de la démographie, de la sociologie, etc...

- accentuer la formation dans le domaine des sciences de la population à l'effet d'améliorer les compétences du pays ,

- améliorer la couverture des besoins de bases des populations dans les domaines de l'alimentation et de la nutrition, de l'assistance sociale, de la santé, de l'éducation, de la formation, du logement, de l'environnement, de l'information, des loisirs et des activités culturelles ;

- assurer une adéquation entre les ressources humaines en termes qualitatifs et quantitatifs à l'effet d'améliorer la qualité de la vie et favoriser un bien-être pour toutes les couches de la population ;

- faire infléchir les taux de la morbidité et de mortalité maternelle, infantile par la mise en œuvre des programmes de santé incluant la planification familiale;

- faire infléchir les taux de fécondité et le rythme d'accroissement démographique ;

- corriger les disparités régionales en ce qui concerne la répartition des populations en freinant l'exode rural par l'accroissement de la mise en valeur des régions.

2.1.2.- Objectifs spécifiques

a - Secteur éducation

Un certain nombre d'objectifs sont poursuivis dans ce secteur à l'effet :

- d'élargir l'accès à l'éducation de base et améliorer la qualité et les performances ;

- d'améliorer la qualité et la gestion de l'enseignement secondaire et universitaire.

b/- Secteur santé

Les objectifs poursuivis dans ce secteur visent à :

- améliorer la qualité des prestations de services et élargir l'accès au service de base ;

- poursuivre les réformes du secteur ;

- promouvoir et diversifier des sources de finances du secteur ;

- renforcer la décentralisation et déconcentration ;

- lutter contre les maladies endémiques ;

- lutter contre les maladies vasculaires.

2.1.3 - Mesures et actions prises :

a) - Secteur Education

Dans ce secteur, les mesures et actions prises en vue d'atteindre les objectifs escomptés sont :

- . la mise à jour de la carte scolaire ;

- . la construction de 3.500 classes et la réhabilitation de 8.000 classes.
- . la créations de postes budgétaire ;
- . le renforcement des classes à doubles flux et celles multigrades ;
- . la poursuite du recrutement des volontaires ,
- . la sensibilisation des collectivités locales, du privé, des ONG à s'investir dans l'œuvre d'éducation ;
- . la prise en charge du groupe 9-15 ans pour soutenir la scolarisation ;
- . le renforcement de la sensibilisation et de la mobilisation sociale envers les femmes pour lutter contre l'analphabétisme ;
- . la formation en gestion et en administration scolaire des enseignants du secondaire et du supérieur ;
- . la régulation des admissions en 6ème et en seconde ;
- . l'équipement des bibliothèques des lycées ;
- . la poursuite des réformes au niveau des universités ;
- . la mise en œuvre du programme d'Appui à l'Enseignement Supérieur .

b) Secteur santé

Dans ce secteur, les mesures et actions prévues en vue d'atteindre les objectifs escomptés sont :

- . respecter les normes établies au niveau des différentes formations sanitaires (hôpital, poste, centre de santé) ;
- . élaborer et exécuter le plan de recrutement pour résorber le déficit en personnel ;
- . redéployer le personnel en vue de la réduction des disparités régionales ;
- . améliorer la gestion des ressources humaines ;
- . renforcer les moyens logistiques et réhabiliter les structures sanitaires nécessiteuses ;
- . rendre les hôpitaux régionaux fonctionnels pour décongestionner le C.H.U ;
- . accélérer l'adoption d'un statut pour la Pharmacie d'Approvisionnement ;
- . renforcer le contrôle des médicaments ;
- . assurer la promotion des génériques particulièrement et au sein du secteur;

- . libéraliser l'accès à la propriété et l'implantation géographique des officines de pharmacies (avec obligation de présence d'un pharmacien au moins par office);

- . faire progresser de 5 % par an les dépenses de santé dans le budget de fonctionnement national ;

- . sensibiliser les collectivités locales dans le financement de la santé;

- . encourager la création de mutuelles ;

- . mise en place d'un cadre juridique pour les mutuelles ;

- . étudier la mise en place d'une caisse nationale d'Assurance maladie;

- . mise en œuvre des PDDS et PRDS ;

- . renforcer et intégrer la mise en œuvre des programmes ;

- . renforcement et suivi des différents programmes en cours (PEV, tétanos néo natal, etc ;

- . sensibiliser les populations notamment les jeunes et les femmes sur es MST/SIDA ;

- . définir une stratégie de prise en charge des maladies cardio-vasculaires ;

- . sensibiliser la population sur la gravité des maladies cardio-vasculaire et l'intérêt de la prévention.

3.2/ Articulation avec d'autre programmes/politiques

La politique de population, de nature transversale s'articule avec bon nombre de programmes et politiques menés dans d'autres secteurs. Toutefois, en se fondant sur les déterminants des mouvements démographiques, nous focalisons notre appréciation sur les programmes et politiques qui ont un impact sur la natalité, la mortalité et la migration.

2.2.1/ Les projets et programmes de santé de la reproduction , Planification familiale , santé sexuelle SP/PF/SS et éducation.

Plusieurs programmes ont été mis en œuvre dans les domaines de la Santé de la Reproduction, de la Planification Familiale et de la Santé Sexuelle (SR/PF/SS) et ont permis d'enregistrer des acquis importants, notamment dans :

- le domaine de la prévention de la mortalité maternelle ;

- le domaine de la planification familiale ;

- le domaine de la lutte contre les MST/SIDA ;

- le domaine de la nutrition ;

- le domaine de la sensibilisation en matière de SR ;

- le domaine de la promotion de la femme ;

- le domaine de la promotion des jeunes ;
- le domaine de l'Education ;

III. - Les résultats obtenus

3.1/ Actions réalisées

Des résultats importants ont été enregistrés grâce à l'exécution du programme d'actions sur la population. Les actions entreprises ont d'une part contribué à la mise en place d'un cadre d'intervention propice à l'exécution des activités de population et d'autre part ont permis d'atteindre des résultats notables dans l'exécution des programmes et projets sectoriels.

3.1.1./ Le renforcement du cadre d'intervention et d'exécution des activités en matière de Population

Le renforcement du consensus autour de la DPP qui constitue le cadre de référence pour l'exécution des activités en matière de population est dû à la conjugaison des efforts de vulgarisation de cette déclaration et des campagnes de sensibilisation menées auprès des décideurs et leaders d'opinions.

Les actions de plaidoyer ont permis au Programme National de Population de bénéficier d'un large soutien de plusieurs partenaires : le réseau des islamologues, celui des parlementaires, celui des journalistes et le forum du 3^e âge.

le premier Conseil-Interministériel sur la politique de population tenu en juillet 1995 avait abouti à l'adoption des objectifs démographiques quantifiés.

le cadre d'exécution de la politique a été renforcé par la mise en place d'instances régionales de coordination de la politique de population et le renforcement des structures nationales de coordination.

Ces dernières doivent leur renforcement à travers la création d'un comité interministériel (CISP) dont le rôle est d'appuyer au plan politique le Comité technique de suivi de la population (CTSP) chargé de faire le point sur l'exécution des programmes de population.

3.1.2 / Les acquis au niveau de l'exécution du programme.

a/ Intégration de la variable population dans la planification du développement

Un guide méthodologique a été élaboré à l'effet d'intégrer la variable population dans la planification du développement.

b) Collecte et analyse des données démographiques Etudes et recherches

- Des efforts notoires ont été déployés dans ce domaine pour corriger la carence en données démographiques fiables du pays à l'instar de leur nombre de pays en voie de développement :

En 1976, le Sénégal a fait son premier recensement démographique. Douze ans après s'est passée la seconde opération qui a intégré le volet Habitat.