

Sénégal

Population, Planification Familiale et Développement



Contribution à l'atteinte
des Objectifs du Millénaire
pour le Développement
(OMD)



PREFACE

La valorisation continue de nos ressources humaines et l'amélioration constante du cadre de vie de tous les segments de la société notamment les couches les plus vulnérables constituent des priorités de premier ordre pour l'ensemble des pouvoirs publics de notre pays.

Cette aspiration légitime qui trouve son fondement dans notre Constitution optimise les chances de vie et de réussite de tout un chacun dans l'égalité et l'équité garanties par notre droit positif. Elle est d'autant plus actuelle qu'elle s'inscrit en droite ligne des objectifs du millénaire pour le développement.

Notre ambition de réduire de trois quart la mortalité maternelle, de deux tiers la mortalité infanto juvénile et de réduire le taux de fécondité et le rythme de croissance démographique pour être au banquet de 2015, conformément aux recommandations de la communauté internationale, nous impose des initiatives hardies et innovantes ainsi qu'une implication plus soutenue des décideurs.

Le Modèle Ressources pour l'Analyse de la population et de son Impact sur le Développement (RAPID SENEGAL 2009) obéit à cette dynamique.

Cet outil de plaidoyer destiné aux leaders et aux décideurs, est le fruit d'une collaboration exemplaire entre l'Agence Américaine pour le Développement International (USAID) et le Ministère de la Santé, de la Prévention et de l'Hygiène Publique avec la participation active des Ministères de l'Education, de l'Agriculture, de l'Economie et des Finances, de l'Environnement, de la Fonction Publique, de l'Emploi et des Organisations Professionnelles et des partenaires techniques et financiers.

La présente brochure qui lui est associée constitue sa présentation sommaire. Les données qu'elle contient résultent d'une simulation de nature à éclairer les responsables sur les défis et les enjeux majeurs de notre pays à l'horizon 2032 et sur la nécessité de promouvoir la politique de la planification familiale pour contribuer de manière significative à la réduction du rythme de croissance démographique.

Je saisis cette opportunité pour adresser mes remerciements au Gouvernement des Etats Unis d'Amérique à travers l'USAID pour son appui technique et financier et transmettre mes félicitations à l'ensemble des techniciens relevant des structures nationales, des agences des Nations Unies et des organisations non gouvernementales pour la richesse du travail accompli.

Je formule le souhait que tous les décideurs de notre pays soient imprégnés des résultats de cette analyse et qu'ils puissent appuyer le développement de la santé de la reproduction en général, la promotion de la planification familiale en particulier pour le seul bénéfice de nos populations.

Madame Thérèse Coumba DIOP



Ministre de la Santé, de la Prévention et de l'Hygiène Publique

SOMMAIRE

PREFACE.....	3
SIGLES ET ABREVIATIONS	5
INTRODUCTION.....	6
I. Vision du Sénégal.....	7
II. Situation Démographique	7
Évolution de la population (1960–2008).....	7
La densité de la population	8
La fécondité.....	8
Répartition de la population par âge et par sexe.....	8
Conclusion	9
III. Interrelations entre Population et Développement Economique.....	9
La Thaïlande : Une Parfaite Illustration.....	10
IV. Impact de la Croissance Démographique sur le Développement Economique et Social au Sénégal.....	11
Projection de la Population de 2002 à 2032	11
Economie / Emploi.....	12
Agriculture	15
Urbanisation / Environnement	16
Education	17
Santé.....	19
V. Contraintes de la Planification Familiale au Sénégal	24
La prévalence contraceptive.....	24
Les besoins non satisfaits	25
VI. La Réponse Politique	27
REMERCIEMENTS.....	29
DOCUMENTS DE REFERENCE.....	30

SIGLES ET ABREVIATIONS

ANSD :	Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie
CPN :	Consultations Prénatales
DAPS :	Direction de l'Analyse et la Prévision Statistique
DEEC/MEPN :	Direction de l'Environnement et des Etablissements Classés/ Ministère de l'Environnement et de la Protection de la Nature
DPP :	Déclaration de la Politique de Population
DPPDH :	Direction de la Population et de la Planification du Développement Humain
DPRE/ME :	Direction de la Planification et de la Réforme de l'Education, Ministère de l'Education
DSR :	Division de la Santé de la Reproduction
DSR/MSP :	Division de la Santé de la Reproduction, Ministère de la Santé Publique
DSRP :	Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté
EDS :	Enquête Démographique et de Santé
EPT :	Education Pour Tous
ESAM :	Enquête Sénégalaise Auprès des Ménages
ESPS :	Enquête de Suivi de la Pauvreté au Sénégal
FAR :	Femmes en Age de Reproduction
Fcfa :	Francs Communauté Financière Africaine
GOANA :	Grande Offensive Agricole la Nourriture et l'Abondance
ICP :	Infirmier Chef de Poste
IEC :	Information Education Communication
ME :	Ministère de l'Education
MEF :	Ministère de l'Economie et des Finances
MSP :	Ministère de la Santé Publique
OMD :	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
PDEF :	Programme de Développement de l'Education et de la Formation
PDIS :	Programme de Développement Intégré de la Santé
PEIGS :	Planification et l'Espace Idéal des Grossesses pour la Santé
PIB :	Produit Intérieur Brut
PME :	Petite et Moyenne Entreprise
RAPID :	Ressource pour l'Analyse de la Population et de son Impact sur le Développement
RGPH :	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
SNIS/MSP :	Service National de l'Information Sanitaire / Ministère de la Santé et de la Prévention
SR/PF :	Santé de la reproduction / planification familiale
TBS :	Taux brut de scolarisation dans le primaire (le nombre d'élèves du primaire divisé par la population ayant l'âge officiel du primaire)

INTRODUCTION

Depuis plusieurs années, l'USAID/Sénégal soutient fortement le programme de planification familiale et malgré des progrès notables dans l'accès et l'utilisation des méthodes modernes de contraception, la prévalence contraceptive reste relativement basse à 10,3 % en 2005. L'indice synthétique de fécondité reste élevé bien qu'ayant baissé de 5,7 enfants par femme en 1997 à 5,3 en 2005.

Les taux de mortalité maternelle et infantile restent élevés avec 401 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes et 61 décès d'enfant pour 1000 naissances vivantes. Le gouvernement du Sénégal s'est engagé à atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) et d'autres pays africains, avec lui, ont exprimé la nécessité de repositionner la planification familiale comme stratégie probante de réduction de la mortalité maternelle et infantile, y compris un fort plaidoyer pour la santé de la reproduction/planification familiale (SR/PF). En dépit de cet intérêt, l'engagement et les ressources pour la mise en œuvre du programme de PF sont faibles. Les hautes autorités sont souvent réticentes à parler de la croissance non maîtrisée de la population et de l'importance de la PF dans la réduction de la mortalité maternelle et infantile.

En 1993, l'USAID, à travers le Futures Group, avait appuyé les efforts de plaidoyer à différents niveaux du gouvernement et de la société civile au moyen du modèle RAPID.

RAPID (Ressources pour l'Analyse de la Population et de son Impact sur le Développement) est un modèle informatique qui permet de visualiser les conséquences d'une croissance rapide de la population sur les capacités des pays à atteindre des objectifs de développement planifiés, notamment dans le domaine de l'économie, l'éducation, la santé, l'urbanisation et l'agriculture,

La mise à jour de cette présentation RAPID va contribuer au repositionnement et à la revitalisation de la PF au Sénégal avec conséquemment un impact positif sur la santé de la mère et de l'enfant. L'USAID souhaite que le Modèle RAPID soit un outil utilisé pour le plaidoyer et la formation de personnes capables de conduire les changements nécessaires, notamment ceux du Ministère de la Santé.

Dans cette perspective, a signé avec l'USAID | Initiative de Politiques de Santé, concepteur du Modèle RAPID, un contrat dans lequel, il lui est demandé de procéder à sa mise à jour pour le compte du Ministère de la Santé. Dans ce cadre, des activités ont été menées en partenariat avec la Division de la Santé de la Reproduction (DSR) et avec différents départements ministériels notamment la Direction de la Population et de la Planification du Développement Humaines (DPPDH) du Ministère de l'Economie et des Finances (MEF) et l'Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD), du Ministère de l'Agriculture (DAPS), de la Direction de l'Environnement et des Etablissements Classés/Ministère de l'Environnement et de la Protection de la Nature (DEEC/MEPN) et du Ministère de l'Education (ME). L'USAID, bien qu'engagée pour l'appui technique et financier, est restée ouverte à la participation d'autres partenaires notamment du Système des Nations Unies.

I. VISION DU SÉNÉGAL

Le Sénégal aspire à devenir un pays émergent grâce à une croissance économique forte et durable.

Déclaration de la politique de population

Le but visé par le Sénégal à travers sa déclaration de politique de population est d'« améliorer la qualité de la vie et favoriser l'instauration d'un bien être pour toutes les couches de la population ».

Objectifs Généraux

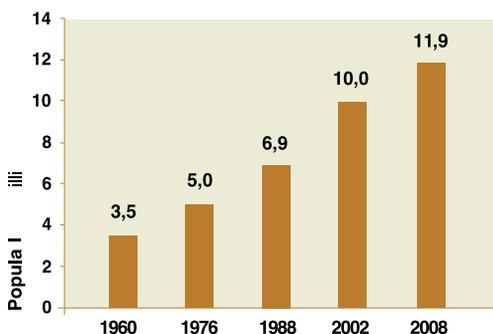
- Réduire la morbidité, la mortalité, en particulier celles des mères et des enfants,
- Réduire le taux de fécondité et le rythme de croissance démographique,
- Assurer une meilleure répartition spatiale de la population,
- Améliorer sans cesse la connaissance des problèmes de population.

II. SITUATION DÉMOGRAPHIQUE

Évolution de la population (1960-2008)

À son accession à la souveraineté internationale en 1960, le Sénégal avait une population estimée à 3,5 millions d'habitants. Au recensement de 1976, la population était de 5,1 millions d'habitants; les recensements de 1988 et 2002 l'ont estimée respectivement à 6,9 et 10,0 millions d'habitants. Selon les projections démographiques officielles, cette population s'établit à 11,9 millions en 2008 et pourrait atteindre 21,4 millions en 2032. Entre 1976 et 1988, et entre 1988 et 2002, les taux d'accroissement intercensitaire sont respectivement 2,7 % et 2,5 % par an. Ce qui correspond à un doublement de la population tous les 25 ans.

Évolution de la population, 1960-2008



Source : Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD)

LA REPARTITION DE LA POPULATION

La répartition spatiale de la population sur le territoire national est déséquilibrée. En effet, l'Ouest du pays (Dakar et Thiès) concentre 35 % de la population (soit un Sénégalais sur trois) sur seulement 3,6 % de la superficie totale du pays. Cela se traduit par une très forte densité de la population.

La densité de la population

La région la plus densément peuplée demeure Dakar avec 3 964 habitants au kilomètre carré et la moins peuplée est Tambacounda et la nouvelle région de Kédougou avec 10 habitants au kilomètre carré. Cette forte concentration de la population à Dakar se traduit par un accroissement difficilement maîtrisable des besoins sociaux avec son corollaire de difficultés dans les domaines du transport, du logement, de la sécurité, etc.

La fécondité

Au Sénégal l'indice synthétique de fécondité (ISF) qui mesure le nombre moyen d'enfants par femme à la fin de sa vie reproductive est de 5,3 enfants en 2005. Il a connu une baisse en passant de 6,6 enfants par femme en 1986, à 6,0 en 1992, 5,7 en 1997 avant d'atteindre 5,3 en 2002 et en 2005.

En outre, on observe des disparités selon le milieu et la région de résidence, le niveau d'instruction et le niveau de vie.

Le niveau de fécondité est plus élevé en milieu rural qu'en milieu urbain avec respectivement des ISF de 6,4 et 4,1 enfants par femme. L'ISF diffère selon la région de résidence. Ainsi, Dakar dont l'ISF est de 3,7 enfants par femme se démarque nettement des autres régions, suivi de la région de Ziguinchor avec un nombre moyen d'enfants par femme de 4,9. Le maximum est observé à Fatick avec 6,7 enfants par femme.

Par ailleurs, on constate d'une part que la fécondité diminue avec le niveau d'instruction : de 6,1 enfants par femme chez les femmes sans instruction, elle passe à 4,8 chez celles ayant un niveau primaire pour atteindre 3,0 enfants par femme chez celles ayant atteint le niveau secondaire ou plus. D'autre part, la fécondité évolue de la même manière que le niveau de bien être. Ainsi l'ISF passe de 7,0 enfants dans les ménages du premier quintile de pauvreté qui sont aussi les plus pauvres, à 6,3 dans le second quintile et tombe à 3,8 enfants dans le quintile le plus riche.

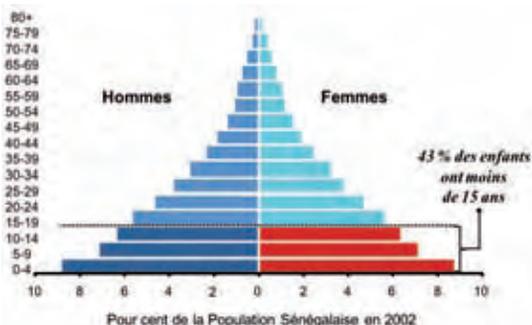
Répartition de la population par âge et par sexe

L'examen de la population sénégalaise révèle une population jeune. En effet, en 2002, 42,8 % des Sénégalais avait moins de 15 ans, 54,7 % moins de 20 ans, alors que 3,5 % seulement avait 65 ans et plus. C'est dire que le coefficient de dépendance est élevé. Il correspond à 86,5 personnes inactives (moins de 15 ans et 65 ans et plus) pour 100 personnes actives (15 à 64 ans). Ce taux qui était de 103,3 inactifs pour 100 actifs en 1988, est en baisse, et serait de 84 inactifs pour 100 actifs en 2008 et pourrait atteindre, selon les projections démographiques, 67 pour 100 en 2032.

La répartition par sexe met en évidence un déséquilibre entre les sexes. En effet, le rapport

global de masculinité s'élève à 96,9 hommes pour 100 femmes. Ce ratio qui s'observe aux âges compris entre 15 et 54 ans, pourrait s'expliquer par une migration différentielle en faveur des hommes. Nous constatons, pour étayer cette hypothèse, que l'avantage numérique des hommes sur les femmes n'est visible qu'aux âges jeunes (âges en dessous de 15 ans) où les rapports de masculinité dépassent les 100 %. La répartition des femmes par grands groupes d'âges révèle une jeunesse de la population : 70,8 % des femmes ont moins de 30 ans. La proportion des femmes en âge de procréer (celles qui sont âgées entre 15–49 ans) est de 48,9 % en 2002.

Structure d'âge de la population en 2002



Source : ANSD

Conclusion

L'examen de la démographie du Sénégal révèle une population caractérisée par sa jeunesse et son accroissement rapide. Cette situation est due à un niveau de fécondité encore très élevé. En outre, le Sénégal est un pays relativement urbanisé qui connaît encore un exode rural important en dépit des programmes de développement rural. Ces caractéristiques de la population ont une influence réelle sur la situation socio économique du pays. Enfin, la croissance démographique non maîtrisée aura probablement un impact réel sur l'éducation, la situation sanitaire notamment celle des femmes et des enfants, l'habitat, l'environnement, les besoins alimentaires, et l'activité économique.

III. INTERRELATIONS ENTRE POPULATION ET DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUE

De l'état actuel des connaissances dans les relations entre population et développement économique, deux messages importants peuvent être retenus.

Une croissance lente de la population ouvre la voie à une croissance macro économique forte et durable.

Une baisse rapide de la fécondité au niveau du pays permet de tirer beaucoup de familles des griffes de la pauvreté.

D'une manière générale, une faible croissance de la population a favorisé une croissance

économique de beaucoup de pays en développement. Les taux de croissance démographique élevés de la population des pays africains n'ont pas contribué à l'éradication de la pauvreté dans ces pays où la fécondité demeure très élevée.

Dans l'élaboration de leur Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP), plusieurs pays africains ont insisté sur la nécessité de s'inspirer des pays d'Asie de l'Est sur les meilleures voies à emprunter pour réaliser une croissance économique rapide.

Dans les années 60, beaucoup de ces pays asiatiques avaient des indicateurs démographiques voisins de ceux qu'on observe actuellement en Afrique subsaharienne. Le produit intérieur brut (PIB) par tête y était très bas pendant que la fécondité et la croissance de la population y étaient élevées. Beaucoup d'observateurs internationaux se posaient la question du « comment les pays asiatiques pourraient échapper à ce piège de la pauvreté ».

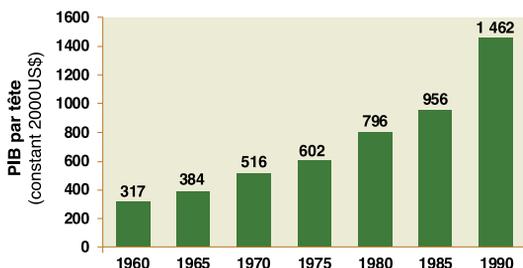
Cependant, au cours des décennies qui ont suivi, plusieurs pays de l'Asie de l'Est, Thaïlande, Malaisie, Corée du Sud, Taïwan, Singapour pour ne citer que ceux là, ont réalisé un décollage économique fulgurant comparé par certains observateurs à un miracle. Ainsi, ils ont émergé parmi les fortes économies du monde si bien qu'on les a surnommés les « Dragons Asiatiques » en reconnaissance de leurs remarquables réalisations économiques.

Il faut souligner que chacun de ces « Dragons Asiatiques » a expérimenté une transition démographique par des taux de fécondité élevés vers des taux de fécondité bas. Les experts en ont conclu que ce facteur a contribué à ce miracle économique.

La Thaïlande : Une Parfaite Illustration

Parmi ces « Dragons », la Thaïlande constitue une parfaite illustration d'un investissement social en forte progression. A titre de comparaison, en 1970, la Thaïlande dépensait par personne 11 dollars pour l'éducation et 2 dollars pour la santé. En 2000, ces dépenses étaient de 88 dollars par personne pour l'éducation et de 26 dollars par personne pour la santé. La Thaïlande est devenue un pays émergent à revenu intermédiaire en l'espace d'une génération. En 1960, le PIB par tête de la Thaïlande était de \$ 317 et en 1990 son PIB par tête a atteint \$ 1 462. Ce qui le classe parmi les pays à revenu intermédiaire.

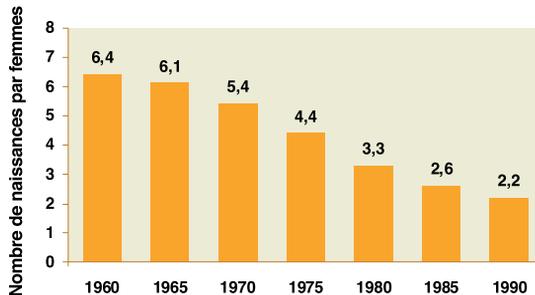
PIB par tête de la Thaïlande, 1960-1990



Source : Banque Mondiale, Indicateurs du Développement

Pendant la même période, 1960-1990, l'indice synthétique de fécondité a baissé de 6,4 enfants par femme en âge de procréer à seulement 2,2 enfants.

Indice synthétique de fécondité de la Thaïlande, 1960-1990



Source : Banque Mondiale, Indicateurs du Développement

Cette forte baisse de la fécondité représente un des facteurs clé ayant conféré à la Thaïlande le statut de pays émergent parmi les nations du monde.

IV. IMPACT DE LA CROISSANCE DÉMOGRAPHIQUE SUR LE DÉVELOPPEMENT ECONOMIQUE ET SOCIAL AU SÉNÉGAL

Nous avons vu brièvement comment la baisse rapide de la croissance de la population a permis à la Thaïlande de réaliser ce miracle économique. Voyons de plus près ce que nous espérons pouvoir se produire au Sénégal, pour ce qui concerne la fécondité et la planification familiale et quels impacts cela pourrait avoir sur le développement économique et social.

Projection de la Population de 2002 à 2032

Hypothèses de travail :

Maintien des tendances

Le rythme d'utilisation actuelle de la contraception reste constant jusqu'en 2032.

La prévalence contraceptive serait de 21 % en 2032 et l'indice synthétique de fécondité de 4,85.

Projection ANSD

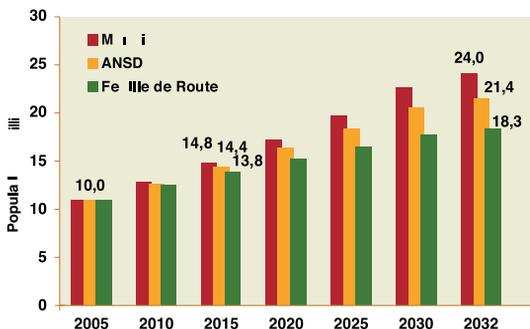
Elle privilégie une croissance de la population caractérisée par une baisse lente de l'indice synthétique de fécondité qui serait de 3,59 en 2032 et dans ce cas, la prévalence contraceptive est estimée à 42 % en 2032.

Feuille de Route multisectorielle pour accélérer la réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles et néonatales au Sénégal

Cette hypothèse est basée sur la relance de la planification familiale à travers une approche multisectorielle, résultant d'une utilisation accrue de la contraception, l'objectif étant d'atteindre une prévalence contraceptive de 45 % en 2015.

Pour les besoins de l'analyse comparative avec les autres hypothèses, la projection de 2015 à 2032 a été faite sur la base d'une augmentation d'environ 1,7 % par an aboutissant à une prévalence contraceptive de 60 % en 2032 à l'image des programmes les plus performants. L'indice synthétique de fécondité serait alors de 2,5

Projection de la Population Sénégalaise de 2002 à 2032



Source : RAPID projections

Economie / Emploi

Unité monétaire : Le franc CFA avec sa parité à l'Euro. (1 Euro = 657 Fcfa)

Le taux d'activité : Il est envisagé une baisse du taux d'activité des hommes et des femmes de 10–14 ans jusqu'à 10 % en 2010 compte tenu de l'objectif de scolarisation universelle en 2015 fixée par le Ministère de l'Éducation.

Le taux d'activité des hommes de 15–64 ans baissera en fin de période.

Pour les mêmes raisons, le taux d'activité des femmes de 10–14 ans baissera. En revanche, le taux d'activité des femmes âgées de 15–64 ans augmentera dans la mesure où plus elles seront scolarisées plus elles entreranno en activité rémunérée du point de vue de la comptabilité nationale.

Évolution du PIB : Le taux de croissance du PIB est estimé à 5,1 % entre 2000 et 2004. Ce rythme devrait augmenter pour atteindre 7 % (objectif du DSRP) et maintenu jusqu'en 2032.

Évolution récente de la situation démographique et économique dans le domaine de l'emploi

À l'instar des pays de la sous région, la situation et l'évolution démographiques au Sénégal pèsent lourdement sur la problématique de l'emploi.

Le taux d'accroissement moyen annuel est estimé à 2,5 % entre 1988 et 2003 d'après les résultats provisoires du Recensement de 2002. Ainsi, la population, estimée à 11 197 100 habitants en 2005, atteindra 14 563 900 habitants en 2015. Cette forte croissance de la population se traduit par une densification de plus en plus importante de l'occupation du territoire national.

Cette dynamique démographique a grandement contribué à façonner le volume, la structure, la répartition et l'évolution de la main d'œuvre. On peut en effet constater que :

La population active augmente à un rythme très élevé, de près de 3,5 % par an. De 3 393 023 en 1988, elle est estimée à 6 080 200 en 2005 et elle atteindra, d'après la Déclaration de Politique de Population (DPP), 8 266 700 en 2015, soit 200 000 nouveaux actifs ou demandeurs d'emplois potentiels par an au cours des dix (10) prochaines années.

Le taux de chômage national de la population âgée de dix ans et plus est, selon l'Enquête de Suivi de la Pauvreté au Sénégal (ESPS) de 2005, estimée à 10 %. Il n'a pas beaucoup varié par rapport à l'Enquête Sénégalaise Auprès des Ménages (ESAM II). Le chômage en milieu urbain, quant à lui, est encore important. Il est en effet passé de 14,1 % en 1994 à 12,7 % en 2001.

Le sous emploi est encore élevé. Son taux est de 21,8 % en 2001 au niveau national avec des taux variant entre 25,1 % en milieu rural, 21,4 % dans les villes autres que Dakar et 17,6 % à Dakar. Il semble être négativement associé au degré d'urbanisation. En effet, 63,3 % des personnes sous employées sont des ruraux contre 37,7 % de citadins.

Les mouvements migratoires se sont amplifiés. Ainsi, au niveau national, si près de 85 % de la population active vivait dans les campagnes en 1994, ce taux est tombé aujourd'hui à près de 59 % en 2005. Cette urbanisation poussée a entraîné un déséquilibre spatial très marqué avec 63 % de la population occupant 18 % du territoire national. Ainsi, la population active urbaine, qui représentait moins de 16 % de la population active en 1960, se situe à près de 41 % en 2003. Sa croissance est passée de près de 4 % entre 1960 et 1976 à plus de 6 % entre 1976 et 1988. On note également une forte migration au niveau sous régional et international.

La population est essentiellement jeune. Aujourd'hui, presque 60 % de la population a moins de 20 ans. Les jeunes représentent 47,4 % de la population en âge de travailler en 2001 et parmi eux, la tranche d'âge de 15 à 34 ans représente environ 50 %. Cette situation n'est pas sans conséquence sur la situation actuelle et à venir des jeunes sur le marché de l'emploi.

Les femmes sont de plus en plus présentes sur le marché du travail. L'augmentation rapide de leur taux d'activité témoigne de leur volonté d'assumer de nouvelles responsabilités et de participer plus activement au processus de développement. Leur taux brut d'activité, qui gravitait autour de 34 % au milieu des années 70, a connu une forte progression en passant à 46,3 % en 2001. Cependant leur statut social fait qu'elles font encore face à des entraves sur le marché de l'emploi.

Sur tous ces plans, les défis sont importants et les problèmes risquent de prendre de l'ampleur si des actions urgentes et appropriées ne sont pas menées pour en maîtriser l'impact ou au moins en inverser le flux tendanciel.

Le défi peut se résumer ainsi : trouver des emplois décents pour tous ceux qui se présentent sur le marché du travail.

Face aux contraintes suivantes auxquelles, il faudra trouver des solutions :

Une offre d'emplois largement insuffisante due en grande partie à l'incapacité du secteur moderne à produire des emplois massifs et de qualité au même rythme que la croissance démographique.

Le secteur informel qui s'est largement développé au cours des trente dernières années, mais avec une productivité très faible; 76 % des actifs de Dakar travaillent dans le secteur informel. Les emplois informels sont répartis de façon plus ou moins égale entre les services (34,9 %), le commerce (32,9 %), et l'industrie (28,8 %). C'est le secteur qui emploie la main d'œuvre la plus jeune, la moins scolarisée et la plus féminine (45,9 % de femmes contre 28,8 % dans l'administration). L'ancienneté dans l'emploi y est

plus faible que dans les autres secteurs et les revenus moyens nettement plus bas : 38 400 FCFA par mois pour une durée de travail hebdomadaire plus longue (47 heures).

Le secteur rural reste encore le premier pourvoyeur d'emplois, même si sa part dans l'emploi global a diminué légèrement du fait de l'exode rural. En effet, entre 1988 et 2001 la population active occupée rurale est passée de 71,1 % à 70,5 % de la population active occupée. Ce phénomène est en grande partie dû à la longue crise que le secteur a traversée, à l'ampleur du sous emploi visible, à la chute des revenus réels des ruraux et à la baisse constante des rendements agricoles.

Hypothèses d'évolution du secteur

On notera qu'aucun objectif chiffré en matière d'emplois n'est disponible à ce jour. On peut cependant présager, à partir de certains signaux, que le secteur devrait connaître des améliorations au cours des années 2010. En effet, on note une certaine volonté politique du Sénégal à améliorer le niveau de vie des populations. Cette volonté s'affirme à travers :

- l'intention de réduire la pauvreté de moitié à l'horizon 2015 et à doubler le revenu par tête ;

- la mise en place de réformes administrative pour mettre en place au Sénégal un environnement des affaires de classe internationale ;

- l'initiation de grands travaux pour doter le Sénégal d'un plateau infrastructurel de qualité ;

- la mise en place d'une stratégie de croissance accélérée qui doit permettre une meilleure répartition des revenus en combinant des secteurs à haut potentiel de main d'œuvre (agriculture, textile) et ceux qui sont à forte valeur ajoutée (télécommunication) ;

- l'accompagnement déclaré du secteur des petites et moyennes entreprises (PME) pour augmenter leur potentiel en création d'emplois ;

- l'accompagnement du secteur informel pour la création d'emplois décents;

- l'encouragement de l'auto emploi par la mise en place de fonds importants et de services non financiers.

L'on pourrait espérer à travers la réalisation de toutes ces actions, une amélioration du taux d'activité de dix points par rapport à son niveau actuel à l'horizon 2015 (50,7 %) selon la variante ANSD.

Agriculture

L'agriculture occupe 30 % de la population économiquement active au Sénégal. Le système de production agricole est fondé sur la rotation cultures de rente/céréales avec rarement une jachère en troisième année.

L'arachide occupe la place principale des cultures de rente et le mil constitue l'essentiel des cultures vivrières. Les cultures de riz, de sorgho et de niébé restent marginales jusqu'à une date récente où les pouvoirs publics, dans une démarche volontariste, ont initié la diversification des cultures. Une évaluation devrait en déterminer les impacts de la forte croissance de la population sur les besoins agricole du pays.

Hypothèses d'évolution du secteur :

La consommation annuelle de riz est de 74,2 par tête et par an.

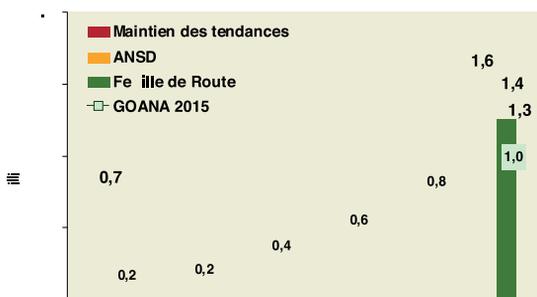
On pourrait cependant affirmer qu'en raison de la forte croissance de la population, les besoins en riz ne sont satisfaits qu'à hauteur de 30 % ; le reste étant couvert par des importations coûteuses en devises.

Le taux de modernisation de l'agriculture encore faible et sa forte dépendance vis à vis des facteurs climatiques expliquent la faiblesse de la production céréalière et son évolution en dents de scie.

Si les tendances actuelles ne sont pas inversées, l'économie nationale va continuer de supporter des importations de riz de plus en plus importantes.

Besoins et production de riz (hypothèse réalisation GOANA* 2015)

Source : Document introductif au Conseil Interministériel du 4 janvier 2008 *GOANA = Grande Offensive Agricole Pour La Nourriture et L'Abondance



Quelles que soient la variante et l'hypothèse considérées, on note une inadéquation entre la consommation et la production de riz. Ce qui devra se traduire par une augmentation des importations actuelles et futures. (1,3 million de tonnes à l'an 2015 selon l'hypothèse la plus optimiste.)

Toutefois, si la démarche volontariste manifestée par les pouvoirs publics se poursuit par la mise en œuvre de la Grande Offensive pour la Nourriture et l'Abondance (GOANA), ce déficit pourrait être comblé ou tout au moins atténué.

Urbanisation / Environnement

La répartition spatiale de la population

La population du Sénégal est inégalement répartie. Elle est concentrée à l'Ouest du pays et au Centre, tandis que l'Est et le Nord sont faiblement peuplés. La densité de la population est de 50 habitants au km².

La région de Dakar est, de loin, la plus densément peuplée avec 3 964 habitants au km². Sa population est estimée à 2 168 314 habitants en 2002 soit près de 22 % de la population totale sur une superficie représentant 0,3 % seulement de celle du pays. Alors que les régions de Tambacounda et de Kédougou réunies, qui représentent le tiers de la superficie du pays, ne regroupent que 10 % de la population.

Le taux d'urbanisation du Sénégal est estimé à 41,5 % ; la forte concentration de la population

dans l'agglomération de Dakar, qui accueille plus de la moitié des citoyens (54,0 %), s'explique par le fait que 6 migrants sur 10 habitent Dakar, la capitale sénégalaise. Cette situation pose d'importants problèmes de gestion de l'environnement liés notamment aux déchets solides et liquides. Leur collecte et leur élimination constituent un épineux problème récurrent dans l'ensemble des villes du pays et plus particulièrement à Dakar et Kaolack.

La collecte et le traitement des déchets

Dakar produisait 388 667 tonnes de déchets en 2002. Seuls 47 % de ces déchets sont collectés. Les difficultés observées dans la collecte posent un problème préoccupant pour l'environnement urbain et la santé des populations. Chaque Dakarais rejette en moyenne 0,75 kg d'ordures domestiques par jour.

Une meilleure gestion de l'environnement nécessite une implication plus forte des populations. Il est indispensable que les décideurs et autres acteurs soient conscients des défis auxquels le Sénégal doit faire face et qui sont :

- une maîtrise de la démographie ;
- la satisfaction des besoins énergétiques ;
- une maîtrise de l'urbanisation ;
- l'arrêt de la dégradation du milieu physique et la nécessité d'une gestion écologiquement rationnelle de l'environnement, particulièrement à Dakar et Kaolack.

L'expansion agricole

L'expansion agricole s'explique par les faibles performances de l'agriculture, la dégradation des sols et la nécessité de nourrir une population de plus en plus pauvre et à forte croissance démographique. En conformité avec cette logique, les options de la politique agricole mettent l'accent sur la promotion des cultures commerciales et vivrières et sur l'extension des zones de développement agricole intensif.

L'exploitation forestière

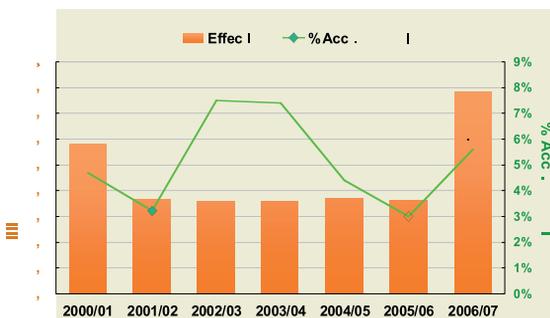
Au Sénégal, l'énergie domestique est essentiellement constituée par les combustibles ligneux provenant de l'exploitation des formations forestières naturelles. Le bois est le combustible domestique le plus utilisé par les populations dont le niveau de pauvreté ne permet pas d'accéder aux autres d'énergie. Plus de 4 millions de mètres cubes de bois sont prélevés tous les ans pour satisfaire les besoins en énergie ligneuse des populations. Plus de 60 % de cette production sont destinés aux marchés urbains. Dakar et sa banlieue, qui ne produisent pas de charbon de bois, consomment la plus grande partie de la production.

EDUCATION

L'évolution des effectifs scolaires

Le graphique suivant atteste d'une évolution des effectifs entre 2001 et 2007 qui passent de 1 159 721 à 1 572 178 avec un taux d'accroissement annuel moyen de 5,13 %. En 2000, les effectifs se chiffraient à 1 107 712. À ce rythme, les effectifs à l'élémentaire devraient dépasser le doublement de leur valeur de 2000 en 2014 avec une estimation de l'ordre de 2 231 456.

Évolution des effectifs scolaires entre 2000 et 2007



Source : Rapport National sur la Situation de l'Éducation 2007 (DEPRE/ME) Mai 2008

L'intensité de la scolarisation

Tous les efforts consentis pour l'atteinte de l'Éducation pour Tous (EPT) ont permis d'enregistrer une évolution de la scolarisation entre 2000 et 2007 avec une situation très favorable pour les filles à partir de 2004. En effet, l'indice de parité filles/garçons de 0,94 pour l'année 2006 fixé par le Programme de Développement de l'Éducation et de la Formation (PDEF) est dépassé car ayant atteint 1,07 en 2007.

Les nouveaux inscrits au cycle primaire (CI) ont évolué de 240 092 en 2000 à 331 534 en 2007. Au même moment, la population âgée de 7 ans est passée de 154 931 en 2002 à 169 129 en 2006.

Le tableau suivant permet de constater l'évolution du taux brut de scolarisation :

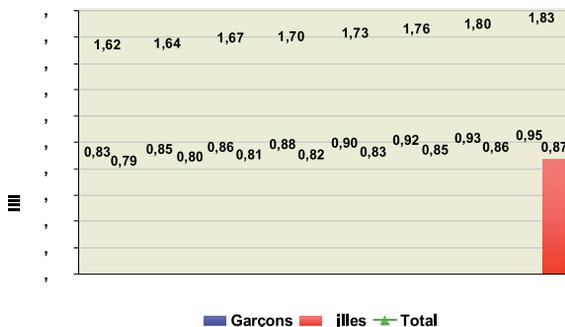
	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Parité						
Filles/Garçons	0,95	0,97	1,01	1,02	1,05	1,07
Taux Brut de Scolarisation						
	73,3 %	76,7 %	79,6 %	80,9 %	80,8 %	83,0 %
TBS						
Filles	69,8 %	74,7 %	80,1 %	82,8 %	85,0 %	89,2 %
Ensemble	71,6 %	75,7 %	79,8 %	81,8 %	82,8 %	86,0 %

Cet accroissement des effectifs devrait induire, si l'on veut atteindre l'Education Pour Tous, une augmentation du nombre d'enseignants, d'écoles, de salles de classe et de manuels. Les effectifs totaux des enseignants sont passés entre 2003 et 2007 de 29 216 dont 85 % dans le Public à 45 957 dont 84 % pour le Public, soit un taux d'accroissement de 36,4 %. Le réseau scolaire est passé de 4 751 en 2000 à 7 487 écoles en 2007 (dont 6 658 pour le public). De 2006 à 2007, le nombre de salles de classe est passé de 35 727 à 37 524 soit un accroissement de 1 303.

La demande potentielle d'éducation

L'objectif d'éducation pour tous décliné dans la Lettre de Politique Sectorielle recommande d'examiner la demande potentielle d'éducation. Concernant l'enseignement élémentaire, l'examen de la population âgée de 7 à 12 ans montre une évolution entre 1999 et 2006 passant de 1 617 412 à 1 829 086 soit un taux d'accroissement de 1,8 %. En 2009, cette population devrait atteindre 1 915 992. Le graphe suivant illustre l'évolution de la tranche d'âge pour les garçons et les filles :

Evolution de la population âgée de 7 à 12 ans entre 1999 et 2006

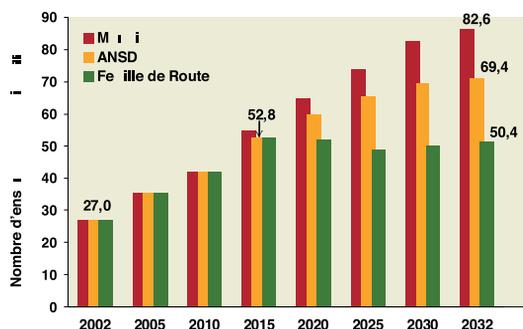


Source : Rapport National sur la Situation de l'Education 2007 (DEPRE/ME) Mai 2008

Hypothèses d'évolution du secteur

Les hypothèses retenues pour le secteur éducation tiennent compte des Objectifs du Millénaire pour le Développement qui visent la scolarisation universelle au Sénégal en 2015. Les résultats des projections estiment les besoins en maîtres selon les variantes et les dépenses de fonctionnement du secteur. Voir les graphiques ci dessous :

Nombre d'Enseignants de l'Élémentaire Requis



Source : RAPID projections

Les dépenses d'éducation

Le coût moyen d'un élève de l'élémentaire est passé de 45 000 environ à 77 000 Fcfa entre 2002 et 2007. En maintenant constant le niveau de dépense par élève, on note qu'avec la variante maintien des tendances les dépenses s'élèveront à 230 milliards en 2032, 202 milliards avec la variante moyenne et 188 milliards avec la Feuille de Route. Entre la variante maintien des tendances et la variante Feuille de Route, il y a une économie cumulée estimée à près de 1 124 milliards qui pourraient être consacrées à l'amélioration de la qualité de l'éducation (formation des maîtres, acquisition de manuels, d'ordinateurs, etc.). Toutes ces mesures devraient aider à l'amélioration de la qualité de la main d'œuvre sénégalaise.

SANTE

La mortalité maternelle

L'Enquête Démographique et de Santé (EDS IV) de 2005 estime le taux de mortalité maternelle pour la période 1998–2005 à 401 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes. Bien qu'il ait diminué entre 1992–93 (510 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes) et 2005, le niveau reste encore élevé. Plusieurs facteurs expliquent cette situation parmi lesquels : le faible niveau d'instruction, la précocité ou le retard de la maternité, le faible niveau d'utilisation des méthodes contraceptives.

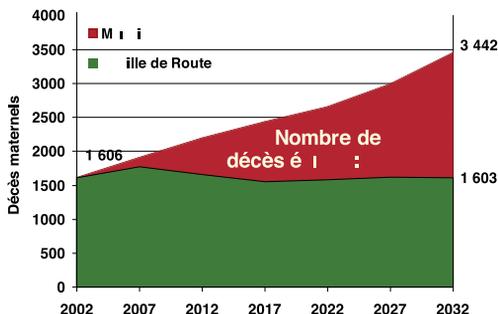
Les statistiques de l'EDS IV confirment la précocité de la fécondité : 15 % des jeunes filles de moins de 20 ans ont déjà donné naissance à au moins un enfant ; il en est de même pour 55 % des femmes de 20–24 ans. Aussi, en 2005, à 45–49 ans, en fin de vie féconde, plus d'une femme sur cinq (21 %) a donné naissance à dix enfants ou plus. Dans ce cas, le risque de mortalité maternelle est majoré.

De plus, un grand nombre de grossesses rapprochées peut affecter la survie de la mère et de l'enfant. Il est admis que les intervalles inter-généralités courts (inférieurs à 24 mois) peuvent affecter l'état de santé de la mère et celle de son enfant. Selon EDS IV, on constate que 19 % des naissances sont survenues à moins de 24 mois de la naissance précédente. En outre, le niveau d'utilisation des méthodes contraceptives demeure encore

faible. Seules 11,8 % des femmes utilisent actuellement une méthode contraceptive dont 10,3 % pour les méthodes modernes.

En revanche, l'Enquête Démographique et de Santé (EDS 2005) montre une augmentation continue de la proportion de naissances pour lesquelles la mère a bénéficié de soins prénatals auprès de professionnels de la santé : cette proportion est passée de 74 % en 1993 à 82 % en 1997 et à 87 % en 2005. Elle révèle également que parmi elles, seules 40 % des mères ont eu au moins quatre visites prénatales et 57 % ont effectué la première visite à moins de quatre mois de grossesse.

Nombre de Décès Maternels Evités



Source : RAPID projections

Ce graphique suppose que la mortalité maternelle révélée par l'EDS du Sénégal, 2005 (401 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes) reste constante sous les deux variantes de projection. Dans ce cas, environ 25 176 décès maternels pourraient être évités.

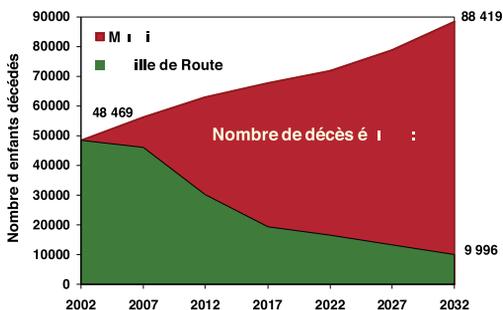
La mortalité infanto-juvénile

La mortalité infantile et juvénile a connu une baisse considérable. Pour s'en convaincre, il suffit de parcourir les résultats des EDS grâce auxquelles sa connaissance s'est nettement améliorée. Ces EDS constituent des sources de données appréciables. Cependant, malgré ce recul, les niveaux de mortalité infantile et juvénile demeurent encore élevés.

Entre 1970 et 2005, les taux de mortalité infantile, juvénile et infanto juvénile ont baissé passant de 120, 200 et 296 pour mille à respectivement 61, 64 et 121 pour mille. Cette baisse de la mortalité s'explique par des efforts considérables réalisés dans le domaine de la santé, en général et de la santé des enfants, en particulier. Cependant, les niveaux sont encore élevés et à partir de 1992, on assiste à une recrudescence du niveau de la mortalité, surtout la mortalité infanto juvénile. Le niveau augmente de période en période avant de chuter en 2005. En effet, sur 1 000 naissances vivantes, en 1992, 131 décèdent avant cinq ans. Il est passé à 139 en 1997, 145 en 2000 avant de baisser en 2005 avec 121 pour mille.

(Source : ANSD)

Nombre de Décès d'Enfants de Moins de 5 ans Évités



Source : RAPID projections

Ce graphique montre le nombre de décès d'enfants de moins de 5 ans projetés entre les variantes maintien des tendances et Feuille de Route des projections.

Le même schéma est projeté pour les décès d'enfants de moins de 5 ans. Comme beaucoup d'accouchements à risque sont évités avec la variante Feuille de Route, il y aura peu de décès à l'avenir comparé à la variante maintien des tendances. Ainsi près de 1 292 131 décès d'enfants seront évités si l'utilisation de la planification familiale intervient rapidement.

Normes de Personnels

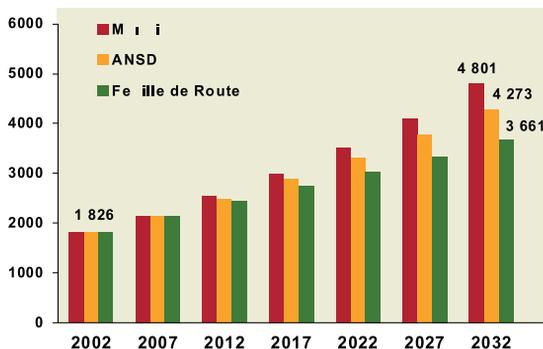
Les normes utilisées dans le cadre du Programme de Développement Intégré de la Santé (PDIS) ont montré leur limite au cours des cinq (05) années d'exécution du programme. Cette situation est surtout marquée par l'insuffisance des infirmiers et de sages femmes, au regard du rôle attendu de ces catégories socio professionnelles.

En effet, il est nécessaire de renforcer l'Infirmier Chef de Poste (ICP) par du personnel technique qualifié au niveau du poste de santé. Il s'agira de renforcer par un deuxième infirmier d'Etat et un assistant infirmier, ce qui permettra de mieux faire face aux activités de prévention comme la vaccination, la campagne de promotion des médicaments génériques, la distribution à base communautaire des moustiquaires et matériaux imprégnés d'insecticide, la vulgarisation des technologies appropriées, entre autres.

L'objectif de réduction de la mortalité maternelle et infantile juvénile, plus actuel que jamais, justifie largement l'accent mis sur les sages femmes pour gérer les maternités qui se trouvent dans les postes de santé. Elles pourront ainsi prendre en charge les consultations prénatales (CPN), l'assistance à l'accouchement ainsi que la consultation post natale et les consultations foraines.

Certes la norme Organisation Mondiale de la Santé (OMS) qui est de un (01) infirmier pour 300 habitants et d'une (01) sage femme pour 300 femmes en âge de reproduction (FAR) ne peut raisonnablement pas être atteinte dans le court terme. La Carte Sanitaire, elle, propose la norme de un (01) Infirmier Diplômé d'Etat (IDE) pour 5 000 habitants et d'une (01) sage femme pour 1 500 à 2 000 femmes en âge de reproduction. Il va sans dire que le privé sera pris en compte dans la détermination de la norme.

Nombre d'Infirmiers



Source : RAPID projections

Selon l'hypothèse de la Carte Sanitaire, il faudrait 4 801 infirmiers avec la variante maintien des tendances, 4 273 avec la variante ANSD et 3 661 avec la Feuille de Route correspondant à une baisse significative de la fécondité.

Sages femmes :

De la même manière, pour atteindre la norme de la Carte Sanitaire du Sénégal de 1 sage femme pour 1 500 femmes en âge de reproduction, il faudrait 16 002 sages femmes avec la variante maintien des tendances, 14 244 avec la variante ANSD et avec la variante Feuille de route 12 204 correspondant à une baisse significative de la fécondité. En 2002 il y avait 1 sage femme pour 3 282.

Infrastructures et équipements

Couverture en hôpitaux

Face au croît démographique, l'augmentation des infrastructures n'a pas pu suivre et leur répartition spatiale reste assez déséquilibrée. Le Sénégal dispose actuellement de 22 hôpitaux.

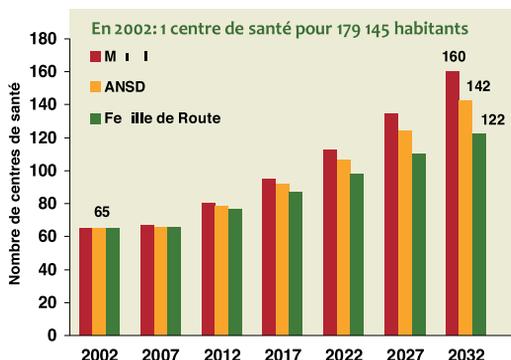
Dakar concentre 36 % des hôpitaux du pays pour 23 % de la population totale.

L'objectif est d'atteindre la norme de la Carte Sanitaire qui est d'avoir 1 hôpital pour 300 000 habitants. Pour réaliser cet objectif, il faudrait 80 hôpitaux en 2032 avec la variante maintien des tendances, 71 avec la variante ANSD et 61 avec la variante Feuille de Route.

Couverture en centres de Santé

Le Sénégal dispose de 65 centres de santé fonctionnels repartis en centres de santé secondaires dépourvus de blocs opératoires et centres de référence dotés d'une unité.

Nombre de Centres de Santé Requis



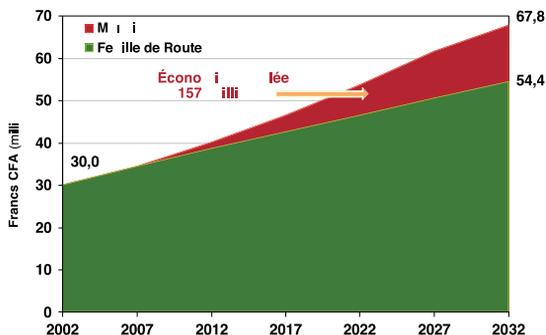
Source : RAPID projections

Pour assurer la santé pour tous, le Sénégal doit faire face à un besoin pressant d'hôpitaux, de centres de santé, de personnel dans tous les domaines essentiels. Le Sénégal souhaite améliorer l'accès aux soins de santé en disposant d'un centre de santé pour 150 000 habitants (norme Carte Sanitaire). Pour réaliser cet objectif, il faudrait environ 160 centres de santé en 2032 avec la variante maintien des tendances. Par contre, le nombre de centres de santé requis avec la variante ANSD est de 142 et avec la variante Feuille de Route 122. En 2002 il y avait 1 centre de santé pour 179 145 habitants.

Dépenses publiques de santé

Les dépenses de santé par tête sont estimées à 2 970 Fcfa. Si ce niveau de dépense continue, les dépenses de santé s'élèveront à 68 milliards en 2032 avec la variante maintien des tendances, contre 54,4 milliards avec la variante Feuille de Route.

Dépenses Publiques de Santé, 2002-2032



Source : RAPID projections

Sur ce graphique, on montre uniquement les dépenses pour les variantes maintien des tendances et Feuille de Route. La zone rouge cumule la totalité des économies pouvant être réalisées et qui s'élèvent à 157 milliards. Ces économies réalisées pourraient être

consacrées à l'amélioration de l'accès et de la qualité des services de santé ; par exemple le recyclage des personnels, la modernisation des équipements, la sécurisation des stocks de médicaments dans les hôpitaux et centres de santé au bénéfice des populations.

V. CONTRAINTES DE LA PLANIFICATION FAMILIALE AU SÉNÉGAL

Au Sénégal, l'EDS 2005 a mis en évidence d'importants besoins. La planification familiale ne bénéficie pas de toute l'attention nécessaire de la part des pouvoirs publics et des populations dans leur majorité. Elle fait face à d'importants besoins dont la satisfaction pourrait améliorer considérablement le faible niveau des indicateurs comme la mortalité maternelle et infantile, mais également l'indice synthétique de fécondité et l'utilisation de méthodes modernes de contraception.

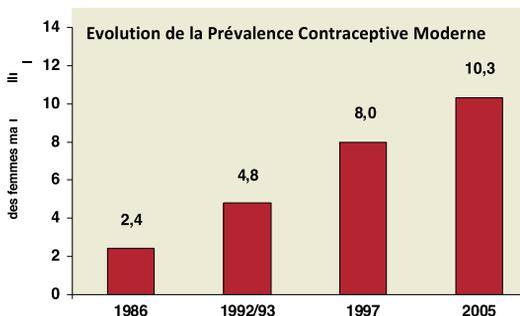
A côté de ces contraintes on peut en signaler d'autres qui sont d'ordre socio culturel et factuel dont les plus avérées sont :

- Faible niveau d'instruction des femmes (scolarisation insuffisante)
- Statut social de la femme et faible pouvoir de décision de la femme
- Pouvoir d'achat faible ne permettant pas d'accéder aux contraceptifs
- Défaut d'implication des hommes par les activités d'Information d'Education Communication (IEC)
- Absence de soutien conjugal et communautaire
- Valeur Culturelle de l'enfant (signe de virilité, préférence du sexe masculin)
- Mauvaise image de la planification familiale
- Convictions socioculturelles et religieuses
- Rumeurs sur la sécurité, l'efficacité et la disponibilité des méthodes contraceptives
- Faible implication des partenaires dans les activités d'information
- Image négative du concept « planification familiale »
- Faible implication des réseaux (journalistes, religieux, parlementaires, etc.) et des associations
- Insuffisance de politique promotionnelle et de communication

La prévalence contraceptive

Selon l'Enquête Démographique et de Santé, l'utilisation de la contraception est encore très faible. Seules 10,3 % des femmes en union utilisent une méthode moderne de contraception en 2005. L'évolution de cette utilisation est timide : 2 % en 1986, 4,8 % en 1992 /93, 8 % en 1997 et 10,3 % en 2005.

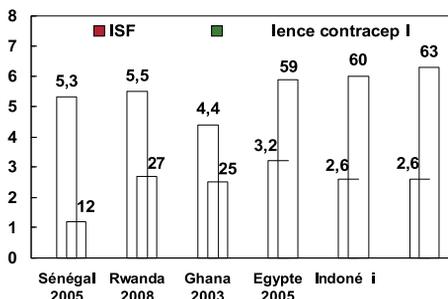
Evolution de la Prévalence Contraceptive Moderne



Source : EDS

Le graphique ci dessous montre une comparaison des taux de fécondité et de prévalence contraceptive avec d'autres pays de la région et du monde.

Taux de Fécondité et Prévalence Contraceptive: Une Comparaison



Source : EDS

En comparant les taux de fécondité avec les taux de prévalence contraceptive, on se rend compte que ces taux sont inversement proportionnels. Des pays à fécondité élevée ont une prévalence contraceptive très basse. A mesure que la contraception augmente la fécondité baisse de manière significative telle qu'on peut l'observer en Egypte, en Indonésie et au Maroc pour ne citer des pays partageant les mêmes traditions musulmanes que le Sénégal.

LES BESOINS NON SATISFITS

Qu'est-ce qu'un besoin non satisfait en planification familiale ?

Selon la définition des EDS utilisée dans cette série de documents, une femme a un besoin non satisfait en contraception si elle est féconde, sexuellement active et n'utilise aucune méthode contraceptive, et ne veut pas d'enfant pendant au moins deux ans (femmes qui veulent espacer) ou ne veut plus d'enfants (femmes qui veulent limiter).

D'autres groupes peuvent également être considérés comme ayant « un besoin ». Par exemple, de nombreuses utilisatrices de méthodes traditionnelles qui sont motivées mais risquent

d'avoir des grossesses non désirées. Elles utilisent la contraception traditionnelle par manque d'accès à des méthodes modernes plus efficaces. Les femmes en aménorrhée sont omises même si elles veulent attendre deux ans ou plus avant leur prochaine grossesse.

Le Sénégal a un des plus forts taux de besoins non satisfaits en services de planification familiale en Afrique. Selon l'EDS 2005, environ 32 % des femmes mariées ont un besoin non satisfait. Si le Sénégal était capable de mieux identifier les caractéristiques, préférences et intentions de ces femmes, il pourrait faire de nets progrès dans l'expansion et l'amélioration des services de planification familiale.

L'expansion et l'amélioration des services de planification familiale consisteraient à répondre aux besoins manifestés par les femmes sénégalaises et seraient aussi une bonne politique publique.

L'existence de forts besoins non satisfaits en PF accroît les risques :
de grossesses précoces, rapprochées et tardives,
d'avortements provoqués.

La fécondité non désirée qui en résulte alimente l'augmentation rapide de la population.

La satisfaction des 32 % de besoins pourrait permettre :
de réduire 20 à 30 % les décès maternels et,
de réduire 12 à 20 % la mortalité infantile,
de ralentir la croissance démographique.

Pourquoi pratiquer la planification familiale ou plutôt la planification et l'espacement idéal des grossesses pour la santé (PEIGS) ?

La planification et l'espacement idéal des grossesses pour la santé est une intervention destinée à aider les femmes et les familles à retarder ou à espacer leurs grossesses afin de réduire les risques pour la santé maternelle, périnatale et infantile dans le contexte d'un choix libre et informé. En effet c'est l'une des stratégies les plus efficaces de réduction de la mortalité maternelle et infantile. Jusqu'à ce jour, la planification familiale s'est focalisée davantage sur la baisse de la fécondité que sur la fécondité saine.

La PEIGS est un aspect de la planification familiale associé à une fécondité saine dans la mesure où elle aide les femmes et leurs familles à faire des choix informés par rapport à l'espacement et à la planification de leurs grossesses.

La PEIGS permet de :

- Réduire les risques après une naissance vivante :

Un accouchement survenant moins de 18 mois ou de plus de 59 mois après une naissance vivante pose un plus grand risque pour la mère et le bébé qu'un accouchement survenant entre 18 à 23 mois.

- Réduire les risques pour les femmes durant la période post-partum :

Le besoin non satisfait pour l'espacement parmi les femmes durant la période post partum est très élevé. En effet, 95–98 % des femmes en postpartum ne désirent pas un autre enfant dans les 2 ans suivant une naissance vivante. Cependant, seulement 40 % utilisent la planification familiale.

- Réduire les risques après une fausse couche ou un avortement provoqué :

Les femmes concevant moins de six mois après une fausse couche ou un avortement provoqué, courent un plus grand risque (pour la santé maternelle et périnatale) que celles accouchant d'un enfant 18 à 23 mois après un avortement.

- Réduire les risques pour les adolescentes :

Le rapport annuel sur la charge mondiale de la maladie estime que 14 millions d'adolescentes tombent enceintes chaque année. Soixante pour cent d'adolescentes mariées ont indiqué que leur première grossesse était non planifiée ou non souhaitée. Comparées aux femmes plus âgées, les adolescentes courent deux fois plus le risque de mourir suite aux complications de la grossesse et de l'accouchement ; leurs bébés eux aussi font face à un risque 50 % plus élevé de mourir avant l'âge d'un an que les bébés nés des femmes dans leur vingtaine.

Les deux premiers objectifs de la PEIGS s'appuient sur les deux recommandations de l'OMS. Le troisième objectif a été ajouté par l'USAID pour aborder le problème des grossesses survenues à un âge précoce – un important facteur qui contribue significativement à la mortalité maternelle et infantile dans beaucoup de pays en développement.

La planification familiale est, en définitive, une exigence pour le développement économique et social.

VI. LA RÉPONSE POLITIQUE

Il faut repositionner la planification familiale comme une stratégie de réduction rapide de la mortalité maternelle et infantile par :

- une allocation plus importante de ressources à la planification familiale ;
- un plaidoyer public pour la planification familiale par les plus hautes autorités ;
- une amélioration de l'environnement législatif et réglementaire en faveur de la planification familiale.

Cette réponse pourrait être déclinée en 2 axes stratégiques :

Satisfaire la demande exprimée par l'amélioration de l'accès et la qualité des services de planification familiale

Susciter la demande en PF au sein de la population par l'information et la communication

Satisfaire la demande c'est :

Renforcer les capacités des personnels de santé en counseling afin qu'ils fournissent des services hautement qualifiés et des conseils avisés ;

Assurer le counseling dans toutes les structures sanitaires ;
Allouer des ressources humaines et matérielles substantielles à la planification familiale ;
Offrir une vaste gamme de méthodes dans les points de prestations de services ;
Intégrer la planification familiale dans toutes les structures de santé y compris dans les services péri et post natales.

Susciter la demande c'est :

Assurer un engagement fort, soutenu et consistant des autorités gouvernementales en faveur de la PF ;
Renforcer la participation des communautés pour promouvoir les bienfaits de la PF ;
Encourager tous les acteurs concernés à délivrer le message suivant :
« La planification familiale favorise la santé et le développement ». Ce message devrait être vulgarisé par les agents du développement, les mass médias, les communicateurs traditionnels, les leaders religieux, les communautés de base, etc. ;
Evoquer les témoignages les plus récents sur la fiabilité des produits contraceptifs et leurs impacts sur la santé ;
Prendre en compte le souci des femmes et leur crainte des effets secondaires ;
Assurer aux couples, qui désirent espacer ou limiter les naissances, un accès à des services de qualité et à une large gamme de produits contraceptifs efficaces et accessibles financièrement ;
Vaincre les tabous.

En résumé

L'accélération de la planification familiale pourrait permettre de :

de multiplier par 3 le PIB par tête dans 25 ans
d'avoir 1 062 942 d'emplois de moins à créer
d'économiser plusieurs centaines de milliards pour l'importation de riz
d'économiser 1 124 milliards de Fcfa de dépenses de fonctionnement de l'enseignement élémentaire
d'économiser 157 milliards de Fcfa de dépenses publiques de santé
d'éviter le décès de 25 175 mères
d'éviter 1 292 191 décès d'enfants de moins de 5 ans
de contribuer à l'atteinte des OMD en 2015

Le plaidoyer public par des Champions (autorités gouvernementales, parlementaires, personnalités de la société civile) est le gage de succès pour le repositionnement de la planification familiale comme stratégie de réduction de la mortalité maternelle et infantile.

REMERCIEMENTS

Le Ministre de la Santé et de la Prévention, le Directeur de la Santé, le Chef de la Division de la Santé de Reproduction remercient :

L'USAID pour le financement de la réalisation de RAPID Sénégal ;

Les partenaires techniques : l'OMS, l'UNFPA, et USAID | Initiative des Politiques de Santé ;

Les membres du comité technique de pilotage ayant réalisé la mise à jour du RAPID...

Dr Fatou Nar Mbaye DIOUF	DSR/MSP
Dr Mariétou DIOP	DSR/MSP
Dr Elhadj Ousseynou FAYE	DSR/MSP
Dr Mamadou Bocar DAFF	DSR/MSP
M Cheikh Ahmadou B. DIOP	DSR / MSP
M Allé DIOP	Futures Group
M El Hadji Mamadou WADE	Assistant
Dr Amadou MBOW	USAID
M Joshua KARNES	USAID
Dr Isseu DIOP TOURE	OMS
Dr Fatim Tall THIAM	IntraHealth
Mme Mariama MBAYE SARR	DSR/ MSP
Mme Aïssatou Sano COLY	DSR/MSP
M Amadou BALDE	DAPS / MA
M Arona TOURE	DE/MFETOP
Mme Oumy DIAGNE NDIAYE	ANSD
M Assane THIOUNE	ANSD
M Malick DIOUF	DPPDH
M Mady DIABY	DPPDH
Mme Ndèye Fatou DIAW	DEEC/MEPN
M Pathé BALDE	DEEC/MEPN
M Cheikh GOUMBALA	DPRE/ME
M Médoune NDIAYE	SNIS/ MSP

DOCUMENTS DE REFERENCE

Ministère de l'économie et des finances :

Estimations de la Population du Sénégal de 2002 à 2009 (ANDS Avril 2008) ;
Déclaration de la Politique de Population, adoptée le 05 mars 2002 ;
Document de Stratégie pour la croissance et la Réduction de la Pauvreté 2006-2010 (DSPR II) ;
Enquête de Suivi de la Pauvreté au Sénégal (ESPS 2002-2006) ;
Rapport de Synthèse de la Deuxième Enquête Sénégalaise Auprès des Ménages (ESAM-II) Juillet 2004.

Agriculture :

Programme National d'autosuffisance en riz (horizon 2015) ;
Document introductif au Conseil Interministériel du 04 Janvier 2008 ;
Rapport final de l'étude sur l'évolution du secteur agricole
et des conditions de vie des ménages au Sénégal Avril 2008 ;
Division de l'Analyse de la Prévision et des Statistiques (DAPS).

Environnement :

Etat de l'érosion côtière au Sénégal (DEEC) ;
Etat de l'environnement au Sénégal (CSE), Production végétale 2002 :
Valet, 1985 ; Dancette et Sar 1985 ; Khouma, 2001 ; CSE et CERPOD, 1996 ; Badiane et al., 2000

Education :

Annuaire Statistique National année 2006-2007 (MEN/DEPRE) ;
Rapport National sur la situation de l'éducation 2006 (MEN/DEPRE) ;
Rapport National sur la situation de l'éducation 2007-2008 (MEN/DEPRE).

Santé :

Enquête Démographique et de Santé, 1997 ;
Enquête Démographique et de Santé, 2005 ;
Document d'information, POLICY Project : Perspectives sur le Besoin non
satisfait en Planification Familiale en Afrique de l'Ouest : Le Sénégal.
Conférence sur le Repositionnement de la PF du 15 au 18 Février 2005, Accra ,Ghana;

Feuille de route multisectorielle pour accélérer la réduction de la mortalité et de la morbidité
maternelles et néonatales au Sénégal ;

Annuaire Statistique 2006 (juillet 2007) ;
Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale
Service National de l'Information Sanitaire (SNIS) ;

Perspectives sur le Besoin non Satisfait en Planification Familiale
en Afrique de l'Ouest : le Sénégal.

Repositionnement de la Planification Familiale :
Directives pour actions de Plaidoyer (OMS, USAID)



Ressource pour l'Analyse de la Population et de son Impact sur le Développement
(RAPID)
Juillet 2009