

SOUDAN

Les dommages causés par la baisse de l'investissement public dans les services

DR. HASSAN ABDEL ATI

DR; GALAL EL DIN EL TAYEB

Les politiques de libéralisation et de privatisation et les nouveaux termes du commerce international ont eu un impact négatif sur l'économie nationale et sur le statut socio-économique de la population. La baisse de l'investissement public dans les services s'est reflétée de manière négative sur le développement humain, comme l'indiquent la réduction de la ration calorique et l'accroissement du nombre de personnes vivant en-dessous du seuil de pauvreté. Elle se reflète également dans l'incapacité presque totale du gouvernement à réaliser n'importe laquelle de ses cibles dans les domaines de la santé, de l'éducation, de l'eau potable ou de l'assainissement.

Facteurs qui affectent le développement humain

En 1996, le pourcentage de la population vivant en-dessous du seuil de pauvreté dans le Nord Soudan était de 84,6% dans les zones urbaines et de 93,3% pour la population rurale et aucun Etat n'avait de taux inférieur à 76% pour les centres urbains et 80% pour les zones rurales. On s'attend à ce que les taux de pauvreté et de carence alimentaire soient beaucoup plus élevés dans le Sud-Soudan ravagé par la guerre, région pour laquelle les chiffres exacts ne sont pas disponibles. La guerre civile, qui s'est étendue géographiquement et qui a gagné en intensité, a eu des coûts très élevés en termes de vies humaines, avec selon les estimations, 2,9 millions de morts depuis 1983. La guerre a détruit les ressources naturelles et financières tout en provoquant une instabilité sociale et politique. La dégradation de l'environnement provoquée par la guerre, la sécheresse et la mauvaise gestion des ressources ont également entraîné une baisse de la bio-productivité.

Les politiques de libéralisation et de privatisation et les nouveaux termes du commerce international ont eu un impact négatif sur l'économie nationale et sur le statut socio-économique de la population. Cet impact se traduit en particulier par l'effondrement des entreprises manufacturières nationales, en raison de leur faible compétitivité par rapport aux importations. L'embargo économique, déclaré et non déclaré, qui a frappé le Soudan durant la majeure partie des années 90, a freiné l'entrée de l'aide au développement, des prêts et de l'investissement. Ceci a résulté des politiques internationales et étrangères du régime au pouvoir.

L'aide publique au développement (APD) par tête d'habitant a chuté de 32 dollars US en 1989 à 3 dollars US en 1995 et à moins de 0,5 dollar US en 1997. La suspension de l'APD et les flux réduits d'investissement étranger direct (IED) dans le secteur productif ont également contribué aux sorties de capitaux et d'épargne (pour payer les importations) à un niveau beaucoup plus élevé que les entrées générées par les exportations. Les prêts étrangers, loin de résoudre les problèmes économiques, sont eux-mêmes un problème supplémentaire en entraînant une baisse des dépenses publiques. La dette extérieure du Soudan a grimpé à 24

milliards de dollars US à la fin de 1999, soit une hausse de 77,4% en 10 ans, avec un service de la dette annuel massif de plus de 1,3 milliard de dollars.¹

Emploi, salaires, travail des enfants et sans-abri

Selon les statistiques du ministère du travail (1990), le taux de chômage national est de 16,5% ; il est de 13% pour les hommes et de 28% pour les femmes, de 15,5% dans les zones rurales et de 19,6% dans les zones urbaines. Paradoxalement, dans les Etats où le secteur public est le principal employeur, le taux de chômage est plus élevé, essentiellement en raison des licenciements de travailleurs en conformité avec les prescriptions des Programmes d'ajustement structurel (PAS) et des politiques de privatisation.

Le fait que le revenu par tête d'habitant ait enregistré une hausse, passant de l'équivalent de 284 dollars US en 1996 à 288 dollars US en 1999 peut prêter à confusion, car le pouvoir d'achat de l'argent s'est sérieusement détérioré en raison d'une forte inflation. La hausse des prix et le gel des salaires sont des indicateurs de la détérioration des conditions pour les employés et les salariés du secteur public en général, et explique les départs en masse du secteur public.

Les enfants travailleurs constituent 10% du total de la force de travail et 24% du total de la population infantine. Un autre phénomène social, étroitement lié au travail des enfants, est celui des enfants des rues et des sans-abri. Les chiffres disponibles semblent indiquer que près de 66.000 enfants, au Soudan, vivent dans les rues, soit une hausse de 5,4% entre 1996 et 1999. Selon les estimations, ce chiffre serait en hausse de 13,9% en 2002.

Indicateurs de la santé

Morbidité et mortalité non enregistrées

Les cinq principales causes de décès (paludisme, pneumonie, diarrhées, carence nutritionnelle et septicémie) ont ensemble un taux de morbidité supérieur de 20,2% au taux national et de plus de 64% au taux global. Toutefois, ces chiffres ne reflètent que les malades admis dans les hôpitaux et enregistrés. Un grand nombre de cas de maladies ne sont pas enregistrés pour des raisons de manque d'accès lié à la géographie et de manque de sensibilisation aux problèmes de santé. De larges portions de la population n'ont pas accès aux établissements sanitaires, en particulier après l'introduction du programme de recouvrement des coûts dans le cadre des PAS mis en œuvre de manière agressive entre 1996 et 1998.

Selon des estimations de 1997, 98% des enfants âgés de moins de 5 ans et 81% des mères du Nord Darfour étaient anémiés.² Alors que le taux de mortalité infantile indique une tendance à la baisse dans les régions nord durant la période de 1993 à 1999, une hausse est notée pour le Sud Soudan. On enregistre le taux le plus faible à Khartoum, un indicateur de la concentration urbaine des services. Le taux de mortalité maternelle a enregistré une forte hausse, passant de 365 pour

¹ H. Abdel Ati, "International Commitments and Developments since 1992 and their Implications for the Implementation of Agenda 21" in Sustainable Development in Sudan Ten Years After Rio Summit : a Civil Society Perspective, Khartoum, 2002.

² UNICEF. Situation Analysis of Women and Children in the Sudan. Bureau pays. Khartoum, 1999.

100.000 naissances vivantes en 1995 à 504 en 1999, soit une hausse de 38% en 4 ans.³

SIDA

Selon les statistiques officielles, les cas de sida diagnostiqués sont passés de 2 en 1986 à 2.607 en 1999, et 8.222 (4.190 cas de sida confirmés, 4.032 séropositifs) en avril 2002.⁴ le taux annuel moyen d'accroissement entre 1996 et 1999 allait jusqu'à 27% et le taux de prévalence est actuellement de 1,6%. Plus de 71% des cas diagnostiqués sont des hommes, dont 93% dans le groupe d'âge des 15-49 ans. Au cours des deux dernières années, la propagation du SIDA qui auparavant était niée, a été officiellement reconnue et plus récemment, le gouvernement a mis en place un conseil chargé de prendre les mesures nécessaires pour combattre la propagation de la maladie. La promotion d'un comportement sexuel sans risque, la sensibilisation et l'éducation semblent être les moyens les plus efficaces pour lutter contre la maladie, mais très peu a été fait dans ce sens.

Education de base : abandon et absentéisme

L'abandon et l'absentéisme scolaires sont des problèmes sérieux. Les taux d'achèvement annuels moyens pour la période 1996-1999 étaient de 53,6% pour les deux sexes, avec 50,8% pour les garçons et 57,2% pour les filles. Les équipements scolaires (bâtiments, matériels scolaires) et la formation des enseignants, qui affectent directement la réussite scolaire et l'efficacité de l'enseignement sont de très mauvaise qualité dans la majeure partie des écoles. Le pourcentage d'enseignants formés dans le nord Soudan, qui était de 75% en 19991, a baissé à 68,3% en 1996 et 54,7% en 1999.⁵ Il y a des variations régionales considérables, par exemple 86% dans l'Ouest Darfour, 67,1% dans le Nord Kordofan et 50% dans l'Etat de Gezira.

Eau : 90% des épidémies dues au manque d'eau potable

En ce qui concerne l'eau, dans le pays, la situation générale est sombre. Sur la base des estimations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en matière de besoins par tête d'habitant, la fourniture actuelle représente respectivement 58,2%, 24,4% et 35,9% des besoins urbains, ruraux et totaux.⁶ Selon l'OMS, près de 90% des épidémies majeures au Soudan sont d'origine hydrique ou liées à l'eau, provoquant la mort de près de 40% des enfants âgés de moins de 5 ans.⁷ Le gouvernement soudanais a fixé l'objectif de l'accès universel à l'eau potable sûre et à des moyens sanitaires pour l'évacuation des déchets humains. Pour réaliser cet objectif, la Stratégie nationale générale (*Comprehensive National Strategy – CNS*) (1992-2002) accorde la priorité aux stratégies suivantes : protection de l'eau contre la pollution ; implication accrue des communautés ; technologie appropriée à bas prix ; et mise à disposition de 18 litres par tête d'habitant par jour dans les zones rurales et de 90 litres dans les centres urbains.⁸

³ A. Ali. The Rôle of Population Education in the Process of Family Welfare in the Sudan. Thèse de Ph. D, Département de géographie, Faculté de Lettres, Univesity of Khartoum, 2001.

⁴ Voir Rapport Ockenden in Abdel Ati. *op. cit.*

⁵ UNICEF, 1999. *op. cit.*

⁶ Water and Sanitation Project 2000 : Tableaux 28 et 34.

⁷ UNICEF, 1999. *op. cit.*

⁸ L'OMS fixe les besoins à 20 litres par tête d'habitant par jour dans les zones rurales, à 100 litres pour Khartoum et à 80 litres pour les autres centres urbains.

Fourniture d'eau dans les zones rurales

Le volume total de fourniture d'eau dans les zones rurales pour tous les Etats du Soudan est estimé à 528.336 mètres cubes, soit une fourniture quotidienne moyenne par tête d'habitant de 0,025 mètres cubes pour la population rurale. Une part importante de cette eau se perd parfois par évaporation et par gaspillage. Les forages contribuent de manière très significative à la fourniture totale, soit 69,2%, puis viennent les pompes manuelles (12,1%), le système de collecte d'eau de pluie appelé *hafir* (11,8%), les filtres à sable (6,4%) et les puits (0,5%).⁹

Certaines régions, spécialement les zones rurales, connaissent de fortes pénuries. La consommation quotidienne moyenne par tête d'habitant varie d'un maximum de 35,3 litres à Khartoum à un minimum de seulement 2,3 litres dans l'Etat de l'Ouest Darfour. Pour l'eau potable, les chiffres de la consommation maximale et minimale, au Soudan, sont de 35,4 et 1,5 litres respectivement, par tête d'habitant par jour.

Le secteur de l'eau dans les zones rurales dépend depuis longtemps des financements étrangers, avec un certain degré de participation des communautés locales. La baisse de l'investissement public a eu des effets négatifs sur les progrès enregistrés dans les programmes de fourniture d'eau aux zones rurales. Le programme de trois ans mené dans le cadre de la CNS a eu des taux de réussite très faibles durant la période 1992-1995. Les taux de réalisation plus élevés enregistrés dans le programme des pompes manuelles sont dus essentiellement à l'appui fort de l'UNICEF, à la participation effective des communautés et au fait que l'on a eu recours à une technologie appropriée et ayant un bon rapport coût-efficacité.

Fourniture d'eau dans les zones urbaines

La dernière décennie a été caractérisée par une forte hausse de l'exode rural. La population urbaine est passée de 6,8 millions en 1993 à 10,3 millions en 1999 (une hausse de 51,5%). Ceci a accru les pressions sur des services d'alimentation en eau urbaine déjà limités. Le gouvernement se fixe pour cible d'assurer le branchement au réseau de distribution d'eau sous conduite à 85% de la population urbaine avant 2002, les 15% restants étant desservis par des bornes fontaines publiques.

La cible de la consommation d'eau urbaine (90 litres par tête d'habitant par jour) n'a été atteinte, en 1999, dans aucun des 26 Etats du pays. Le taux de réalisation était de 56,8% pour l'ensemble de la population urbaine ; le taux le plus élevé était celui de Khartoum (81%) et le taux le plus faible enregistré était pour la région de Bahr El Ghazal (13,6%). En ce qui concerne le type de fourniture, près de 30% de l'ensemble de la population urbaine était branchée en 1999 (35,1% de la cible) et aucun Etat n'avait plus de 40% de sa population urbaine branchée à domicile. Ainsi, on s'attend à ce qu'aucun des objectifs de la CNS en matière d'accès à l'eau en milieu urbain et de type et de qualité de fourniture, ne soit réalisé d'ici la fin de la période couverte par la CNS (2002). De même, la question des disparités régionales n'a pas été prise en compte.

⁹ UNICEF, 1999. *op. cit.*

Conclusion

La baisse de l'investissement public dans les services s'est reflétée de manière négative sur le développement humain. C'est ce qu'indique la baisse de la ration calorique par tête d'habitant et la hausse du pourcentage déjà élevé de la population vivant en-dessous du seuil de pauvreté. Elle se reflète également dans l'incapacité presque totale du gouvernement à réaliser n'importe laquelle de ses cibles dans les domaines de la santé, de l'éducation de l'eau potable ou de l'assainissement. Plusieurs tendances méritent une mention spéciale :

- ? En dépit de la croissance du PIB, de la balance commerciale positive et de l'accroissement de la dette extérieure, il y a une baisse du budget du développement et des dépenses sociales. Ceci peut s'expliquer par les fortes dépenses pour la guerre (défense et sécurité), l'arrêt de l'APD et les sanctions commerciales auxquelles le pays a été soumis pendant la majeure partie des années 90.
- ? En dépit d'une baisse de l'incidence de la maladie, la mortalité maternelle et infantile s'est accrue, ce qui ne peut être attribué qu'à la pauvreté et/ou à la mauvaise qualité des services.
- ? Le nombre croissant d'enfants des rues est très lié à la baisse du taux d'inscription scolaire et aux taux élevés d'abandon scolaire. Le nombre croissant de fillettes dans les rues pose le problème de la propagation du sida.
- ? Tous les indicateurs utilisés confirment la persistance de grandes disparités régionales.

Références

- Ali Abdalla Ali, *Foreign Direct Investment in Sudan 1990-1999*, rapport non publié, Financial Investment Bank, août 2000.
- Federal Ministry of Education, *Statistical Yearbook*, 1996 et 1999, Khartoum.
- Federal Ministry of Health, E. P. I. *Annual Statistical Report*, 1996 et 1999, Khartoum.
- Government of Sudan, *Comprehensive National Strategy 1992-2002*, Khartoum, KUP, 1992.
- Government of Sudan, *Comprehensive National Strategy 1992-2002*, Reports of the Subgroup on Human Resources Development, 1995-1998, Khartoum.
- Government of Sudan, *Country Strategic Report*, 1997 et 1999, Khartoum.
- Government of Sudan, *Economic Survey*, 1994 et 1995, Department of Statistics, Khartoum., 1995
- Government of Sudan, *Fourth Population Census of Sudan 1993*, Department of Statistics, Khartoum.
- Government of Sudan, *States Encyclopaedia 2000*, Khartoum, 2000.
- Ministry of Manpower, *Annual Statistical Report*, 1996 et 1999, Khartoum.
- National Water Corporation, *Annual Report 1999*, Khartoum.
- Strategic Studies Centre (Soudan), *Sudan Strategic Report*, 1998, 1999 et 2000, Khartoum (en arabe).
- FNUAP, *Annual Report*, 1996 et 1999, Khartoum.

UNICEF, *Situation Analysis of Women and Children in the Sudan*. Bureau pays.
Khartoum, 1996.
Banque mondiale, *Sudan at a Glance*, 2000.

National Civic Forum
<h_abdelati@hotmail.com>