



République du Sénégal
Un Peuple – Un But – Une Foi



Stratégie Nationale de Protection sociale et de gestion des risques

Rapport Provisoire

octobre 2005

SOMMAIRE

1. INTRODUCTION ET CONTEXTE.....	2
2. DIAGNOSTIC : VULNERABILITE, PAUVRETE ET PROTECTION SOCIALE.....	6
2.1 Définitions : vulnérabilité, gestion des risques et protection sociale	6
2.2 Dimensions de la protection sociale et de la gestion des risques	7
2.2.1. Protection sociale et croissance économique au Sénégal.....	7
2.2.2. Protection sociale, capital social et solidarité nationale	8
2.2.3. Pauvreté et Protection Sociale.....	9
2.3. Analyse des risques	11
2.4. Risques et vulnérabilités liés au statut social (les groupes les plus vulnérables).....	30
3. CARACTERISQUES DE LA PROTECTION SOCIALE AU SENEGAL.....	48
3.1 Le système formel de sécurité sociale	48
3.1.1 La sécurité sociale comme engagement international.....	48
3.1.2 La population couverte.....	49
3.1.3 Dispositif institutionnel	50
3.1.4 Le financement de la sécurité sociale.....	51
3.1.5 Impacts de la sécurité sociale au Sénégal	51
3.2 Les systèmes non formels de gestion des risques.....	52
4. REVUE DES DEPENSES PUBLIQUES DE PROTECTION SOCIALE.....	54
4.1 Assistance sociale et filets de sécurité	56
4.1.1 Assistance sociale aux handicapés, aux personnes âgées, aux orphelins et aux autres personnes vulnérables	59
4.1.2 Enfants en situation de risque	59
4.1.3 Soutien aux femmes vulnérables.....	60
4.1.4 Assistance alimentaire en général	61
4.2 Gestion des risques majeurs et catastrophes	63
4.2.1 Action d'urgence face aux catastrophes naturelles	63
4.2.2 Prévention des Chocs sur l'Agriculture	64
4.2.3 Mécanismes d'atténuation et d'adaptation aux risques agricoles	65
5. OBJECTIFS DE LA SNPS/GR.....	68
6. LES PILIERS DE LA SNPS/GR.....	70
6.1 Réforme des systèmes formels de sécurité sociale	70
6.3. Gestion des catastrophes et risques majeurs	85
6.4. Amélioration de la capacité de réponse aux chocs et risques des vulnérables	89
6.4 Mesures sectorielles d'accompagnement	95
7. MISE EN ŒUVRE DE LA STRATEGIE.....	96
7.1 Principes directeurs de la mise en œuvre	96
7.2 Pilotage et suivi de la mise en œuvre de la SNPS	97
7.3 Instruments et procédures de mise en œuvre de la SNPS	97
7.4 Indicateurs de suivi de la mise en œuvre de la SNPS.....	101
7.5 Financement de la stratégie nationale de protection sociale	102

1. INTRODUCTION ET CONTEXTE

1. Le gouvernement du Sénégal a élaboré en 2002 un Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP), cadre de référence en matière de politique économique et de lutte contre la pauvreté qui vise, sur un horizon de quinze ans, à réduire de moitié la pauvreté au Sénégal et plus spécifiquement de : (i) doubler le revenu par tête d'ici 2015 dans le cadre d'une croissance forte, équilibrée et mieux répartie ; (ii) généraliser l'accès aux services sociaux essentiels en accélérant la mise en place des infrastructures de base pour renforcer le capital humain avant 2010 ; (iii) éradiquer toutes les formes d'exclusion au sein de la Nation et instaurer l'égalité des sexes en particulier dans les niveaux d'enseignement primaire et secondaire d'ici 2015.
2. Le diagnostic, fait par les acteurs durant le processus participatif du DSRP, a identifié la faiblesse, voire l'absence de protection sociale comme un des facteurs de basculement des ménages dans la pauvreté. Les risques de basculement liés aux facteurs de vulnérabilité qui sont à la fois environnementaux, naturels ou résultent de maladies handicapantes et accidents concernent toutes les catégories sociales mais prennent une dimension particulière pour certaines catégories les plus vulnérables.
3. Les ménages aussi bien en milieu rural qu'urbain sont exposés à une variété de chocs qui les empêchent d'accumuler les biens et le capital humain susceptibles de les aider à sortir de la pauvreté. Les chocs affectant globalement la communauté ou le pays, tels que la sécheresse, les inondations et les chocs au niveau des prix des produits de base, accroît la volatilité des revenus. Les chocs affectant spécifiquement les ménages, tels que les problèmes de santé, les événements du cycle de vie associés à la naissance, à la vieillesse et à la mort, les risques sociaux associés au crime et les risques économiques tels que les faillites ou la perte des envois de l'émigration sont particulièrement durs pour les ménages pauvres. Les cycles vicieux entre ces risques accroissent encore cette vulnérabilité.
4. C'est pourquoi le Sénégal met l'accent sur la nécessité de faire de la protection des groupes vulnérables un des piliers de sa stratégie à côté des investissements dans l'accès aux services sociaux de base et dans la création de richesse pour assurer une réduction durable de la pauvreté
5. **Le DSRP 2003-2005 a mis un accent sur les vulnérabilités essentielles des populations rurales et urbaines.** En effet sur les trois piliers du DSRP, des objectifs et actions ciblant la vulnérabilité ont été retenus : (i) Le pilier 'création de richesse' traite la réduction des vulnérabilités dans l'agriculture en proposant des investissements dans la gestion de l'eau, des mesures pour un plus grand accès des groupes vulnérables aux terres, des réformes juridiques ainsi qu'à un meilleur contrôle sanitaire et à un meilleur accès des éleveurs aux financements ; (ii) Le pilier 'renforcement des capacités et promotion des services sociaux de base' met l'accent sur l'éducation de base pour les couches les plus défavorisées de la société en réduisant les disparités entre les zones urbaines et rurales tout en améliorant globalement la qualité. Concernant la santé, il est prévu l'offre d'infrastructures suffisantes, la réduction des dépenses pour les pauvres, le développement du recours à l'assurance médicale et le renforcement de la prévention par des approches communautaires. Des investissements en eau, en transport et en qualité de l'environnement amélioreront davantage les résultats en termes de santé et de capital humain. (iii) Dans le cadre du pilier consacré à la 'protection des groupes vulnérables', des filets de sécurité et des mesures d'assistance sociale sont retenus à l'intention des groupes vulnérables spécifiques : enfants en situation de risque, femmes, handicapés, personnes âgées, populations déplacées, jeunes chômeurs, habitants de bidonvilles et pauvres en milieu rural. Il est envisagé un ciblage plus précis et un accent approfondi des mécanismes d'assistance communautaire.

6. Les premiers rapports d'avancement 2003 et 2004 du DSRP du Sénégal ont fait état d'importants progrès dans la mise en œuvre mais indique également la faiblesse des investissements ciblés pour les groupes vulnérables. En effet, le gouvernement a réalisé la plupart des mesures d'accompagnement du pilier création de richesse et inscrit l'économie nationale dans une dynamique d'accélération de la croissance par des politiques macroéconomiques rationnelles, l'amélioration du climat de l'investissement et des avancées dans les réformes structurelles notamment dans les secteurs de l'arachide et de l'électricité. En ce qui concerne le second pilier, les investissements dans le capital humain de manière générale ont fait l'objet d'une attention particulière à travers la mise en œuvre de réformes destinées à renforcer la gestion des dépenses publiques et la capacité de mise en œuvre de services sociaux de base, notamment dans l'éducation et la santé, avec l'allocation de 50% du budget de fonctionnement aux secteurs sociaux (éducation, santé). Toutefois, les améliorations, dans le cadre de ce troisième pilier, consacrées aux groupes vulnérables, sont moins évidentes et seule une faible partie des investissements prévus dans ce domaine a été allouée aux projets ciblés.
7. **La nature multisectorielle des actions en faveur des groupes vulnérables requiert une perspective intégrée** qui a fait défaut dans le processus de mise en œuvre et cela a réduit la visibilité nécessaire. Il est donc apparu indispensable d'inscrire la question des groupes vulnérables dans une perspective globale de protection sociale et de gestion des risques majeurs. C'est dans cette optique que les acteurs en charge des groupes vulnérables dans le suivi du DSRP ont proposé au gouvernement d'inscrire la question de l'élaboration d' « une stratégie nationale de protection sociale intégrée et multisectorielle dans l'agenda du Crédit de Soutien à la Réduction de la Pauvreté (CSR¹) » en négociation avec la Banque Mondiale. Le gouvernement et la Banque mondiale ont retenu de faire de l'élaboration et la mise en œuvre d'une stratégie de protection sociale une priorité dans leur coopération en vue de l'atteinte des objectifs du DSRP. Parallèlement à cette dynamique, le BIT a accompagné les gouvernements de la sous région dans l'analyse de la problématique de la protection sociale dans une perspective de meilleure prise en compte dans le DSRP².
8. La revue de la situation de protection sociale s risques au Sénégal montre, d'une part, l'existence de dispositifs formels de protection sociale basés sur la couverture des fonctionnaires et autres salariés contre les risques de perte de revenus et les maladies. Ces mécanismes destinés au secteur formel ont pour objectif de contribuer à concilier vie professionnelle et vie familiale. Ils sont constitués par la sécurité sociale (CSS, IPM, IPRES, FNR)³, les assurances privées et les mutuelles professionnelles complémentaires. Ces systèmes auxquels les salariés sont profondément attachés ont tout de même fait leurs preuves en matière de santé, de retraite, de politique familiale. De ce point de vue, les acquis doivent être préservés, voire consolidés.
9. D'autre part, une grande majorité de la population, notamment les travailleurs du secteur informel et du secteur rural, les catégories sociales vulnérables n'est pas couverte par ces dispositifs formels. Ce groupe a le plus souvent recours à de multiples systèmes alternatifs notamment (i) les systèmes d'assurances santé, (ii) les assurances gérées par les Instituts de Micro Finances⁴, les assurances gérées par les coopératives⁵,

1 Le CSR est l'instrument d'appui budgétaire de la Banque Mondiale à la mise en œuvre du DSRP

2 Plusieurs études et ateliers sous régionaux et nationaux sur le travail décent et sur la protection sociale dans les DSRP ont renforcé les capacités d'analyse des équipes en charge du DSRP

3 CSS : Caisse de sécurité sociale ; IPM : Institut de prévoyance maladie ; FNR : Fonds national de retraite

4 Cas du MECIB, réseau Pamecas, etc. Les prêts ou les revenus sont aussi utilisés pour faire face aux besoins sociaux de santé, d'éducation, etc

5 Cas de l'Union Nationale des Coopératives Agricoles du Sénégal avec un potentiel de 800 000 adhérents

(iii) les Mutuelles de santé communautaires⁶ et enfin (iv) les systèmes de solidarités à l'échelle familiale, territoriale (villages, quartiers, villes, etc.) et dans les réseaux religieux et confrériques ou professionnels (tontines, etc.).

10. Malgré ces initiatives ou stratégies, une catégorie importante des populations notamment les plus pauvres, les travailleurs journaliers, etc. ne bénéficie d'aucun système de protection et de gestion des risques⁷. Par ailleurs les systèmes formels comme ceux non formels connaissent de sérieux problèmes de performance et de capacités de réponses aux divers besoins de protection sociale et de gestion des risques. Ils sont actuellement sous la contrainte d'une série de défis considérables, impliquant la nécessité de s'adapter à un monde de travail en mutation, aux nouvelles structures socioprofessionnelles et familiales émergentes, ainsi qu'aux bouleversements démographiques des prochaines décennies.
11. En outre, des questions d'actualité se posent en matière de protection sociale, notamment la confiance dans les systèmes collectifs, les mutations de fonction et de famille, la transparence dans l'affectation des ressources, l'adaptation de la protection sociale aux évolutions du salariat, l'accès de tous aux progrès médicaux dont les coûts sont toujours plus importants, etc.
12. Face à cette situation, les différentes catégories socioprofessionnelles font face à de réelles menaces et risques qui se traduisent en inquiétudes légitimes et en besoins nouveaux à satisfaire. Pour faire face à ces défis, diverses initiatives sectorielles ont été prises (ou sont en cours) par les Ministères de la Femme, de la Famille du Développement Social (lettre de politique de développement social), ainsi que celui de la Solidarité Nationale et celui de la Fonction Publique, du Travail, de l'Emploi et des Organisations Professionnelles (lettre de politique sectorielle sur la sécurité sociale, mise en place du conseil de la sécurité sociale), celui de l'agriculture, de l'hydraulique (Loi d'orientation agro sylvo pastorale qui fixe comme objectif la mise en place d'un régime de protection sociale pour les ruraux), celui de la Santé et de la Prévention Médicale, le secteur privé, les organisations de la société civile (UNCAS, CNCR pour les paysans, UNACOIS pour les commerçants, les routiers) etc., avec l'appui des partenaires au développement pour l'élaboration de stratégies ou programmes spécifiques. Ces initiatives, sont le plus souvent insuffisamment coordonnées et articulées aux politiques publiques d'où le sentiment d'incertitude qui se développe et alimente l'inquiétude face à l'avenir dans les milieux professionnels.
13. Au niveau international, l'agenda du travail décent dont la promotion est faite par l'OIT depuis 2001 a fait l'objet d'une large appropriation par les différents acteurs des organisations syndicales, des organisation de la société civile et des services de l'administration et au niveau le plus élevé des Etats par les chefs d'Etat au cours du sommet tenu à Ouagadougou en 2005. Dans ce cadre la protection sociale constitue l'un des piliers fondamentaux et prend une dimension particulière dans ses fonctions transversales par rapport aux autres piliers du « Travail décent » que sont le dialogue social, le travail et les normes et dans les liens avec la réduction de la pauvreté. La campagne mondiale sur la protection sociale lancée en 2004 par le B.I.T, sous la présidence du président de la république du Sénégal Maître Abdoulaye Wade s'inscrit dans cette dynamique.
14. Au niveau des institutions de Breton Woods, les récents travaux la Banque Mondiale ont montré le rôle que joue la protection sociale dans l'accélération de la croissance. Les analyses faites sur la crise financière qui a frappé les pays de l'Asie de l'est en 1997-1998 ont révélé que la croissance n'était pas suffisante pour assurer une

⁶ Ces mutuelles peuvent atteindre plus de 100 adhérents.

⁷ On peut noter les initiatives récentes de partenariats entre les collectivités locales et les mutuelles pour prendre en charge les indigents (exemple de la Convention en négociation entre la Commune de Dakar et l'UMSD)

réduction durable de la pauvreté. En effet, la relative organisation familiale qui était supposée assurer les solidarités pour faire face aux chocs s'avère insuffisante quand intervient un choc dans un contexte de croissance rapide.

15. C'est dans ce contexte que le gouvernement décidé l'élaboration et la mise en œuvre de LA STRATEGIE NATIONALE DE PROTECTION SOCIALE et de GESTION DES RISQUES (SNPS/GR) comme composante importante de la Stratégie de Réduction de la Pauvreté (SRP) et outil essentiel pour atteindre les objectifs du millénaire pour le développement. A travers cette stratégie, le gouvernement vise à réduire l'impact des chocs qui menacent directement la vie des populations notamment les groupes les plus vulnérables en aidant les ménages à mieux gérer les risques qui conduisent à la perte de la vie ou à des pertes irréversibles en capital et à favoriser l'accès des couches les plus vulnérables de la population aux services sociaux de base

2. DIAGNOSTIC : VULNERABILITE, PAUVRETE ET PROTECTION SOCIALE

2.1 Définitions : vulnérabilité, gestion des risques et protection sociale

16. **La vulnérabilité** se définit en termes de risques particuliers et d'exposition des populations à ces risques. Elle traduit la probabilité d'une personne, qu'elle soit pauvre ou non, à subir une perte significative de bien-être en conséquence d'un changement de situation (ou d'un choc). L'analyse de la vulnérabilité porte donc tant sur la nature des forces agissant sur le bien être d'une personne que sur son aptitude sous-jacente à se protéger des risques auxquels elle est exposée.
17. **La pauvreté et la vulnérabilité sont fortement corrélées.** Le fait d'être pauvre accroît la vulnérabilité du fait du manque des revenus disponibles pour payer les services essentiels en temps de crise et l'impossibilité de recours à l'épargne, à l'emprunt ou à des réseaux de solidarité. La vulnérabilité à son tour, renforce la pauvreté. Les ménages ayant la plus forte probabilité de subir des chocs, ont le plus de probabilités d'être pauvres. La pauvreté et le risque ont tous les deux un impact sur la capacité des ménages à améliorer leur bien-être futur.
18. **Les personnes et ménages pauvres sont ceux qui sont le plus exposés à une gamme étendue de risques et qui ont le moins d'instruments pour y faire face.** Dans des conditions de santé précaire, d'exploitation de terres marginales, de faible accès physique et financier aux services sociaux et économiques, d'habitat dans des zones marginales souvent inondables sans assainissement, les pauvres en particulier en milieu rural et dans les périphéries urbaines subissent souvent les effets irréversibles de chocs affectant leur consommation et leur bien-être. Ce sont les ménages les plus démunis qui sont le plus affectés par les chocs, adoptant des stratégies d'adaptation coûteuses en termes de bien-être à court et à long terme. Les chocs peuvent créer des pièges de pauvreté militant contre l'accumulation par les pauvres d'avoirs, de capital humain et physique et ils incitent les ménages à prendre des décisions en matière de consommation et d'investissement qui réduit les possibilités de la croissance économique future.
19. **La Protection Sociale peut se définir** comme l'organisation de solidarités professionnelles, communautaires ou nationales dont le but est (i) de garantir l'accès aux biens et services essentiels ; (ii) de conduire une politique de protection et de prévention contre les risques sociaux et naturels ; (iii) de promouvoir les capacités et les potentiels de chaque individu ; (iv) d'assurer la sécurité des biens et des investissements condition nécessaire pour une croissance durable.
20. La Protection Sociale est donc un instrument au service de la solidarité entre générations et au sein d'une même génération, ou simplement entre ceux qui ont des besoins immédiats et ceux qui n'en n'ont pas immédiatement, par le biais de transferts en espèces et en nature. Elle constitue de ce fait un moyen efficace de lutte contre la pauvreté et un moyen par excellence de redistribution des fruits de la croissance.
21. La protection sociale comprend, outre les régimes publics de sécurité sociale, les régimes privés ou communautaires qui poursuivent des buts analogues tels que les mutuelles et les régimes professionnels, d'origine formels ou informels.
22. Il convient aussi de rappeler que les systèmes modernes de protection sociale ont deux fonctions de base :
 - Une fonction de **filet de sécurité** qui devrait garantir à chaque membre indigent de la société un niveau minimum de revenu en espèces et de services sanitaires et sociaux qui lui permettent de mener une vie décente et en préservant sa dignité. Par ces transferts, la protection sociale assure donc une fonction de **redistribution** des fruits de la croissance

- Une fonction de **maintien du revenu** qui permet aux membres économiquement actifs de maintenir un niveau de vie décent durant les périodes de chômage, maladie, maternité, vieillesse, invalidité et survie ;
23. La stratégie de protection sociale ne doit donc pas se confiner aux mécanismes de réaction aux situations créées par des changements économiques au niveau des individus. Elle prend en compte tous les services et prestations notamment publiques qui favorisent la sécurité économique, la croissance et la solidarité nationale face aux risques affectant le bien être des individus, des ménages et de l'économie nationale.

2.2 Dimensions de la protection sociale et de la gestion des risques

2.2.1. Protection sociale et croissance économique au Sénégal

24. Les systèmes nationaux de protection sociale ne sont pas des îlots économiques. Selon le niveau de développement, les systèmes nationaux de protection sociale redistribuent entre 10 et 30 pourcent du produit intérieur brut (PIB) dans les pays développés. Ils incarnent donc un des principaux mécanismes de redistribution des économies nationales. Au Sénégal la part des dépenses de Protection Sociale dans le PIB est estimée à 2,1%.
25. Au Sénégal, les études disponibles sur la croissance prennent peu en compte les liens entre croissance et réduction de la pauvreté. Les études et expériences internationales montrent que, d'une manière globale, la fourniture de soins médicaux (incluant les mesures de prévention) qui améliorent la santé des assurés et de leurs familles contribue à la stabilité et à la motivation de la main d'œuvre avec des impacts significatifs sur la productivité. La sécurité et la santé au lieu de travail peuvent être améliorées en affectant des ressources d'un régime d'accidents du travail à des programmes de sécurité et d'hygiène du travail.
26. Les régimes de remplacement du revenu ont pour résultat d'assurer aux travailleurs et à leur famille une plus grande sécurité économique et psychologique, d'où une plus grande stabilité et une meilleure productivité. A travers une redistribution horizontale, le remplacement du revenu peut permettre la consommation et le maintien du niveau de vie en période d'adversité et, en particulier, de chômage.
27. La fourniture d'une pension de retraite encouragera les travailleurs à quitter la main d'œuvre active lorsqu'ils deviennent admissibles à la pension, créant ainsi des ouvertures pour l'emploi des jeunes.
28. Les dépenses sociales sont essentiellement financées par les cotisations sociales des travailleurs et/ou des employeurs et par des impôts réservés, soit directement par des cotisations et des impôts payés par les travailleurs, soit indirectement par une diminution de leur salaire. En tout état de cause, les contraintes sur les dépenses sociales sont généralement des contraintes de revenus plutôt que des contraintes de dépenses. Une des principales contraintes de revenus est de nature sociale.
29. Les mesures de sécurité sociale (assurance-maladie, les prestations de maladie, les mesures de sécurité et d'hygiène liées à l'assurance des accidents du travail, les prestations de réhabilitation et de chômage qui donnent au travailleur le temps de trouver le bon emploi) peuvent **augmenter la productivité des travailleurs et réduire ainsi le coût unitaire de la main d'oeuvre**. Elles permettent aussi de maintenir un niveau correct de consommation de biens et services. Les mesures de protection sociale influenceront le PIB par le biais de la **connexion coût de la main d'œuvre - emploi-**

productivité. A ce titre les dépenses de protection sociale doivent être considérées comme des investissements qui améliorent la croissance.

30. Les mesures de protection sociale **affectent également le niveau de l'épargne nationale et de l'investissement.** Si les travailleurs peuvent compter sur des mesures crédibles de sécurité sociale, ils peuvent être enclins à épargner. Les systèmes de protection sociale qui accumulent des réserves peuvent aussi influencer l'épargne nationale totale. Par ailleurs l'existence d'un système national de protection sociale et de gestion des risques majeurs est un facteur qui stimule l'investissement aussi bien interne qu'étranger (IDE).
31. Une évaluation équilibrée des effets économiques de l'introduction de nouvelles mesures de protection sociale ne peut se limiter à une analyse de l'impact à court terme des cotisations de sécurité sociale ou des implications fiscales ou financières du régime, mais doit aussi tenir compte des effets potentiels à long terme du programme de sécurité sociale sur les bases à long terme de la croissance et de réduction durable de la pauvreté.

2.2.2. Protection sociale, capital social et solidarité nationale

32. Les systèmes de protection sociale constituent un facteur de cohésion sociale. Fondés sur la solidarité, ils utilisent les techniques d'assurance et assurent trois types de fonctions :
- une fonction d'assurance par la mutualisation des risques qu'ils opèrent entre les personnes protégées ;
 - une fonction de report du fait qu'ils assurent des transferts entre les générations ;
 - une fonction de redistribution des fruits de la croissance pour réduire de la pauvreté à partir du moment où la contribution n'est pas calculée en fonction de l'appartenance à une classe de risque mais en fonction des capacités contributives de chacun et que l'Etat mobilise des ressources publiques générées par la croissance au profit des plus pauvres.
33. Les systèmes de protection sociale organisent des solidarités intra générations et inter générations professionnelles, de par les prélèvements qu'ils opèrent sur les revenus du travail pour les reverser à des personnes qui ne travaillent plus (retraités, invalides), pour financer des dépenses sociales (soins de santé, charges familiales) ou pour prévenir et réparer les risques professionnels ;
34. L'analyse de la pauvreté a aussi mis en évidence la faiblesse du capital social parmi les facteurs déterminants de la pauvreté et des stratégies des ménages pour sortir de la pauvreté font le plus souvent appel à ce capital. Le capital social est l'ensemble des institutions, des relations, attitudes et valeurs qui gouvernent les échanges entre personnes en société et contribuent au développement économique et social. Les retombées du capital social sont généralement plus élevées pour les ménages de la moitié inférieure de l'échelle de distribution des richesses. Ceci est peut-être dû au fait que le capital social est le capital des pauvres. Plusieurs études montrent, que les régions disposant de plus d'associations actives, de réseaux religieux etc, ont plus accès aux services et au crédit et ont moins recours aux expédients des ventes (déstockage) en période de catastrophes pour résoudre les problèmes urgents. Les ménages sollicitent les organisations de base (coopératives, mutuelles de crédit, etc.) pour faire face aux besoins en cas de crise. La protection sociale constitue ainsi un moyen important pour renforcer le capital social des plus pauvres.

2.2.3. Pauvreté et Protection Sociale

35. En 2002, le Sénégal compte plus de **10 millions d'habitants** dont 57 pour cent vivaient en deçà de la ligne de pauvreté.⁸ La pauvreté est plus répandue dans les zones rurales qui comptent **environ 6 millions d'habitants** dont deux tiers sont pauvres (Tableau 2). L'écart de pauvreté est plus important dans les zones rurales, ce qui signifie que les pauvres en milieu rural ont tendance à s'écarter davantage de la ligne de pauvreté et que la pauvreté y est plus extrême. Plus de deux millions de personnes vivent dans la grande agglomération urbaine de Dakar. Les villes de Thiès, Ziguinchor et Saint-Louis ont également une population urbaine appréciable (Tableau 1). La population rurale représente plus de 80 pour cent des habitants du reste du pays. Diourbel et Kaolack, dans le Bassin arachidier comptent le plus grand nombre de pauvres en milieu rural.

Tableau 1: Population sénégalaise et nombre de pauvres en milieu rural, 2002

Région	Population (000)	% Ruraux	Total Ruraux ('000)	Total pauvres en milieu rural
Dakar	2,267	3.3	75	43,425
Diourbel	1,050	84.0	882	650,916
Fatick	613	87.4	536	294,800
Kaolack	1,066	76.5	816	612,816
Kolda	836	88.1	737	560,857
Louga	678	81.4	551	255,113
Matam	423	86.1	364	203,840
Saint-Louis	689	63.5	437	245,594
Tambacounda	606	83.1	503	359,645
Thiès	1,290	56.5	729	457,812
Ziguinchor	438	56.4	247	182,039
Total	9,957	59.0	5,877	3,866,857

Source : Recensement de la population sénégalaise de 2002, Direction de la Prévision et de la Statistique

Tableau 2: Pauvreté et inégalité au Sénégal, 1994 - 2002

	Ménages				Individus			
	Niveau national	Dakar	Autres zones urbaines	Milieu rural	Niveau national	Dakar	Autres zones urbaines	Milieu rural
	1994-95							
Incidence de la pauvreté (%)	61.4	49.7	62.6	65.9	67.9	56.4	70.7	71.0
Profondeur de la pauvreté (%)	20.5	15.4	21.4	22.3	23.6	17.7	24.4	25.3
Gravité de la pauvreté (%)	9.1	6.4	9.5	10.0	10.6	7.4	10.8	11.7
Coefficient de Gini	38.6	45.8	39.7	31.7	32.6	36.7	34.0	29.4
	2001-02							
Incidence de la pauvreté (%)	48.5	33.3	43.3	57.5	57.1	42.0	50.1	65.2
Profondeur de la pauvreté (%)	14.8	9.5	13.4	17.8	18.3	12.0	16.1	21.4
Gravité de la Pauvreté (%)	6.2	3.7	5.7	7.5	7.9	4.7	6.9	9.4
Coefficient de Gini	37.4	41.9	38.3	29.9	34.2	37.3	35.2	30.1

Source : ESAM II, 2001/2002, ESAM I, 1994/1995

⁸ Les lignes de pauvreté se définissent selon le coût du « panier de la ménagère ». Trois différentes lignes de pauvreté ont été établies pour Dakar, les autres zones urbaines et les zones rurales.

36. Les résultats de l'ESAM II montrent qu'au niveau national l'emploi non-salarié est largement prédominant avec 73,0% des chefs de ménages qui travaillent pour leur propre compte, 2,1% qui sont des employeurs et 3,8% de tâcherons. Il faut cependant noter que l'emploi non-salarié est plus répandu en milieu rural (neuf personnes sur dix contre six sur dix en milieu urbain). L'emploi salarié concerne 17,6% des chefs de ménage et occupe plus de personnes en ville (à Dakar 44,2% sont salariés contre 28,8% dans les autres villes et moins de 6% en campagne).
37. En ce qui concerne les branches d'activité, l'essentiel des emplois occupés par les chefs de ménage est concentré dans cinq des seize grandes branches retenues: l'agriculture, l'élevage et la pêche (près de 49%), le commerce (16,1%), l'administration publique (6,1%), les services marchands autres que les transports et communications, les banques, assurances et autres établissements financiers et les services domestiques (5,4%) et les bâtiments et travaux publics (4,8%), soit plus de 80% de l'ensemble des emplois. En milieu rural la concentration se fait dans deux principales branches: l'agriculture, l'élevage et la pêche (près de 74,0%) et le commerce (près de 10%). En milieu urbain, près de 83% des emplois sont répartis dans huit branches. Hormis le commerce qui occupe 26,6% des chefs de ménage urbains, les emplois sont répartis de manière plus équilibrée entre l'administration publique (14,0%), les services marchands autres que les transports et communications, les banques, assurances et autres établissements financiers et les services domestiques (9,4%), l'agriculture, l'élevage et la pêche (8,1%) (surtout dans les villes autres que Dakar), les bâtiments et travaux publics (7,7%), les transports et communications (6,1%), les administrations privées (5,8%) et les branches manufacturières (5,1%).
38. Les diagnostics du DSRP (enquêtes de perception de la pauvreté) mettent en évidence les « points de rupture » qui conduisent au basculement dans la pauvreté. Les risques pour les ménages et les individus identifiés sont :
- Risques naturels : Les facteurs naturels qui découlent souvent des ruptures dans l'écosystème et de ses conséquences sont les sécheresses successives, l'érosion côtière, l'intrusion marine, la salinisation des terres, dégradation des terres, les inondations, le péril acridien etc.
 - Risques pour le capital humain (santé et éducation) : maladies, blessures, accidents, invalidité, maladies handicapantes, épidémie, déperdition scolaire, etc.,
 - Risques liés au cycle de vie : naissance, maternité, vieillesse, désagrégation familiale, décès, etc.
 - Risques sociaux : crime, violence, soulèvements sociaux, etc.
 - Risques économiques : chômage, mauvaises récoltes, faillites d'entreprises, effondrement de la production, chocs de la balance des paiements, crise financière, crise du taux de change (dévaluation), etc.
39. De manière implicite ce diagnostic indique l'absence de systèmes de protection sociale et de gestion des risques efficace et élargie qui auraient permis d'éviter ce basculement quand interviennent ces chocs. La lecture des rapports des enquêtes de perception montre que l'absence de protection sociale est l'un des principaux facteurs de maintien des pauvres dans un cercle vicieux et de création de nouveaux pauvres notamment pour les acteurs du secteur informel et constitue un frein à l'accumulation du capital et à l'investissement.

2.3. Analyse des risques ⁹

40. On fait en général la distinction entre risques qui affectent les communautés (risques collectifs appelés aussi « risques covariants ») et ceux qui affectent les individus (risques individuels ou risques idiosyncrasiques). Les risques sont des événements incertains qui lorsqu'ils se réalisent, deviennent des chocs. On peut classer les risques en fonction du niveau auquel ils surviennent (microéconomique, mésoéconomique et macroéconomique) et selon le caractère de l'événement (naturel, économique, politique, etc.). Les chocs microéconomiques, qualifiés aussi d'idiosyncrasiques, affectent des individus ou des ménages donnés. Les chocs mésoéconomiques touchent des groupes de ménages, toute une communauté ou tout un village. Ces chocs sont communs à tous les ménages du groupe (chocs covariants). Des chocs peuvent aussi se produire au niveau national ou international.

2.3.1. Risques collectifs (covariants)

2.3.1.1. Risques, chocs naturels et catastrophes

41. L'inventaire des risques et catastrophes dans les différents secteurs de développement permet de dresser le tableau suivant :

Tableau 3 : risques et catastrophe selon les secteurs

Secteurs	Risques et Catastrophes	Exemples
Urbanisme et aménagement du territoire	Effondrements de bâtiments Inondations Incendies et explosions Erosion côtière Raz de marée Problèmes de mobilité urbaine	Bâtiments vétustes et même bâtiments en cours de construction Quartiers bas de Dakar et Régions Incendies de marché (plus de 20 cas entre 1993 et 2004, avec des dizaines de milliards de francs CFA de pertes matérielles) Sur toute la Petite Côte Dakar coupée du Sénégal par les eaux
Environnement	Feux de brousse Inondations Raz de marée et érosion côtière Manque d'assainissement Pollution urbaine Pollution des eaux Incendies Sécheresse Pluies hors saisons Déforestation	Dans plusieurs régions Dans les zones basses et les quartiers flottants Pluies hors saison de janvier 2002 Surtout dans le Centre et le Sud –Est du pays
Industrie	Incendies Explosions Substances toxiques Pollutions Accidents et maladies professionnels	Explosion d'une citerne d'ammoniac à l'usine Sonacos de Dakar, en 1992 (plus de 30 morts et une centaine de blessés)

⁹ Cette partie reprend pour l'essentiel les résultats de l'étude de Julie Van Domelen « Gestion des risques en milieu rural au Sénégal : revue multisectorielle des initiatives en matière de réduction de la vulnérabilité » (Banque Mondiale juin 2005) réalisée dans le cadre de l'appui de la Banque mondiale du processus de préparation de la stratégie nationale de protection sociale. Ce travail a été validé et complété par les commissions de travail mises en place pour approfondir le diagnostic.

Transport	Accidents routiers, ferroviaires, maritimes et aériens Mobilité urbaine Produits et matières dangereux	- les accidents de transports : * aériens (Kafountine, Ngaparou, Tambacounda) ; * ferroviaires ; * routiers (600 morts et 2000 blessés graves par an) * maritimes (pêcheurs, naufrage du bateau « le Joola », en septembre 2002, avec plus de 1800 personnes décédées ou disparues).
Agriculture et Elevage	Invasion des criquets Epizooties Risques aviaires Risques météorologiques	le péril acridien, en 1988 et 2004 (sept régions au moins ont été infectées) Pluies hors saison (janvier 2002)
Pêche	Naufrages Dégradation des ressources halieutiques Accidents industriels Maladies professionnelles Risques alimentaires Risques environnementaux	Noyades (dans les zones de baignade et de traversée par embarcations, en moyenne 70 cas de décès par an) Tempêtes (en 1999, pêcheurs noyés en mer avec la tempête Cindy)
Tourisme	Accidents routiers et maritimes Incendies Intoxications alimentaires Risques économiques	
Santé	Endémies / Epidémies Gestion des déchets biomédicaux	Paludisme endémique dans les zones inondables /Epidémie de Choléra, Bilharziose, Onchocercose au sud – est, Dans la plupart des hôpitaux
Secteur minier	Explosions Pluies acides Déraillements Produits toxiques Accidents de travail	Déraillement récurrents des trains transportant des produits dangereux : acides phosphoriques et sulfuriques concentrés, des produits inflammables tels que le soufre minéral et les hydrocarbures et traversant des établissements humains denses (Tivaouane, Thiès, Thioroye Gare, Pikine, Thiaroye sur mer).

a) Les risques liés aux changements climatiques

42. Le réchauffement de la planète dû aux gaz à effet de serre et la destruction de la couche d'ozone entraînent des changements climatiques et la montée du niveau de la mer. Il s'ensuit des perturbations atmosphériques et des variations importantes du niveau de la mer, ce qui est préjudiciable aux zones côtières. Par exemple, sur l'ensemble des côtes sénégalaises et pour une élévation du niveau marin de 1m d'ici à 2100, il est prévu qu'entre 55 et 86 Km² de plages disparaîtraient suite à une recrudescence des phénomènes d'érosion côtière. En même temps, environ 6 000 Km² de zones basses, essentiellement les zones estuariennes, seraient inondées.

Le tableau 4 : Les valeurs du risque dans deux régions du Sénégal exposées.

Valeurs du risque	Presqu'île du Cap Vert (1 597 Km ²)	Estuaire du Saloum (4 309 Km ²)
Superficies perdues (Km ²) - par érosion côtière - par inondation	3-4 (46-63% des plages) 56,5-398 (3,5-2,5% zone)	0,8-4 (49-241% des plages) 1690-2910 (52-89% zone)
Population à risque (milliers)	730-4788	847-11807
Valeur économique à risque (avec un taux d'actualisation de 3%)	4,4 – 29,7 milliards US \$	4-55,3 milliards US \$
Coût de protection	0,004 – 0,026 milliards US \$	0,059 milliards US \$

b) Les risques liés à l'aménagement de l'espace

43. Le non respect des règles d'aménagement, des procédures d'études d'impact et d'occupation du territoire avec l'urbanisation incontrôlée : les constructions sur les plages ou à proximité, diminuent le stock sédimentaire qui est régulièrement utilisé et remodelé par les houles. Tout déficit sédimentaire ainsi créé se traduit par une érosion des côtes et la sursalinisation au niveau de certains villages situés dans les îles, en face de la nouvelle embouchure, tels Dionewar et l'inondation des zones les plus proches du fleuve. Le développement des activités industrielles auquel s'est greffé le non respect des normes de sécurité : le stockage d'hydrocarbures à Hann et à Bel Air, en plein cœur de la capitale constitue également un risque majeur.

c) Risques liés à au déficit pluviométrique

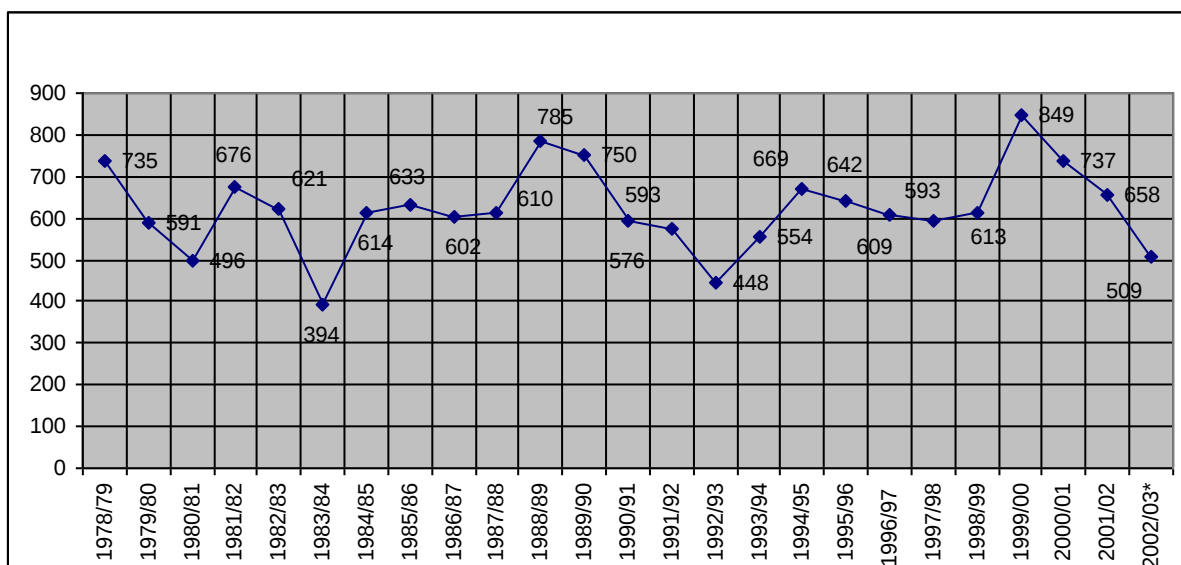
44. En milieu rural, **les risques naturels sont corrélés à la nature agricole de l'économie rurale et de son environnement sahélien**. Les sécheresses cycliques réduisent la production agricole et déciment les troupeaux. Toutefois, les impacts de ces chocs sont hautement variables en fonction de la campagne agricole, de la zone agro-écologique, du type de culture et des systèmes de production (sous pluie ou irriguée.)

Encadré 1: Zones agro-écologiques du Sénégal

- La **Vallée du Fleuve Sénégal** comprenant les régions de Saint-Louis et Matam concentrant 75% des superficies irriguées du pays
- La **zone sylvo-pastorale** qui regroupe la région de Louga et le département de Ranerou dont l'élevage représente la principale activité ;
- La zone des **Niayes** le long de la côte atlantique entre Dakar et Saint-Louis est axée sur la production maraîchère (10 pour cent des hectares irrigués) ;
- Le **Bassin arachidier** de Fatick, Kaolack Diourbel et Thiès (et Kebemer) où prédominent l'arachide, le mil/sorgho et le maïs ;
- Le **Sénégal** oriental et la Haute Casamance avec le coton et l'agriculture irriguée ;
- La **basse et moyenne Casamance** productrices de riz (15 pour cent des hectares irriguées en riz)

45. **La pluviométrie est caractérisée par de profondes fluctuations d'une année à l'autre**. Au cours des 25 dernières années, la pluviométrie au Sénégal a fluctué entre un minimum de 394 mm et un maximum de 849 mm par an (Figure 1). Seule une année sur cinq a été considérée comme ayant enregistré de bonnes pluies, de plus 725 mm. Les 25 dernières années, à l'exception de cinq bonnes années, ont enregistré une faible pluviométrie et/ou une mauvaise répartition spatio-temporelle des pluies ayant donné lieu à des niveaux réduits de production agricole. L'irrégularité de la pluviométrie s'observe également aux niveaux régionaux et varie par zone climatique. Au sud, en Casamance, région ayant la plus haute pluviométrie avec 1100 mm, les précipitations annuelles peuvent s'écarter de moins 33 % à plus 70% de la moyenne. En conséquence, l'agriculture est essentiellement soumise aux caprices des précipitations dans une région encline à la sécheresse. Dans ces conditions les acteurs ont plus tendance à adopter des stratégies de minimisation des risques. Ce qui se traduit par la faiblesse des investissements dans l'agriculture. Même en année de bonne récolte les bénéfices sont réinvestis dans d'autres secteurs comme le commerce, l'élevage et l'émigration.

Graphique 1: Pluviométrie annuelle moyenne de 1978 à 2003 (en millimètres)



Source : Service météorologique national

46. Au cours des 25 dernières années, le Sénégal a connu six années pouvant être caractérisées comme ayant enregistré des chocs majeurs en termes de pluviométrie. Elles se sont caractérisées par l'arrivée tardive des pluies, une irrégularité de leur distribution spatiale et une fin précoce de la saison des pluies. Ces chocs ont provoqué des chutes considérables des rendements agricoles (Tableau 5). Durant les années de sécheresse, l'arachide a produit de 700 à 900 kg/ha par rapport aux bonnes années de récolte de 1 100 kg/ha. Le déficit de production a varié de 145 000 tonnes à 570 000 tonnes (des pertes de 17,4 milliards à 68,4 milliards de F CFA au prix moyen de 20 CFA/kg) selon l'année. Pour le système mil/sorgho, la production a décliné de 80 000 à 200 000 tonnes (pertes de recettes de 12 à 30 milliards CFA au prix moyen de 150 CFA/kg). Une amélioration des précipitations annuelles moyennes d'1 mm augmente d'1 kg/ha le rendement de l'arachide et de 0,4/kg celui du mil. Toutefois, les niveaux de pluviométrie n'expliquent que pour 39% la variabilité des rendements de l'arachide. Parmi les autres facteurs, citons la dégradation de la qualité de sols, la période des pluies, l'utilisation d'intrants et d'autres chocs induits par l'irrégularité des pluies comme les parasites et les invasions de criquets.

Tableau 5 : Effets de la sécheresse sur la production. Années sélectionnées : 1979-2002

Année de cho pluviométrique	Pluviométrie (annuelle en mm)	changement par rapport à la moyenne (annuelle en %)	changement pour l'arachide (en %)	changement pour le mil (en %)
1979	591	-20%	-29%	-29%
1980	496	-36%	-24%	-8%
1983	394	-21%	-46%	-28%
1990	593	-22%	-28%	-10%
1992	448	-29%	-27%	-9%
2002	509	-17%	-72%	-13%
Estimations de la Banque Mondiale				

47. **Le choc le plus récent lié à la pluviométrie, en 2002, a été dû tant à la quantité qu'à la période des pluies.** Il a abouti à une diminution de la production d'arachide, de coton et de niébé. Les cultures de substitution qui servaient traditionnellement de diversification ont également subi des pertes, comme la pastèque avec une chute de 7,5% et le sésame de 26%. Une réduction globale de 18% de la production de céréales de base a aggravé le déficit alimentaire structurel du pays et a incité le Gouvernement à offrir une assistance alimentaire étendue et des filets de sécurité aux cultivateurs. La production totale d'arachide de 265 000 tonnes a été la plus faible enregistrée depuis l'indépendance. Ce choc a également affecté le bétail, causant une réduction de 5%. **Les pertes économiques causées par les pluies hors saison en 2002 sont globalement estimées à 31 milliards de F CFA** (environ 62 millions de dollars).
48. **Les variations de pluviométrie affectent la plupart des ménages ruraux et ce sont les plus pauvres qui souffrent le plus des pertes de bien-être.** En effet 85%t des ménages ruraux ont répondu avoir subi au moins une mauvaise récolte au cours des 10 dernières années. En 2002, tous les niveaux de pauvreté ont enregistré des diminutions de production. Si les revenus des ménages les plus pauvres sont les plus dépendants de la seule production agricole, étant, en fait, ceux qui produisent la plus grande quantité d'arachide, l'impact économique absolu du choc de 2002 a été beaucoup plus important pour les ménages les plus pauvres.

Tableau 6: Récoltes annuelles d'arachide (en kg) par ménage, par niveau de pauvreté

Année agricole	Non-pauvres	Pauvre	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5
2003-2004	948.6	2,932.5	3,731.9	2,112.5	1,224.6	804.6	838.4
2002-2003	915.9	1,968.7	2,068.7	1,856.1	1,324.5	731.3	632.5
2001-2002	1,613.8	2,961.7	3,607.1	2,264.8	1,651.1	1,325.	2,124.
2001-2002	1,613.8	2,961.7	3,607.1	2,264.8	1,651.1	1,325.	2,124.

Source: Enquête PSIA sur le Bassin arachidier

d) Les risques liés aux inondations

49. En dépit de la fragilité globale des précipitations au Sénégal, certaines localités sont affectées de manière adverse par les inondations. Au cours des dix dernières années, plusieurs zones ont souffert d'inondations causées par des pluies intenses et des crues des fleuves, essentiellement dans les régions de Saint Louis, Matam, Louga, Tambacounda et Kolda. Ces inondations affectent des milliers de personnes, causant des morts, des déplacements, la destruction de maisons et d'autres infrastructures et d'importantes pertes de cultures et d'animaux. Ces pertes se caractérisent de manière suivante en fonction des régions :
50. A Saint Louis et Matam, les inondations sont récurrentes le long de la vallée du Fleuve Sénégal. Depuis le début des années quatre-vingt-dix, d'importantes inondations se sont produites en 1994, en 1999 et en 2003, avec des effets particulièrement dévastateurs en 1994 et en 1999. Les inondations de 1999 ont duré jusqu'en mi-octobre dans de nombreuses régions. Elles ont causé des pertes de vie, des destructions d'infrastructures (routes, ponts), de maisons, de cultures et d'autres biens affectant environ 100 000 résidents. Au moins, 70% des périmètres irrigués villageois (PIV) à Podor ont été touchées. Outre la perte de cultures et la destruction de maisons, les inondations ont favorisé l'infestation de plantes aquatiques.
51. Les inondations à Kolda varient selon les départements. En 2003, la combinaison de lourdes pluies et le manque d'infrastructures de drainage ont affecté les populations qui

s'installent de plus en plus dans des zones inondables le long de la Gambie, de la Casamance et de la Kayanga.

52. A Tambacounda, de juillet à octobre 2003, les fortes pluies ont exacerbé le débordement des zones de stockage naturel et les inondations qui en ont résulté ont causé des dégâts étendus aux bananeraies affectant environ 2 200 hectares sous production par 3 200 producteurs à une valeur estimée de 3.6 milliards de F CFA.
53. Dans la région du Delta du Saloum, deux formes d'inondations locales sont communes, l'une par les pluies, l'autre par la pénétration marine, causant l'érosion des berges sablonneuses du fleuve, l'isolement des populations et la salinisation des terres arables.
54. **En milieu urbain**, les inondations touchent chaque année les populations pauvres des zones périurbaines installées dans des zones basses. Même en année de faible pluviométrie, la remontée de la nappe et le drainage des eaux de ruissellement vers ces zones suffisent à installer la précarité de l'habitat. En année de bonne pluie ou de pluies excédentaires, la situation devient catastrophique même pour des ménages moins pauvres et des quartiers plus nantis. Les impacts sont aussi négatifs sur les infrastructures de transport (mobilité urbaine), sur la santé avec la prolifération des moustiques et des maladies diarrhéiques.

e) Les risques liés au péril acridien, espèces nuisibles et parasites

55. **Le Sénégal subit périodiquement des invasions de criquets, dont les plus récentes en date de 1988 et 2004.** Selon une évaluation de la FAO, sur les 11 régions du pays, sept ont été affectées de manière adverse par les criquets ces dernières années: Saint Louis, Diourbel, Thiès, Matam, Fatick, Louga et Dakar. La perte de production de céréales de base était en moyenne de 22%, dont 34 % pour le mil (par rapport à la moyenne des cinq années précédentes) et de 30% pour le sorgho. La perte globale de production a été supérieure à 45 000 tonnes. La région de Saint-Louis au nord a enregistré la moitié des pertes. La moitié des pâturages dans le nord (Louga, Saint-Louis, Matam) et 80% à Diourbel ont été dévastés.
56. **Le nombre de ménages touchés par l'invasion de 2004 est estimé à 124 000, soit 20% des ménages ruraux.** Contrairement à la sécheresse générale, les dégâts causés par les criquets sont géographiquement localisés même dans les régions affectées. Mais, lorsqu'ils se posent dans un terroir, la perte de récolte peut être totale. Les ménages affectés se trouvaient dans les régions de Matam, Thiès, Diourbel, Saint Louis et Louga (Tableau 7). Les pertes de production sont estimées à moins de 50 000 tonnes (environ 7 milliards de CFA à une moyenne de 150 CFA/kg). Les dommages semblent être mineurs grâce à l'engagement rapide des autorités dans la campagne de lutte contre les criquets.

Tableau 7: Estimation des pertes de production céréalière causées par les criquets en 2004.

Région affectée	Production annuelle moyenne 1999-2003	Pertes dues aux criquets (tonnes)	%	Nbre de ménages affectés	Tonnes par ménage
Thiès	53 112	11 685	22%	22 239	0.52
Diourbel	57 038	14 830	26%	22 149	0.67
Saint-Louis	1 504	752	50%	19 439	0.04
Louga	36 412	14 565	40%	14 595	1.00
Matam	18 699	2 992	16%	42 853	0.07
Fatick (Gossas)	26 665	2 666	10%	2 164	1.23
Total	193 430	47 490	25%	123 439	
Total Sénégal	1 108 300	47 490	4.3%		

Source : Rapport FAO/PAM/CILSS, Sénégal Déc. 2004

57. D'autres infestations endémiques affectant l'agriculture et le bétail sont moins spectaculaires tout en causant néanmoins des pertes considérables de production. Les principaux risques pour les cultures sont les suivants: (a) oiseaux granivores (*quelea-quelea* et *passer luteus*) qui abîment les récoltes dans la Vallée du Fleuve Sénégal; (b) sauterelles (*oedaleus Sénégalensis* notamment), en particulier dans les régions de Kaolack, Tambacounda, Fatick, Diourbel et (*Oedaleus nigeriensis* et *Zonocerus variegates*) de Kolda et Ziguinchor, qui attaquent les jeunes pousses en début de saison des pluies ; (c) les autres essaims d'insectes (*amsacta moloneyi*) dans les régions de Kaolack, Louga et Diourbel qui attaquent les niébé, l'arachide et le maïs ; (d) les insectes floricoles (cantharides) qui mangent les jeunes bourgeons de mil dans la zone du Bassin arachidier ; (e) les pucerons (*aphis craccivora*) qui transmettent une maladie virale (*leaf curl virus*) à l'arachide et au niébé durant les interruptions de pluie et (f) la mouche blanche (*bemisia tabaci*) qui affecte la production de coton. **En général, la prévention et le traitement des infestations parasitaires demeurent limités.** Sans mentionner le caractère exceptionnel de l'année 2004 de par ses opérations d'urgence contre les criquets, 428 000 hectares en moyenne sont inspectés chaque année, soit environ 20% des terres cultivées. Au cours des six dernières années, 63% des champs inspectés étaient infestés et 53 pour cent de ces champs infestés ont été traités.

f) Les risques liés aux menaces sur le bétail

58. **L'élevage est menacé par la sécheresse et autres effets climatiques et parasitiques ainsi que la réduction des pâturages.** La perte de pâturage se traduit en vente d'animaux à moindre prix et en changement des schémas de transhumance qui peuvent causer des pertes animales de l'ordre de 30%. Il est difficile d'estimer les pertes globales dans la mesure où les bergers peuvent mener leurs bêtes au-delà des frontières nationales et les brader à un prix inférieur à celui escompté, etc.¹⁰ Le Tableau 8 indique que la sécheresse de 2002 a causé une réduction significative du nombre de bovins, d'ovins et de caprins.

Tableau8 : Evolution des stocks d'animaux de 1999 à 2003 (en 000 de têtes)

Année	Bovins	Ovins	Caprins	Porcins	Equidés	Anes	Camélidé	Volaille industrielle	Volaille familiale
1997	2 898 000	4 198 000	3 578 000	191 000	444 240	375 000	4 000	4 956 000	13 118 000
1998	2 912 490	4 344 930	3 703 230	213 919	445 128	375 749	3 960	5 287 000	15 055 283
1999	2 927 052	4 497 003	3 832 843	239 590	446 018	376 501	3 920	4 710 000	11 276 779
2000	2 986 000	4 542 000	3 879 000	269 000	471 000	399 000	4 000	5 595 000	18 900 000
2001	3 061 000	4 678 000	3 995 000	280 000	492 000	407 000	4 000	6 115 317	19 542 600
2002	2 996 937	4 540 380	3 899 972	291 450	496 095	399 547	4 000	5 174 255	20 207 048
2003	3 017 513	4 613 508	3 968 737	303 368	501 225	399 547	4 008	5 261 866	20 813 260

Source : Rapport sur la Situation Economique et Sociale du Sénégal DPS 2003

59. **Parmi les maladies majeures, la peste, la maladie aphteuse, la maladie de Newcastle, la peste chevaline et le botulisme.** Le Ministère en charge de l'Elevage piste les maladies animales et encourage les vaccinations. En 2002, le Ministère a fait état de 1 300 morts d'animaux mais de nombreuses pertes n'ont pas été recensées. Dans l'enquête PASEC les trois-quarts des ménages ruraux ont déclaré avoir enregistré des pertes d'élevage au cours des 10 dernières années dont les causes les plus fréquentes sont les épidémies, suivies des vols puis de la sécheresse.

¹⁰ Les témoignages semblent suggérer que la nécessité pour les pasteurs de mener plus loin leurs troupeaux à la recherche de pâturages incite également les familles à retirer leurs enfants de l'école.

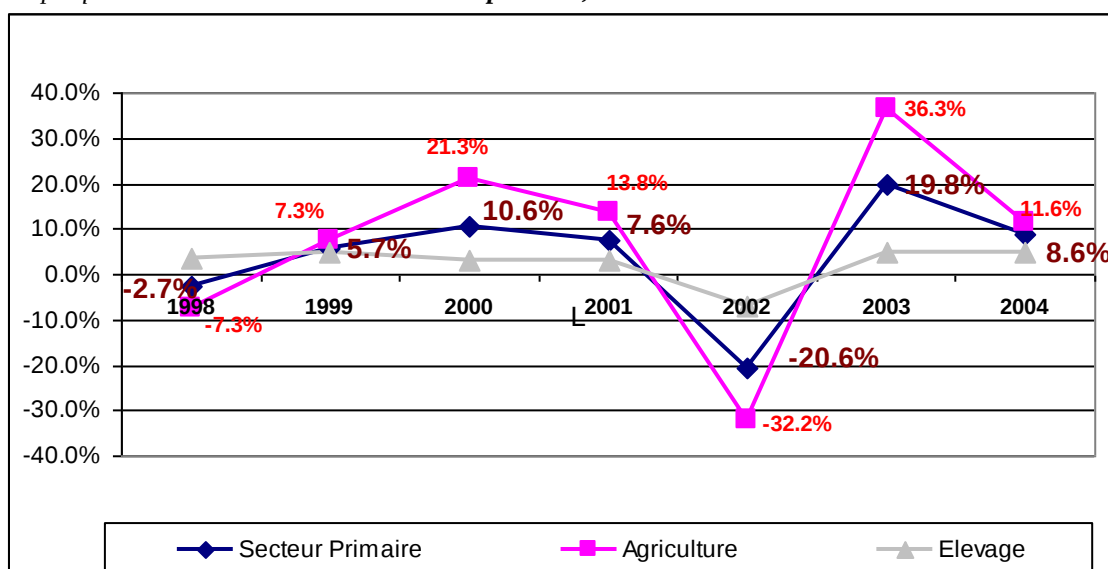
Tableau 9: Fréquence et cause de la perte du bétail, 2002 en %

	Rural	Dakar	Autres urbains	Total
Ménages ayant enregistré des pertes de bétail au cours des 10 dernières années	73.3	11.8	35.3	53.0
Perte subséquente à une épidémie	52.3	23.3	33.4	48.1
Vols, pertes	21.5	27.9	35.8	24.1
Sécheresse/ calamité naturelle	16.0	11.6	15.8	15.8
Ventes considérables	9.1	23.3	9.5	9.7
Total	100.0	100.0	100.0	100.0

g) Effet des chocs agricoles sur l'économie nationale

60. Depuis la dévaluation du F CFA en 1994, l'économie sénégalaise a retrouvé son dynamisme en enregistrant un taux de croissance annuelle de plus de 5% malgré les chocs d'origine climatique qui créent une contrainte à la croissance potentielle. La croissance du PIB a été interrompue en 2002, lorsque l'économie a subi une baisse de croissance de 1,1 pour cent. Cette chute a été essentiellement due par la chute de la production agricole en grande partie liée aux conséquences des pluies hors saisons et des inondations le long du Fleuve Gambie. La reprise de 6,3 pour cent de la croissance économique en 2003 et de 6,1 pour cent en 2004 a été soutenue par la croissance de 20 pour cent du secteur primaire en 2003 et de 9 pour cent en 2004.¹¹

Graphique 2: Taux de croissance du secteur primaire, de 1998 à 2004



Source: Ministère des Finances, estimations de la Banque Mondiale

h) Risques liés à une économie ouverte

61. Le Sénégal est une économie ouverte, ce qui expose ses producteurs ruraux aux risques liés au taux de change et aux fluctuations des prix sur les marchés internationaux. L'agriculture constitue 20% du total des exportations composées

¹¹Le secteur tertiaire de l'économie enregistre plus de la moitié du PIB ; le secteur primaire enregistre moins de 20 pour cent du PIB et ce pourcentage a légèrement décroît avec le temps. Toutefois, des liens puissants existent entre l'agriculture et les activités des secteurs secondaires (transformation) et tertiaire (commercialisation). Un accroissement d'1% de la croissance agricole génère respectivement un accroissement de 0,81 % et de 0,92% dans les sous-secteurs des animaux d'élevage et des huiles comestibles respectivement dans une même année et 0,51 % et 0,69 % d'effets positifs les années suivantes dans les sous-secteurs respectifs de la transformation des aliments et des échanges commerciaux.

principalement de produits arachidières (huile brute et tourteaux, représentant la moitié des exportations agricoles), de coton (laine et produits tissés) et, dans une mesure moindre mais croissante, d'horticulture. La production arachidière est stagnante et les exportations ont chuté progressivement. Parmi les facteurs qui ont joué un rôle important dans ce déclin figure la tarification encourageant l'industrie locale à importer et à transformer des catégories d'huile comestible moins coûteuses pour le marché domestique et la tendance à la baisse des prix sur les marchés internationaux au cours des dix dernières années. Les réformes entreprises depuis le milieu des années quatre-vingt-dix ont incité à des prix déterminés par le marché, négociés entre les producteurs et les entreprises de transformation.

62. **En milieu urbain**, les entreprises et commerçants sont confrontés aux règles du marché et à la concurrence. Les travailleurs subissent les conséquences des faillites et fermetures d'entreprises, avec les pertes d'emploi et la précarité, même si les consommateurs urbains en tirent souvent des avantages avec la baisse des prix.

2.3.2. Risques individuels

63. Les conditions sous-jacentes de la vulnérabilité sont accrues lorsque l'accès aux services de base cruciaux est limité. Les chocs sanitaires sont plus fréquents en l'absence d'eau potable et d'hygiène appropriées. Les longs trajets scolaires et la distance à parcourir pour accéder aux centres de santé réduisent la probabilité d'utilisation de services et d'amélioration du capital humain. Quant à l'accès aux routes et marchés : 40% des ménages ruraux vivent à plus d'une heure des marchés d'alimentation et un tiers des habitants ruraux doivent marcher plus d'une heure pour atteindre les routes principales et les transports publics, ce qui augmente les risques en cas d'évacuation sanitaire. Pour l'eau, 84% des ménages ruraux habitent à 15 minutes à pied du point d'eau le plus proche. Quoiqu'il en soit, la qualité de l'eau consommée constitue un facteur de discrimination importante : plus de la moitié des ménages ruraux tirent leur eau de sources non-protégées contre 6% des ménages urbains. Quant à l'éducation, les deux-tiers des enfants en milieu rural ont accès à l'école primaire à une distance raisonnable (moins d'un kilomètre), 16% marchent plus de 3 kilomètres. Pour accéder aux services de santé (un poste de santé), plus de la moitié des ménages ruraux font plus de 3 kilomètres.

a) Risques et chocs en santé

64. **Les chocs sanitaires ont des répercussions qui vont au-delà de la qualité de la vie, affectant les revenus, la productivité, la scolarisation et finalement, la croissance économique.** La perte de journées de travail se traduit en réduction de salaires et/ou de production des ménages ainsi qu'en perte de production de services (ex : journées d'enseignement et autres services essentiels). Les crises en santé accroissent les dépenses des ménages et épuisent l'épargne. Ces dépenses comprennent les transports, les honoraires médicaux, les médicaments et, dans le cas de décès, les frais mortuaires associés aux funérailles. Les effets des crises sanitaires, en termes de coûts, sont particulièrement aigus en l'absence de mécanismes de solidarité ou d'assurance. La perte d'épargne, à son tour, accroît la vulnérabilité globale des ménages aux autres événements adverses. Les effets des chocs sanitaires sur la performance scolaire entraînent une diminution de l'apprentissage et peuvent aboutir à l'abandon ou au redoublement. La mort d'un parent expose les orphelins à un risque considérable de non-scolarisation et d'abandon des classes.

◆ Profil global de la morbidité et de la mortalité

65. **Le Sénégal a opéré d'importantes avancées dans plusieurs domaines sanitaires mais les indicateurs restent encore en deçà des objectifs pour certains domaines.** L'espérance de vie de 54 ans est supérieure à la moyenne en Afrique sub saharienne qui est de 49 ans (1999), reflétant ainsi le revenu par habitant supérieur, l'urbanisation croissante, la faible prévalence du VIH et l'amélioration de la couverture de l'enseignement primaire du Sénégal par rapport aux pays voisins de la sous région. Toutefois, la mortalité maternelle demeure élevée se situant à 510 sur 100 000 naissances d'enfants vivants (DHS II 1993) et la fertilité de 5,7 enfants par femme est supérieure aux moyennes régionales. Par rapport à son niveau de revenus, le Sénégal enregistre l'un des taux de mortalité les plus élevés en dessous de l'âge de cinq ans. La mortalité néonatale représente la moitié du taux de mortalité infantile et elle est associée à la prématurité et au faible poids de naissance, au tétanos néonatal, à la pneumonie et au traumatisme de la naissance. Le taux de mortalité infantile (enfants de moins d'un an) est de 40% et est plus élevé dans les zones rurales et la mortalité des enfants de moins de 5 ans est de 162% plus élevée.
66. **Le paludisme est la première cause de morbidité et de mortalité au Sénégal.** Il ressort de l'enquête ESAM II sur les ménages que le paludisme/fièvre est la cause la plus courante de décès au Sénégal (la moitié des causes de maladie rapportée par les ménages), suivie de la diarrhée et des problèmes respiratoires. Les enfants et les personnes âgées souffrent plus fréquemment de paludisme (ou du moins de fièvre) que les autres groupes. L'on estime que le paludisme est la cause de 26% des décès d'enfants.
67. **Les registres administratifs des services de santé publique confirment ce profil général de morbidité.** Sur la base d'une moyenne établie de 1996 à 2001, le gouvernement fait état de 900 000 cas de paludisme traités annuellement, de 220 000 cas de maladies de la peau, de 180 000 cas de maladies respiratoires aiguës, de 170 000 cas de diarrhée et de dysenterie et de 60 000 cas de parasitoses comme premières causes de morbidité à l'échelle de la nation. Le paludisme est également la première cause des décès enregistrés, soit une moyenne de 1 500 décès enregistrés par an, la diarrhée étant la cause de 280 décès enregistrés et les maladies respiratoires de 250.¹² Bien que le VIH-Sida ne soit pas cité comme étant une cause majeure de morbidité, il constitue une proportion croissante des lits du principal hôpital de maladies infectieuses de Dakar, de 10% en 1991 à 60% en 1999. Les chiffres officiels de la morbidité ne donnent aucune information sur la malnutrition sous-jacente en tant que cause et facteur aggravants de maladie mais, selon certaines estimations, les morts d'enfants en font la seconde cause majeure. Les statistiques ne font pas de distinctions entre les zones rurales urbaines et les zones rurales. Toutefois, en cas de maladie, 18%t des ménages ruraux déclarent s'absenter plus de 7 jours de travail/classe pour raison de maladie par rapport à 14% des ménages urbains.

¹²En raison de l'utilisation limitée des services de santé, les chiffres de l'administration sur la morbidité et la mortalité restent largement en deçà du nombre réel de personnes subissant des chocs sanitaires. Bien qu'il n'y ait que 1 500 cas rapportés de paludisme chaque année au Sénégal, le Ministère de la Santé et de la Prévention médicale estime à 8 000 le nombre de décès annuels correspondants.

♦ Les risques liés à la maternité

68. Les chocs sanitaires pour les femmes en âge de procréer constituent un risque fondamental dans les zones rurales. La mortalité maternelle au Sénégal est alarmante et, dans certaines zones rurales, elle est supérieure à 1 200 sur 100 000 naissances d'enfants vivants. La mortalité maternelle est associée à d'autres impacts négatifs. Selon certaines études menées dans l'environnement sahélien, la mortalité maternelle accroît la probabilité de mortalité infantile.¹³ Elle accroît également la probabilité de non-scolarisation des enfants de 3 points de pourcentage (Guarcello et. al. 2004). L'élévation du taux de mortalité maternelle des femmes rurales est causée par un certain nombre de facteurs, parmi lesquels les grossesses précoces, le taux élevé de fécondité, les facteurs aggravants que sont le paludisme et la mauvaise nutrition, le manque de soins avant et pendant la naissance. Les taux plus élevés de fécondité reflètent la moyenne de mariages précoces, l'accès limité aux contraceptifs et les préférences rurales pour les grandes familles.

Tableau 10: Indicateurs sélectionnés en matière de santé maternelle

Indicateur	Milieu urbain	Milieu rural
% de toutes les femmes de 15 à 49 ans utilisant une contraception moderne	12	3
% des femmes mariées de 15 à 49 ans utilisant une contraception moderne	18	3
% des femmes de 15 à 49 ans ayant accouché dans l'année par source de soins prénataux		
- Infirmière-Sage-femme	83	62
- Personne	11	27
- Médecin	5	4
- Matrone	1	5
- Total personnel qualifié	89	71
% des femmes de 15 à 49 ans ayant accouché dans l'année par une personne soignante		
- Amie / Parente	4	31
- Infirmière-Sage-femme	80	30
- Personne	8	14
- Accoucheuse traditionnelle	1	11
- Matrone	5	11
- Médecin	2	2
- Total personnel qualifié	87	43

Source : MICS 2000

69. Si 71% de femmes en milieu rural et 89% en milieu urbain déclarent avoir reçu des soins prénataux par un personnel médical qualifié, cette couverture chute encore eu égard à l'accouchement où les risques sont les plus élevés. La moitié des femmes en milieu rural déclarent avoir accouché soit seules soit avec un membre de la famille ou une amie. Seules 12% des naissances en milieu urbain se déroulent dans un contexte aussi risqué. La plus grande différence étant la présence d'infirmières sages-femmes assistant les naissances en milieu urbain : 2,5 fois plus probable que dans les zones rurales. Parmi les contraintes d'accessibilités citées les coûts élevés et donc l'absence

¹³Selon une analyse sur la survie menée dans 39 villages du Burkina Faso, une estimation du ratio du taux de risque indiquait la mort de la mère et la gémellité comme les plus forts facteurs de mortalité infantile. Si la mère meurt dans la première année de la vie, le risque de mortalité infantile est 7,4 fois plus élevé et si la mère meurt au cours de la seconde année, cela augmente de 3,9 fois le risque (Beeker, et. al. 2002).

de mécanisme de prise en charge des soins occupe la première place. En milieu urbain, même si les infrastructures et le personnel de santé sont disponibles, les études du forum civil montrent qu'outre les coûts d'accès aggravés par la corruption dans le milieu et la mauvaise qualité des services n'encouragent pas les femmes à les fréquenter.

♦ **Les risques liés au paludisme et autres maladies endémiques**

70. Le paludisme est le problème sanitaire le plus répandu auquel est confronté le Sénégal. Au niveau national, le paludisme est la cause de 31% de la morbidité et de 32% de la mortalité. L'incidence varie sur l'année, avec une pointe prononcée durant la saison des pluies (en particulier, septembre et octobre). Au nord, le paludisme est essentiellement saisonnier avec une mortalité et une morbidité concentrées sur une période de quelques mois.¹⁴ Dans les régions du sud, le paludisme est endémique avec des pointes moins prononcées. Les femmes enceintes et les enfants âgés de six mois à cinq ans sont exposés au risque le plus élevé. Le paludisme a pour conséquence une anémie sévère chez les femmes enceintes, à une insuffisance pondérale à la naissance et à une mortalité infantile. Le paludisme frappe également plus durement les personnes exposées à d'autres risques de santé comme la malnutrition et le VIH/Sida et la mortalité maternelle est compliquée par le risque du paludisme.¹⁵ Résistant à la chloroquine, le poids du paludisme s'est accru, comme le démontre la multiplication par deux ou par trois des admissions en hôpital et des décès, et une multiplication par l'augmentation de la mortalité pédiatrique due au paludisme, à partir de données recueillies depuis l'apparition de la résistance à la chloroquine au Sénégal à la fin des années quatre-vingt (Trape et al 2003).

71. Les chances de contracter le paludisme sont beaucoup plus élevées dans les zones rurales que dans les villes. Le taux d'inoculation entomologique annuel (*entomologic inoculation rate - EIR*) est de 7,1 dans les centres urbains, de 45,8 dans les périphéries urbaines et de 167,7 dans les zones rurales (Robert et. al 2003).¹⁶ Cette moindre probabilité d'être piqué par un moustique infecté dans les zones urbaines est due à un environnement moins hospitalier (ex : pollution, plus faible capacité du vecteur), au comportement de méfiance et de protection envers les moustiques (écrans, insecticides, moustiquaires) et à une densité de population humaine plus élevée. Selon MICS 2000, seul 13% des enfants ruraux âgés de 0 à 59 mois dormaient sous une moustiquaire par opposition à 23% des enfants en milieu urbain.

72. Le paludisme affecte les revenus, la production et l'apprentissage. Selon les estimations d'une analyse trans-pays de l'effet global du paludisme sur les taux de croissance économique, le paludisme réduit la croissance du PIB au Sénégal de 0,35 pour cent par an. (McCarthy et. al. 2000). Les impacts économiques portent sur la perte de main d'œuvre, de productivité agricole et la croissance perdue dans des industries comme le tourisme. En outre, le paludisme cause des pertes de jours d'école et peut

¹⁴ Le paludisme est devenu problématique dans la région de la Vallée du Fleuve Sénégal où la construction de deux barrages a provoqué des modifications écologiques. De graves inondations durant les saisons des pluies à la fin des années quatre-vingt-dix ont changé le paludisme, auparavant saisonnier, en un paludisme transmis tout au long de l'année.

¹⁵ Dans une étude sur Niakhar dans la Région de Fatick, la mortalité globale des femmes âgées de 15 à 49 ans ne changeait pas d'une saison à l'autre mais la mortalité maternelle directement liée aux accouchements était considérablement plus fréquente durant la saison des pluies que durant le reste de l'année (avec une pointe en septembre), même après la rénovation du lieu d'accouchement (Etard et. al. 2003) et du centre de soins ambulatoires de traitement des patients atteints du Sida en octobre (CTA 2003).

¹⁶ L'EIR représente le nombre de piqûres infectées par personne par an. Les différences périurbaines/rurales ne diffèrent de manière significative que marginalement.

avoir un effet négatif sur la capacité d'apprentissage à long terme.¹⁷ L'infection moyenne chez les écoliers est de 30 à 50 % tout en étant plus courante dans le sud où 62% des écoliers sont infectés.

73. **Les populations rurales sont exposées à d'autres maladies endémiques comme les concentrations de bilharziose dans certaines régions.** La construction de barrages et l'irrigation le long de la Vallée du Fleuve Sénégal ont développé la bilharziose. La prévalence semble s'être accrue chez les enfants ces dernières années, de 19,5% à 22% dans les zones endémiques de 1996 à 2002. Elle affecte la santé des enfants d'âge scolaire, causant une augmentation des complications hépatiques dont la gestion sera coûteuse dans les prochaines années. Le Sénégal s'est attelé avec succès à l'onchocercose ces dernières années à travers une thérapie collective des villages infectés, jusqu'à 606 d'entre eux en 2003 enregistrant un déclin de la prévalence des communautés de 9,5 pour cent à 0,2 pour cent de 1996 à 2003.

♦ **Les risques liés au VIH-SIDA**

74. **Le Sénégal enregistre l'un des taux de prévalence du VIH le plus faible en Afrique sub-saharienne, estimé à 0,7% de la population adulte.** Cela se traduit par une estimation de 75 000 adultes et 5 000 enfants âgés de moins de 15 ans actuellement infectés (CNLS 2004). Les facteurs ayant contribué au maintien d'un faible taux de prévalence sont une situation géographique favorable (taux globalement plus faibles dans la région ouest-africaine), les mœurs sociales interdisant certains risques, la politique précoce et agressive du gouvernement et de la société civile pour éduquer la population sur les risques du VIH-SIDA et pour identifier les maladies sexuellement transmissibles dans les groupes à plus haut risque.
75. **Les populations rurales sont plus vulnérables au VIH-Sida parce qu'elles ont moins d'informations pertinentes sur la maladie et moins accès aux services de santé.** La plupart des résidents ruraux disent avoir entendu parler du VIH-SIDA, témoignant ainsi des campagnes de sensibilisation entreprises par le gouvernement et la société civile. Mais les femmes en milieu rural connaissent moins les risques spécifiques de transmission et les mesures préventives que les femmes en milieu urbain. Bien que trois-quarts des femmes en milieu rural aient entendu parler du sida, seules 29% d'entre elles peuvent identifier les modes de prévention de sa transmission, par rapport à 47% de femmes en milieu urbain.
76. **Les migrations à la recherche de travail, cruciales pour la survie rurale, semblent également accroître les risques du VIH.** Près de la moitié de tous les cas de Sida traités à la principale clinique de patients externes du pays faisaient état de longues périodes de leur vie passées à l'étranger, le plus fréquemment (64%) dans d'autres pays africains, en Europe (6%) ou aux Etats-Unis (1%) (CTA 2003). Selon une étude effectuée sur les villages autour de Matam, 27% des travailleurs émigrés à l'étranger de retour chez eux étaient infectés par rapport au taux inférieur à 1% des non-migrants (Kane et. al. 1993). Selon une autre étude menée dans le milieu de la région de Ziguinchor, la séropositivité était associée aux transfusions sanguines, à des piqûres, à des maladies sexuellement transmissibles et aux migrations saisonnières (Pison et. al. 1993). Dans les zones rurales, le VIH semble être essentiellement transmis d'abord aux hommes par des contacts sexuels avec des femmes infectées rencontrées durant les

¹⁷Selon une étude sur Dakar, il est estimé que, durant la période de transmission maximale, la prévalence de paludisme clinique était de 1,36 % et le paludisme était responsable de 36 % des absences scolaires (Trape 2003). Dans la Vallée du Fleuve Sénégal, l'absentéisme dû à des accès de paludisme était de 70%.

migrations saisonnières et ensuite à leurs femmes ou à leurs partenaires une fois de retour chez eux.¹⁸

♦ Chocs sanitaires et accès aux services de santé

77. Face aux chocs sanitaires, les populations pauvres ont tendance à moins utiliser des services de santé. Deux tiers des malades en milieu rural et trois quarts des résidents urbains ont consulté des services de santé. Les ménages les plus pauvres étaient les plus enclins à se rendre chez les guérisseurs traditionnels (16% en milieu rural et 6% en milieu urbain). **Dans les zones rurales, l'accès financier et la distance sont des facteurs importants dans l'utilisation des services de santé.** Pour les résidents ruraux ayant rapporté avoir été malades mais qui n'ont pas fait des consultations, 40% ont dit ne pas avoir cherché de traitements en raison de leur coût (Tableau 11). Cette raison était encore plus invoquée par les ménages ruraux les plus pauvres. Les coûts portent non seulement sur les consultations et les médicaments mais aussi sur le temps de travail perdu et les coûts de transport jusqu'au lieu de consultation. Globalement les ménages ruraux affectent environ 2,1 % de leurs dépenses annuelles à la santé contre 0.6% pour les ménages urbains. En outre, la relation entre le coût, la qualité, la distance et l'utilisation est inséparable. Les ménages ruraux et urbains prennent en compte la qualité des soins, les prix, y compris les coûts de transport dans leurs décisions à consulter les services de santé. En milieu urbain, les études récentes du forum civil (A. S. Fall) ont montré combien les pratiques de corruption dans les services de santé augmentent les coûts (surtout pour les plus pauvres) et constituent une importante barrière d'accès.

Tableau 11: Lieu de consultation en cas de maladie et de consultation, ruraux de tous âges (%)

Quintile de pauvreté des ménages	1	2	3	4	5	Total
Lieu de consultation						
Poste de santé	12	8	11	9	7	10
Hôpital public/dispensaire	17	20	21	24	29	20
Centre de santé publique	43	47	43	42	47	44
Médecin/dentiste privé	0	0	1	1	0	1
Guérisseur traditionnel/Marabout	18	15	15	14	9	16
Sage-femme/infirmière	0	0	0	1	2	0
Hôpital/dispensaire religieux	1	2	2	3	2	2
Case de santé	7	6	5	4	3	5
Raisons de non recours aux services de santé						
Non nécessaires	33	31	40	44	43	36
Trop coûteux	45	45	34	35	24	40
Trop éloignés	1	18	18	20	21	17
Total	100	100	100	100	1000	93

Source : ESAM II

b) Les risques liés à la malnutrition

78. Un-quart des ménages ruraux déclare avoir souvent ou toujours eu des difficultés à s'approvisionner en nourriture. Cette difficulté est pratiquement constante dans tous les quintiles de la pauvreté, la différence résidant dans le fait que

¹⁸Les femmes migrantes ne semblent pas poser le même risque. Une étude sur les femmes sérères a démontré qu'elles maintiennent le mariage et les pratiques sexuelles selon la tradition sérère, enregistrant ainsi un risque modéré d'infection au VIH et qu'elles ne constituent pas un lien entre des groupes à risque faible et des groupes à risque élevé (Velyvis 2003).

46% des ménages du quintile le plus élevé déclarent ne jamais ou rarement avoir des difficultés à s'approvisionner en nourriture par rapport aux 39% du quintile le plus bas. Et 20% des ménages urbains ont également fait état de difficultés persistantes dans leur approvisionnement en nourriture. Il mérite toutefois d'être noté que cette auto perception peut différer considérablement à partir de la consommation réelle en raison des différences de perception et d'attente de ce qui doit constituer un repas.

79. Selon ESAM II, dans les zones rurales, plus de 43% des enfants âgés de moins de cinq ans présentent des signes d'arrêt de croissance (indicateur de mauvaise santé ou de mauvaise alimentation chronique), 24% présentent une insuffisance pondérale et 10% présentent des signes de rachitisme, en comparaison respectivement de 21%, 12% et 8% dans les zones urbaines. Les indicateurs de malnutrition sont plus élevés à Diourbel, Kaolack, Fatick et Tambacounda. Selon l'étude MICS 2000, environ 21% des enfants en milieu rural âgés de moins de cinq ans souffraient de malnutrition modérée ou sévère, en termes de poids et de taille par âge en comparaison de 14% des enfants en milieu urbain.

c) Risques et chocs liés aux déperditions scolaires

80. **Les risques qui compromettent l'accumulation d'éducation portent sur la non inscription scolaire, l'abandon en cours d'année ou entre deux années ou l'acquisition insuffisante de compétences de base.** Ces chocs peuvent se traduire en revenus plus faibles, en moindre potentiel de diversification de sources de revenus et en exposition aux risques sanitaires en particulier pour les femmes non éduquées. Des études internationales ont démontré que les enfants sont plus à risque de ne jamais commencer l'école si leurs parents n'ont pas été scolarisés, transmettant ce type de vulnérabilité d'une génération à l'autre. Les niveaux d'éducation féminine sont directement liés aux indicateurs de santé dû au manque de connaissances et d'information, dont la connaissance notamment sur les MST et le VIH/Sida, la fécondité et l'utilisation des services de santé, la nutrition. L'analphabétisme est particulièrement élevé dans les zones rurales. Le niveau d'alphabétisme est plus élevé chez les hommes (52 %) que chez les femmes (30 %).
81. **Le taux brut de scolarisation primaire est de 95% dans les zones urbaines et de 70% dans les zones rurales.** Cela correspond à près de 300 000 enfants en âge d'aller à l'école primaire non scolarisés en milieu rural contre seulement 36 000 enfants dans les zones urbaines (Tableau 12). Pour les zones rurales, un tiers d'entre eux se trouve dans la région de Diourbel, suivi de Kaolack et de Louga. Des investissements importants ont été réalisés de 2000 à 2004 par le gouvernement conformément aux orientations de la stratégie de réduction de la pauvreté dans le cadre du PDEF. Le nombre d'écoles primaires est passé de 4 751 à 6 060 et le nombre de classes de 21 530 à 30 483, faisant ainsi de la question de l'accès un facteur moins important de risque de non scolarisation.
82. **Les raisons invoquées par les ménages ruraux eux-mêmes pour expliquer l'abandon scolaire est** (i) le manque d'intérêt ou l'inutilité de l'école ; (ii) les problèmes de santé, (iii) les problèmes de coût ou les exigences de travaux domestiques. Un-tiers des enfants ayant abandonné l'école ont déclaré que l'école n'était d'aucune utilité ou ne présentait aucun intérêt, 20% ont invoqué des problèmes de santé, 13% le coût élevé et 12% la nécessité de travailler à la maison. Le problème de distance était perçu comme moindre, n'ayant été invoqué que par 5% des enfants

ayant abandonné l'école.¹⁹ En termes de coûts de scolarisation, bien que l'enseignement primaire soit en théorie gratuit, diverses charges sont prélevées habituellement à travers des comités de parents d'élèves de même que le coût pour les familles des matériaux et fournitures ainsi que d'autres frais scolaires. En moyenne, les familles rurales affectent environ 1% de leur consommation annuelle aux dépenses d'instruction.

Tableau 12 : Différence entre population scolarisable et population scolarisée

	Effectifs scolarisés			Population Scolarisable		Différence	
	Milieu rural	Milieu urbain	Total	Milieu rural	Milieu urbain	Milieu rural	Milieu urbain
Dakar	12 191	316 961	329 152	12 989	379 773	798	62 812
Diourbel	47 675	29 351	77 026	152 714	29 164	105 039	- 187
Fatick	87 564	18 018	105 582	92 798	13 389	5 234	- 4 629
Kaolack	75 252	51 229	126 481	141 350	43 373	66 098	- 7 856
Kolda	115 568	26 190	141 758	127 602	19 161	12 034	- 7 029
Louga	49 330	23 249	72 579	95 495	21 870	46 165	- 1 379
Matam	37 206	7 832	45 038	63 059	10 223	25 853	2 391
Saint Louis	58 660	42 262	100 922	75 707	43 605	17 047	1 343
Tamba	60 035	19 513	79 548	87 185	17 737	27 150	- 1 776
Thiès	105 015	92 238	197 253	126 250	97 256	21 235	5 018
Ziguinchor	61 184	46 226	107 410	42 817	33 054	- 18 367	- 13 172
Total National	709 680	673 069	1 382 749	1 017 966	708 605	308 286	35 536
Source : Ministère de l'Education, estimations de la Banque mondiale. Des déséquilibres négatifs (plus d'enfants scolarisés que dans population générale) sont possibles en raison d'enfants scolarisés ayant dépassé l'âge scolaire et/ou de fréquentation transrégionale							

83. Un modèle à variables multiples a été élaboré à partir de l'ensemble des données du PASEC (Programme d'analyse des systèmes éducatifs) pour explorer les déterminants de l'inscription, de l'achèvement scolaire, de l'abandon et du nombre des années achevées de l'enseignement primaire des enfants en milieu rural.
84. Il ressort de ces analyses qu'en terme de genre, les garçons ont une probabilité plus élevée d'achever le cycle primaire, d'accumuler plus d'années d'éducation et d'éviter la déperdition scolaire. Mais il n'y a pas de différence entre les garçons et les filles avant l'inscription initiale, ce qui reflète l'augmentation du taux de fréquentation de l'école par les filles.
85. La situation socioéconomique est inversement proportionnelle à la possibilité d'être diplômé de l'enseignement primaire et au nombre d'années de scolarisation et directement liée aux abandons. La régression de la performance scolaire indique, tant pour les échantillonnages ruraux qu'urbains, que lorsque le niveau le plus élevé atteint par le chef de famille est limité au primaire, il est probable que l'enfant ne suivra que quelques années de scolarisation. Par ailleurs, les chocs en santé de l'enfant sont inversement proportionnels au nombre d'années d'écoles et aux taux d'abandon élevés. Les chocs sanitaires au niveau des parents ne semblent pas affecter considérablement la scolarisation des enfants en milieu rural.²⁰ Enfin, les mauvaises récoltes des ménages au cours des 10 dernières années ont négativement affecté le nombre d'années de scolarisation susceptibles d'être suivies par les enfants en milieu rural ainsi que leur

¹⁹ La question de l'enquête ne portait que sur les enfants ayant abandonné. La distance pourrait constituer un facteur pour ceux qui n'ont jamais été inscrits.

²⁰ Les chocs sanitaires affectant les parents ont été toutefois associés à de moindres performances scolaires dans les zones urbaines.

probabilité d'être diplômés de l'enseignement primaire. Toutefois, les années de bonnes récoltes semblent également réduire la probabilité d'inscription, sans doute en raison des demandes de travail familial les années de bonne pluviométrie.

◆ Les risques sociaux

86. Le conflit régional de la Casamance, a causé des pertes dans la région du sud du Sénégal depuis le début des années quatre-vingt. Le conflit armé, les mines terrestres et l'insécurité croissante générant le vol de bétail et des actes de banditisme. Selon les estimations, 60 000 personnes auraient été déplacées, 500 blessées par des mines terrestres. Quelque 230 villages ont été abandonnés et 4 000 élèves déplacés en raison de la destruction d'écoles.²¹ Plusieurs centres de santé ruraux ont été fermés en raison des difficultés à recruter du personnel. Les taux élevés du SIDA, étant souvent associés aux conflits, il est constaté que Ziguinchor et Kolda enregistrent les taux parmi les plus élevés dans le pays, même si la corrélation entre la prévalence du VIH et le conflit n'est pas établie par des études. L'insécurité a aussi abouti à une perte de recettes du tourisme et des investissements privés et un ralentissement des investissements publics.

87. Le vol de bétail constitue un risque social important et croissant pour les résidents ruraux. Environ 22% des résidents ruraux indiquent le vol comme principal cause de perte de bétail. Cette observation générale est reprise par les conclusions d'une évaluation sociale des villages ruraux les plus pauvres au Sénégal, selon lesquelles "bien que l'on puisse dire que l'équipe ait anticipé les problèmes de vol de bétail en milieu rural, les chercheurs n'avaient jamais imaginé l'ampleur de ce problème au niveau du vécu quotidien des villages ruraux aujourd'hui, comme il en a été fait état lors des entretiens. Il s'agit là d'un facteur considérable affectant les besoins prioritaires des villages dans tous les cas " (Sey et Wilson, 2001). Compte tenu de l'importance du bétail en tant que réservoir de richesse et de valeur refuge contre les chocs affectant la consommation, l'occurrence de vols de bétail a considérablement accru la vulnérabilité rurale.

2.3.3 Conclusion : Chocs multiples et cercles vicieux

88. L'analyse de la vulnérabilité montre que les chocs négatifs n'ont pas des effets isolés mais accroissent l'occurrence potentielle d'autres événements adverses. En effet, une sécheresse peut susciter une migration temporaire pour chercher du travail qui augmente l'exposition au VIH tant pour le migrant que pour le partenaire resté au village. Une mauvaise récolte et le choc qui en résulte peuvent réduire la probabilité pour une femme ayant des complications de grossesse de recevoir des soins adéquats ou pour un enfant d'abandonner l'école. La non-scolarisation des filles réduit la probabilité d'injections néonatales anti-tétaniques en tant que mère (MICS 2000), accroissant ainsi le risque de mortalité. Un chef de ménages défilaté ou atteint d'une maladie handicapante, peut sortir son enfant de l'école pour le mettre dans le marché du travail. Il s'agit là de cycles vicieux de vulnérabilité qui rendent plus difficile pour les ménages sans protection sociale en particulier les ruraux la possibilité d'échapper à la pauvreté ou qui peuvent ramener ceux qui avaient amélioré leur situation aux difficultés de survie.

²¹En dépit des bouleversements, les enfants ont continué d'aller à l'école, même dans des bâtiments provisoires. La région de Ziguinchor, y compris ses zones rurales, enregistre certains des taux d'inscription primaire les plus élevés du pays.

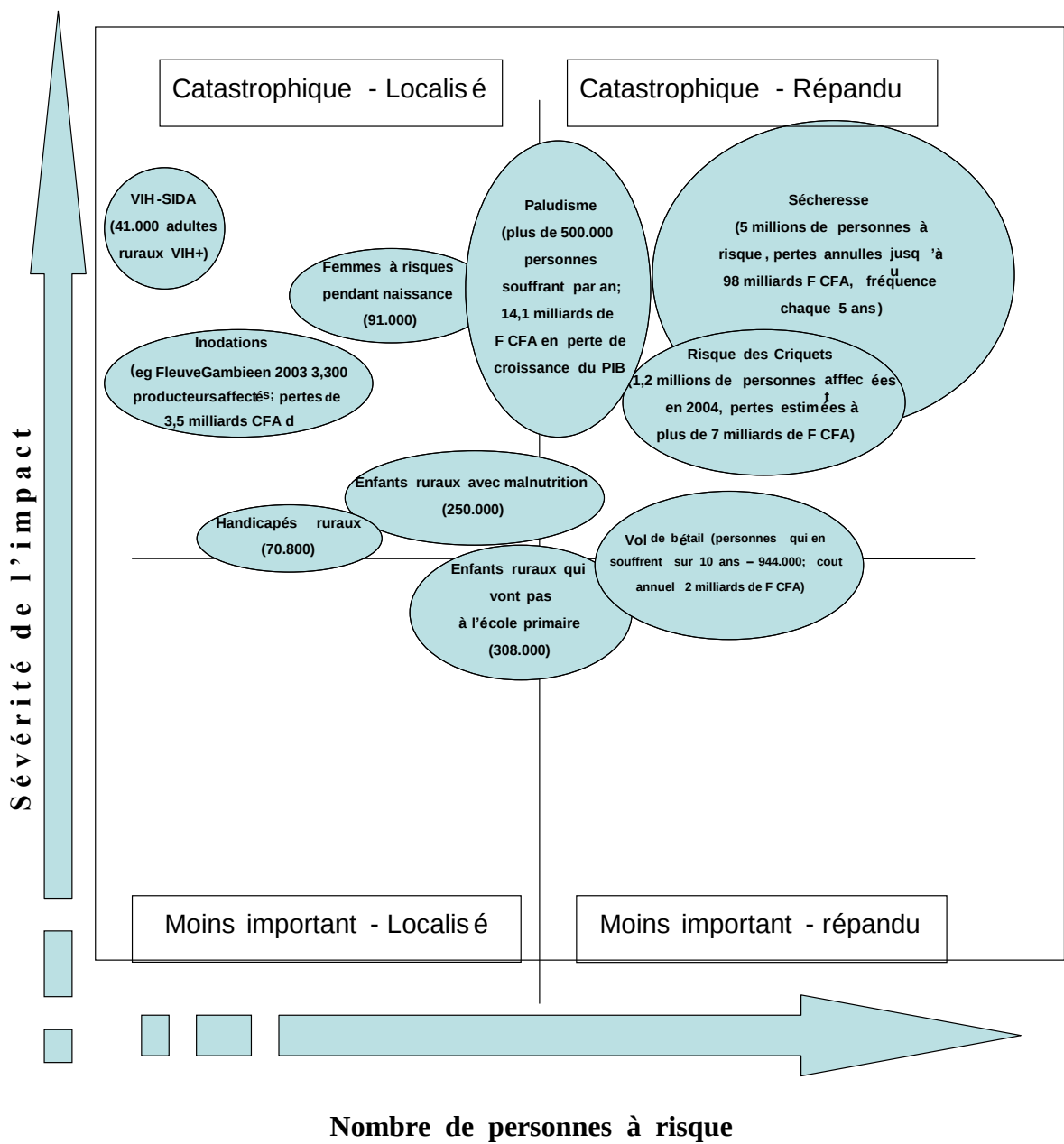
89. Une analyse multicritère sur les risques par secteur qui croise les critères de fréquence, de probabilité et de prévisibilité (tableau 13) montre que la probabilité du risque est plus importante pour les secteurs de la santé, du transport, et de l'aménagement. Cependant **la prévisibilité est très faible dans le secteur industriel** dans lequel l'impact est très grand, alors que dans le secteur de l'aménagement, la prévisibilité est importante malgré l'impact que le risque pourrait engendrer. Dans les actions futures, l'attention devra être portée d'avantage sur les risques à prévisibilité faible associant des impacts de niveau élevé, c'est le cas des risques industriels majeurs, même si la probabilité d'épidémie ou de catastrophes liés à l'aménagement est plus importante

Tableau 13 : Analyse multicritère des risques

Risques	Fréquence nationale	Probabilité future	Prévisibilité	Impact potentiel
Secteur industriel	Peu	Moyenne	très faible	très grand
Secteur transport	Très	Grande	Moyenne	grand
météorologiques	Assez	Moyenne	Grande	grand
Epidémies	Très	Grande	Moyenne	moyenne
Secteur Pêche	Assez	Moyenne	Faible	moyenne
Erosion côtière	Assez	Grande	Grande	Grand
Aménagement	Très	Grande	très grande	très grand
Agriculture /Elevage	Assez	Grande	Moyenne	Grand

90. En ce qui concerne spécifiquement le milieu rural, la figure suivante met en évidence les situations où les risques et vulnérabilités entrent dans un spectre d'ampleur et de gravité. S'agissant des risques qui ont un impact mineur, comme les maladies courantes, les petits feux de brousse, etc., l'auto-assurance à travers l'épargne convient normalement pour faire face aux coûts et pertes face à des chocs moins sévères. A mesure que les risques montent dans l'échelle de gravité, la justification d'une mise en commun des risques (*risk pooling*) et d'une intervention des pouvoirs publics s'accroît. En outre, pour les risques co-variés qui affectent une large frange de la population et / ou les risques multiples concentrés au niveau de certaines composantes de la population ou concentrés sur certaines périodes de l'année, les possibilités de la mise en commun des risques sont réduites tandis que le recours aux interventions des pouvoirs publics devient plus important.

Graphique 3: Sévérité et Fréquence des Risques dans le Milieu rural



2.4. Risques et vulnérabilités liés au statut social (les groupes les plus vulnérables)

91. Au-delà des risques encourus aussi bien au niveau collectif qu'individuel, c'est la capacité des populations concernées de supporter les chocs, d'échapper ou d'atténuer leurs effets qui permet de caractériser la vulnérabilité. Si de manière générale cette capacité varie avec les niveaux généraux de pauvreté, il existe plusieurs populations particulièrement vulnérables du fait de déficits (de droit, de pouvoir, de capacité physique et économique,) liés à l'âge, au sexe, à des handicaps physiques, à la précarité des cadres de vie ou une combinaison de deux ou de plusieurs de ces déficits

Encadré 2: Les groupes les plus vulnérables

Au-delà des niveaux généraux de pauvreté, il existe plusieurs populations particulièrement vulnérables. Ces groupes proviennent souvent de zones rurales ou sont dans de plus grandes situations de risque en vertu du fait qu'ils vivent dans les zones rurales. Parmi eux:

Orphelins : Neuf pour cent des enfants sénégalais âgés de 0 à 14 sont orphelins et 10 pour cent des enfants de 5 à 14 ans sont confiés (non-orphelins mais vivant dans des un ménage distinct de celui de leurs parents). Les enfants qui ont perdu leurs deux parents ont six points de pourcentage de moins de probabilité d'être scolarisés à temps plein et les orphelins d'un seul parent 3 points de moins. Les filles, orphelines sont davantage exposées à abandonner leur scolarité.

Enfants en situations dangereuses ou d'exploitation : Selon diverses enquêtes et estimations du gouvernement, environ 400 000 enfants âgés de 6 à 18 ans sont exposés à des situations dangereuses ou d'exploitation :

100 000 enfants de familles onéreuses travaillent dans l'agriculture, la pêche et l'élevage,

30 000 garçons impliqués dans des activités artisanales et du secteur privé,

50 000 filles (de 6 à 18) employées en tant que domestiques, la plupart provenant des zones rurales défavorisées.

100 000 enfants (talibés) vivant loin de leur famille, la plupart dans des écoles coraniques ou *daara*. Un sous-ensemble d'entre eux mendie dans les rues durant de longues heures et ne reçoit guère d'enseignement.

100 000 dans des situations extrêmes : enfants des rues, sexuellement exploités en conflit avec la loi.

Handicapés : On estime à 120 000 le nombre de personnes handicapées au Sénégal. Les handicapés des zones rurales ont une plus grande probabilité d'être pauvres et ont peu accès à des équipements ou des formations spécialisées.

Jeunes parturientes : les femmes rurales ont plus de probabilité de se marier et d'être enceintes très jeunes. 9 pour cent des naissances en milieu rural sont le fruit de jeunes femmes âgées de 13 à 19 ans par rapport à 4 pour cent dans les zones urbaines.

Sources : "Etude sur la pratique du trafic de personnes au Sénégal" par B. Moens et al., pour l'USAID .2004 ; "Enfants et leur vulnérabilité : Sénégal". L. Guarcello, S. Lyon, F. Rosati, juillet 2004; Sénégal ESAM II; MFSSD Lettre de Politique sectorielle 2004.

92. Le tableau 14 récapitule les principaux risques et groupes vulnérables dans les zones rurales du Sénégal. Ces risques créent des groupes vulnérables de taille variable : environ 85 % des ruraux courent le risque d'être affectés négativement par la sécheresse cyclique ; à côté de ce groupe il en existe plusieurs qui sont beaucoup plus petits, comme le groupe des personnes vivant avec le VIH ou des personnes blessées par des mines anti-personnel dans le conflit casamançais. Les groupes exposés à une vulnérabilité générale, comme les 1,8 millions de ruraux entrant dans la catégorie des plus faibles consommateurs ou les 1,4 millions des ménages les plus pauvres, engagés dans les travaux agricoles saisonniers, sont moins susceptibles de pouvoir supporter le moindre choc.

Tableau 14: Résumé des Estimations des Populations Rurales à Risque

Les risques et vulnérabilités	Indicateurs	Nombre d'Individus concernés
Pauvreté	Nbre sous le seuil de pauvreté	3. 832.000
	Nbre dans les deux quintiles les plus pauvres (moins d'1\$ par jour)	1. 800.000
Risques Naturels	Exposés au risque d'une mauvaise récolte au moins une fois sur 10 ans	5. 000.000
	Exposés au risque de perte de bétail à cause de l'épidémie (sur 10 ans)	2. 230.900
	Exposés au risque d'invasion des criquets (2004)	1. 175.400
Risques de chocs dans la Santé	Nbre qui s'approvisionne en eau des sources non protégées	3. 138.000 ²²
	Population qui a des difficultés des provisions de nourriture	1. 500.000
	Nbre. qui souffre de paludisme pendant l'année	+500.000
	Enfants avec malnutrition (0-5)	250.000
	Nbre. de femmes rurales de 15-49 qui accouchent dans les situations à risque (seule ou avec amis/famille)	91.000
	Nbre des femmes rurales enceintes qui ne reçoivent pas des soins prénataux	61.400
	Nbre d'enfants 0-5 qui ont une probabilité de mourir avant leur 5ième anniversaire	36.300
	Nbre du à la paludisme	9.500
	Population rurale adulte 15-50 qui sont seropositives (HIV-SIDA)	41.000 ²³
Risques de chocs dans l'Education	Orphelins ruraux de SIDA	12.000
	Adultes ruraux analphabètes	4.111.600
	Enfants à l'école dans le milieu rural qui ne reçoivent pas des repas scolaires	511.200
	Enfants ruraux qui ne fréquentent pas l'école primaire	308.000
Risques de l'Emploi	Enfants 7-12 qui ont un accès difficile à l'école(+ 3 kms)	1.88.000
	40 % des ménages ruraux les plus pauvres qui ont leur occupation principale comme travailleur saisonniers	1.400.000
Risques Sociaux	Exposés au risque de vol de bétail (sur 10 ans)	944. 000
	Nbre de déplacés pour le conflit en Casamance	60. 000
	Nbre de blessés par les mines	500
Autre	Nbre de Handicapés	70.800
	Orphelins (0-14 qui ont perdu au moins un parent)	238.000
Inaccessibilité	Nbre. qui habite plus loin d'une heure de transport public	1.939.262

a. Vulnérabilité liée à l'invalidité

93. le handicap est ainsi défini par l'ONU : « une incapacité est une diminution de la mobilité qui peut être provoquée par l'âge, par la maladie ou encore être la conséquence d'un accident, pouvant limiter les chances que la personne intéressée et sa famille ont de participer pleinement à la vie de la communauté ». Au Sénégal la catégorie des personnes handicapées regrouperait 6 à 10% de la population sénégalaise répartis comme suit : 32,76 % de handicapés moteurs ; 16,60 % de handicapés visuels ; 50,64 % des autres catégories, notamment les sourds-muets, albinos, malades mentaux, hanséniens (lépreux lésionnels), etc. Cette catégorie sociale se trouve généralement dans une situation de précarité et de dépendance. Ainsi, on note au niveau des

²² Based on 2001 household survey data, does not take into account investments made since that date.

²³ Assumes national prevalence rate applied to rural population, in absence of specific data on rural prevalence

personnes handicapées un cadre de vie inadéquat, une forte prévalence du chômage et un accès très difficile aux services sociaux de base.

94. La grande majorité des personnes vivant avec un handicap rencontre des difficultés pour satisfaire leurs besoins de manière autonome. Ce qui les place dans des situations de dépendance et de précarité source de leur vulnérabilité. Ils subissent les contraintes ci-dessous:

- Etat de santé précaire en raison de la faiblesse de leurs revenus qui ne leur permet pas de faire face aux coûts de leur prise en charge sanitaire ;
- faible niveau d'éducation, liée à l'insuffisance des structures d'éducation et de formation spécialisées ;
- faible accès à l'emploi et à la réadaptation professionnelle renforcé par l'inexistence d'un cadre juridique adéquat pour leur protection ;
- inadéquation du cadre de vie à leurs besoins (transport, logement, infrastructures publiques, leur sont peu accessibles) ;
- existence de préjugés et de tabous concernant certaines formes de handicap.

95. L'invalidité est classée en plusieurs catégories. On distingue, l'invalidité physique qui porte sur la perte totale ou partielle d'une partie du corps ou d'une capacité mentale ou physique quelles qu'en soient les conséquences économiques ou professionnelles, l'invalidité professionnelle qui porte sur la perte de la capacité de gain résultant de l'incapacité à continuer à exercer une activité professionnelle dans l'emploi précédemment occupé et enfin, l'invalidité générale qui porte sur la perte de la capacité de gain résultant de l'incapacité à trouver un emploi convenable, y compris parmi les emplois qui pourraient impliquer un changement par rapport à l'activité professionnelle antérieure. Il est dans l'intérêt de chacun que les handicapés puissent disposer de services de réadaptation correspondant à leurs besoins. Les formes de prestations d'invalidité actuellement disponibles sont conçues pour les travailleurs du secteur formel notamment ceux des entreprises. Dans les différents cas (travailleurs du secteur formel ou de l'informel), le résultat est le même pour la société, l'incapacité d'un agent économique à produire des richesses et à subvenir de manière autonome aux besoins élémentaires de sa famille. Le basculement dans la pauvreté de l'individu et de sa famille est inversement proportionnel à la capacité de réaction et de réadaptation liées aux réseaux sociaux et relationnels. De fortes inégalités sont ainsi observées et ne peuvent être corrigées que par des interventions publiques et des dispositions mises en place par l'Etat.

96. Le pourcentage de ménages pauvres avec des chefs de famille handicapés est presque trois fois plus élevé chez les ménages pauvres que chez les ménages aisés (voir Encadré sur les groupes les plus vulnérables).

b. Vulnérabilité liée à l'enfance

97. Les enfants représentent 58% de la population du pays. La conséquence immédiate de la prépondérance des jeunes dans la population est l'importance de la charge qui pèse, au moins théoriquement, sur les personnes en âge de travailler. En effet, un fort taux de croissance démographique peut contrarier les efforts en vue d'une meilleure répartition des revenus, car il est difficile d'améliorer le sort des populations pauvres tout en cherchant à faire face à une augmentation rapide de la population.

- 98.** Les enfants sénégalais vivent en majorité en milieu rural (63,2%). Ce taux est de 63,7% pour les garçons et 62,8% pour les filles. La concentration des enfants dans le milieu rural décroît avec l'âge, alors qu'on constate l'inverse dans la zone urbaine. Ce qui témoigne d'une forte immigration des jeunes ruraux dans les villes liées au dénuement des campagnes. Les enfants ruraux sont exposés à de nombreux risques.
- 99.** En matière d'éducation formation, la concentration relative des moyens d'éducation au niveau des villes, et leur orientation en faveur des formations générales, rend l'accès difficile pour la majorité de la population rurale, mais également dans les quartiers spontanés péri-urbains. Les écoles associatives, bien souvent ne bénéficient pas de locaux durables ni de reconnaissance officielle et leur personnel vit dans la précarité. L'enquête menée par Gaye Daffé et Mame Moussé Diagne montre que pour l'ensemble des 4 niveaux d'enseignement, les 20% des ménages les plus pauvres ne bénéficient que de 13,5% des dépenses publiques, alors que les 20% les plus riches en reçoivent 22,9%. Ils en concluent que : «L'ambition d'une scolarisation universelle liée à l'objectif de réduction de la pauvreté ne réussira que si les actions sont plus ciblées vers les couches de population et les zones géographiques les plus défavorisées».
- 100.** En matière de santé, notamment de santé de la reproduction, la situation est préoccupante sur plusieurs plans :
- Le nombre élevé d'adolescentes ayant des rapports sexuels non protégés, avec comme corollaire des cas importants de grossesses ;
 - la fréquence des MST et l'épidémie de VIH/SIDA parmi les adolescents qui se protègent peu et, sont peu informés sur la santé génésique et sur la biologie de leur propre organisme et continuent à avoir des conceptions très erronées des risques et dangers liés aux rapports sexuels non protégés ;
 - la persistance de pratiques traditionnelles négatives à l'encontre des adolescentes, telles que l'excision, les mariages précoces et forcés conduisant aux grossesses précoces, sources de morbidité et mortalité maternelle.
- 101.** La situation d'un nombre croissant d'adolescents et de jeunes dans la société sénégalaise demeure précaire. Leurs besoins et leurs aspirations sont mal connus ou ne sont pas pris en considération, alors que les difficultés économiques ne cessent d'exacerber leurs conditions d'existence. On note ainsi une forte tendance chez les jeunes à s'adonner à la drogue et à la délinquance.
- 102.** La paupérisation contribue amplement à la déstructuration des cadres de vie conventionnels et imprime dans la conscience populaire des attitudes et pratiques fortement préjudiciables au développement de l'enfant, puis de l'adolescent. La pauvreté ne justifie pas tout ; très souvent même elle est surdéterminée par des facteurs sociaux, culturels et politiques.
- L'enfant vit dans une famille nombreuse de 9,5 personnes en moyenne contre 8,2 en milieu urbain (ESAM, 97). Cette donnée est à interpréter de façon différenciée ; elle a des implications sur le plan économique en rapport avec les ressources disponibles ;
 - Sur le plan résidentiel, l'enfant vit avec de nombreux membres de sa famille élargie ou les connaît tout au moins, notamment ceux qui sont les plus proches : grands-parents, oncles et tantes, cousins et cousines ;
 - L'enfant vit également dans une économie familiale marquée par la pauvreté car 75% des ménages pauvres sont localisés en milieu rural et 58% des ménages ruraux sont pauvres ;
 - Le nouveau-né ou le petit enfant, est exposé à la morbidité et à la mortalité infantile et juvénile, le petit garçon en particulier, et surtout en milieu rural ;

- Ses références morales et religieuses se fondent sur les religions musulmanes et chrétiennes mais la référence aux traditions est une donnée structurelle dans l'analyse des comportements et des pratiques ;
- Son éducation est assurée par la famille élargie, particulièrement après l'ablactation ; entre 3 et 5-6 ans, le garçon surtout est amené à fréquenter le daara, éloigné de sa famille, où il est parfois confié au marabout ;
- Enfant, il peut être victime de la non-scolarisation (62% des enfants en milieu rural ne fréquentent pas l'école) ou d'une faible espérance de vie scolaire, les filles en particulier ; adolescent, il est victime de l'analphabétisme (77%), qui frappe surtout les filles. Tous ces facteurs sont de nature à compromettre ses possibilités d'insertion économique et sociale, à limiter sa productivité et modifient négativement sa vision du monde ;
- La fille, elle, est happée par les travaux domestiques continus et harassants et le garçon par les travaux champêtres ; ces travaux peuvent hypothéquer sa scolarité. La fille méconnaît presque totalement ses droits élémentaires, et elle est souvent mariée de façon précoce, dans la plupart des cas, sans son consentement, dans la logique de reproduction sociale des normes traditionnelles prévalentes ;
- En ville, la promiscuité est grande dans les familles très souvent nombreuses pour des espaces réduits ; ce qui limite considérablement l'espace vital des enfants tout en les exposant à des situations hygiéniques et sanitaires à risques. Ces enfants, pour une partie importante, viennent de la campagne, du fait que les milieux péri-urbains sont les principaux foyers d'accueil de l'exode rural ;
- Les conséquences sont que les enfants ont le sentiment d'être livrés à eux-mêmes, coupés de toute référence axiologique explicite, suivie et durable. Certains deviennent des bujiimaan (enfant tirant leurs revenus des poubelles, errant et vivant de la débrouillardise) ou des faqmaan (enfant qui a rompu avec la société), dont la règle est de ne respecter aucune règle, sinon celles édictées par le groupe déviant dont les activités principales sont le vol, le viol, les agressions, le trafic de drogues etc.

Il résulte du diagnostic de l'analyse de la situation des enfants qu'ils sont en butte à divers problèmes figurant dans le tableau ci-dessous:

DOMAINES	PROBLEMES DE L'ENFANT
Socioculturel	- Non-maîtrise du processus de socialisation de l'enfant dans un contexte culturel ambivalent et contradictoire (cf. apports culturels simultanés et souvent contrastés de l'éducation traditionnelle, de l'islam, de l'Occident comprenant en outre le christianisme). - Faible développement du sens de l'autonomie et de l'initiative personnelle chez l'enfant. - Tendance à exclure l'enfant de toutes les décisions qui le concerne, les filles en particulier. - Contraste émotionnel castrant entre la surprotection affective avant le sevrage et le délaissement précoce post-sevrage. - Tendance à utiliser dans la socialisation de l'enfant des épreuves parfois mutilantes ou dont les conséquences sur le développement psychogénétique de l'enfant sont mal connues(excision, rituels initiatiques) - Pratique réductrice de la socialisation des filles essentiellement orientée vers un destin de femme au foyer.
Familial	- Abandon de la puissance paternelle face à la délinquance juvénile. - Démission des parents de leur rôle d'éducateur : face à la promiscuité en ville et on note la tendance à tolérer le fait que les enfants, surtout les garçons, traînent dans la rue. - Déficience d'un climat affectif de nature à permettre le développement harmonieux de l'enfant - Négligence ou faible prise en compte des attentes, de l'opinion de l'enfant - Maltraitance, sévices corporels et exploitation sexuelle sont infligés aux enfants. - Lourdeur des travaux domestiques confiés aux filles en particulier - Non-respect des droits de l'enfant à une éducation formelle continue, à l'endroit des filles en particulier.
Economique	- Exploitation du travail des enfants dans le cadre du travail domestique (filles surtout) et de l'apprentissage (garçons en particulier) . - Faible prise en charge des besoins enfants.

	- Utilisation des enfants pour subvenir à ses besoins.(mendicité)
Sanitaire	- Morbidité et mortalité élevées. - Malnutrition chronique. - Morbidité élevée de l'enfant dans un environnement vecteur de maladies variées et fréquentes - La santé mentale de l'enfant ne fait pas l'objet d'un suivi effectif. - Les enfants handicapés sont très insuffisamment pris en charge. - Les dispositifs de préventions des maladies sont encore insuffisants. - Les adolescents sont exposés aux MST, au VIH/SIDA et aux grossesses précoces.
Educatif	- Absence de modalités et d'actions pour appuyer les parents à mieux stimuler et mieux prendre en charge le petit enfant. - Faiblesse qualitative et quantitative des structures de prise en charge de la petite enfance. - Décalages entre les valeurs de l'école et celles des parents. - Insuffisance et faible qualité des services éducatifs. - Décolarisation précoce et importante, notamment des filles. - Faible liaison entre éducation et secteur productif. - Peu d'actions d'éducation alternative, s'adressant à des groupes marginalisés - Inadéquation des programmes d'études ; peu de préoccupation à développer les aptitudes, à résoudre des problèmes.
Juridique	- Non-reconnaissance sociale des droits de l'enfant. - Insuffisance de l'information sur les droits de l'enfant. - Non-effectivité de la prise en charge des droits de l'enfant. - Violations fréquentes et non moins tolérées des droits de l'enfant. - Les enfants ne sont pas généralement éduqués à leurs propres droits. - L'enfant n'est pas socialement reconnu comme un sujet de droit. - Les enfants ne participent pas aux décisions les concernant.
Communicationnel	- L'enfant n'a très souvent pas droit à l'expression devant les adultes. - Les tabous hypothèquent souvent le développement et la réalisation des enfants. - Les dispositifs de communication à l'endroit des enfants tiennent peu compte de leurs attentes réelles.

c. Les catégories d'enfants en situation de vulnérabilité

103. Sur la base des risques encourus, les enfants en situation de vulnérabilité sont plus nombreux en milieu rural, néanmoins il existe d'autres types de risques qui guettent tous les enfants, notamment ceux issus de ménages pauvres en milieu urbain. Les enfants vulnérables peuvent être classés en plusieurs catégories, qui parfois se recoupent :

- **Les enfants travailleurs** représentent 15% de ce groupe d'âge (parmi eux on distingue les aides familiales dans l'agriculture -soit 62,3% des enfants travailleurs-, les apprentis, les orpailleurs, les pêcheurs, les porteurs, les cireurs, jeunes filles domestiques...) Les études du Bureau International du Travail (BIT) ont montré que les formes intolérables de travail, en raison de leur nature et des conditions dans lesquelles ils s'exercent, peuvent nuire à la santé des enfants, à leur sécurité, à leur éducation, à leur épanouissement et même menacer leur propre existence. La recherche conduite par l'ISRA, auprès des enfants de pêcheurs, arrive aux mêmes conclusions. La pêche étant un métier masculin, les enfants qui y travaillent sont des garçons (91,8%), seuls 7,4% d'entre eux ont atteint le collège alors que les filles qui aident leur mère dans la transformation ou la vente du poisson ne dépassent pas le primaire. La déperdition scolaire des enfants qui rejoignent ce secteur est principalement liée à l'abandon (63,9%) et à l'exclusion (32,9%). Les enfants travaillent en moyenne 8,1 heures par jour et subissent très souvent des violences physiques et psychiques. Ils sont exposés à la noyade (14,8%) et aux blessures (87,6%). Le travail nocturne est assez fréquent (47,3% des unités d'exploitation visitées) dans la pêche. L'étude BIT/ CEGID (2002) a montré que les enfants impliqués dans l'orpillage, l'exploitation du sel et de la pierre, vivent dans des conditions difficiles et travaillent plus de 8 heures par jour.
- **La situation des jeunes filles domestiques** est aussi préoccupante. L'enquête de ENDA (Jeuda 99) révèle que dès l'âge 6 an,s les filles sont engagées dans le travail

domestique, leurs journées de travail sont longues (plus de 10 heures) et non conformes aux normes édictées dans les textes et règlements.

- **Les enfants talibés** sont confiés par leurs parents à un maître coranique qui ne reçoit pas de rémunération en contrepartie. En milieu rural, les enfants talibés constituent une main d'œuvre dans l'exploitation agricole de leur maître coranique. Quand ce dernier s'installe en ville, ils s'adonnent à la mendicité à son profit et pour assurer leur subsistance. Le temps consacré à la mendicité l'emporte sur celui dédié aux études. Les talibés fugueurs constituent une part importante des enfants de la rue.
- **Les enfants mendiants** étaient au nombre de 50 000 à 1 000 000 en 1992 selon l'UNICEF (Analyse de la situation des femmes et des enfants- Dakar août 1999). On distingue une sous catégorie d'enfants accompagnateurs de mendiants. Ces derniers peuvent être leurs propres parents ou des adultes qui les louent pour accroître leurs chances d'attirer la compassion du public. Dans une étude de Save the Children les enfants interrogés sont en majorité des garçons (96,8%) contre 3,2% des filles. Parmi eux, 47% des mendiants sont de la tranche d'âge 10 - 14 ans, 29,9% ont entre 5 et 9 ans et la tranche d'âge 15 - 17 ans représente 23%. Parmi l'effectif des enfants enquêtés, la fréquentation scolaire est de l'ordre de 16,9%, dont 30,6% continuent de fréquenter l'école. Par ailleurs, 27,4% des mendiants enquêtés ne mangent pas à leur faim, 34,6% d'entre eux consacrent 5 à 7 heures à mendier, 14,6% passent plus 7 heures à mendier. Une telle situation est de nature à compromettre leurs chances d'aller à l'école et d'accumuler du capital humain pour pouvoir s'insérer sur le marché du travail.
- **Les enfants de la rue ou enfants en situation de rupture avec leur famille**, constituent environ 1,3% des enfants de 6 à 18 ans (enfants sans attache familiale, enfants fugueurs, vivant d'expédients dans la rue). Ils sont plus nombreux à Saint-Louis (3,8%) ensuite à Kaolack 1,9%. A Dakar, ils représentent 0,7%, néanmoins leur nombre est plus important que dans les autres villes. Ils proviennent en majorité des régions de Diourbel, Thiès et Saint Louis, mais aussi des pays voisins (Guinée, Gambie, Mauritanie). Les orphelins ne représentent que 3% de l'effectif, 84% sont de parents divorcés. Les fugues ont souvent pour origine la maltraitance. Ces enfants sont souvent intégrés dans des bandes où la toxicomanie et les violences les guettent. L'enquête sur les enfants de la rue à Thiès et à Mbour (UNICEF, 1999) a montré que leur état nutritionnel et la fatigue physique qu'ils accumulent, engendrent chez eux un fort taux de morbidité et 31,80% d'entre eux s'adonnent à l'usage de la drogue.
- **Les enfants en conflit avec la loi** : Une étude auprès des mineurs incarcérés à Thiès montre que lorsqu'ils commettent des délits, c'est souvent pour pallier une situation de précarité familiale et économique, conjoncturelle ou structurelle ;
- **Les enfants handicapés** sont souvent marginalisés. Ils sont exclus des jeux traditionnels, leur accès aux appareillages et aux prothèses est très limité et le manque d'équipements et de pédagogie adaptée à leurs besoins est criard. Les projets d'éducation intégratrice tardent à se mettre en place.
- **Les enfants victimes de maladies dont le SIDA** (les orphelins du SIDA seraient au nombre de 15 000 selon la SWAA. L'étude de Thérèse Gabrielle Diouf (2000) sur les enfants affectés par le Sida, montre que la maladie des parents a un impact sur leurs conditions de vie : leur scolarisation, leur alimentation et leur stabilité psychique.
- **Les enfants victimes de pratiques traditionnelles néfastes à leur santé** (mariages forcés ou précoces, mutilations sexuelles), des conflits armés et de sinistres sont aussi dans des situations de grande vulnérabilité. L'enquête effectuée par les services gouvernementaux de Ziguinchor auprès de 190 enfants montre que 90,5% d'entre eux sont directement victimes du conflit en Casamance. Ils éprouvent d'énormes difficultés à accéder aux services sociaux de base.

- **Les enfants victimes d'abus sexuels.** Leur situation a été étudiée par Serigne Mor Mbaye (CEGID) qui a montré que l'enfant est d'abord victime de son entourage. Selon l'UNICEF (1999), la proportion d'enfants de la rue victimes d'abus sexuels est de l'ordre de 15,9% à Mbour et de 11% à Thiès.

d. Vulnérabilité liée la vieillesse

- 104.** Selon ESAM 2, l'âge moyen des Chefs de Ménage est de 50 ans. En outre 35,8% des CM ont 55ans et plus, âge qui jusqu'à une période récente déterminait, pour les rares travailleurs du secteur formel, le départ à la retraite professionnelle. Les chefs de ménage retraités sont estimés à 4,5 % du total au niveau national dont 9% vivent à Dakar, 6,8 sont dans les autres ville, et 1,9% seulement en milieu rural. En réalité qu'ils disposent de pensions de retraite (dont le montant est très faible) ou pas, la plupart des personnes âgées, en ville, tout comme à la campagne sont obligées de travailler pour assurer la prise en charge de leur ménage, ou y contribuer. Parmi les CM âgés, 81% sont actifs, moins de 2% sont à la recherche d'emploi pendant que les inactifs se répartissent entre les femmes au foyer (5,8%), les retraités (4,5%), les étudiants (1,4%) et les divers inoccupés (7,1%). Nombre de personnes âgées, en raison du chômage de leurs fils ou du jeune âge de ces derniers (de plus en plus d'hommes se marient tard du fait des contraintes économiques) demeurent les principaux pourvoyeurs de ressources au sein de leur ménage. Comme la majorité des travailleurs, ils sont dans l'agriculture ou dans le secteur informel, sans protection sociale, avec un faible accès au crédit.
- 105.** Dans la plupart des pays, des prestations de vieillesse sont payées sous la forme d'une pension, c'est-à-dire d'un paiement périodique qui peut être, mensuel, ou trimestriel. Les pensions de l'assurance sociale sont souvent liées au salaire, le montant pris en compte étant celui des salaires perçus pendant la durée de "service" de la personne concernée. Les régimes universels et les régimes d'assistance sociale, en revanche, fournissent généralement des pensions forfaitaires dont le montant est basé sur le minimum vital nécessaire dans le pays, - montant auquel il est souvent fait référence sous le nom de "seuil de pauvreté".
- 106.** A ce stade il importe de rappeler que l'objectif de la pension est de créer un revenu de remplacement du gain antérieur, c'est à dire de maintenir au mieux le niveau de vie. A cet effet les diagnostics des DSRP sur les personnes âgées (ou aînés) ont permis de cibler les domaines communs que sont : le problème d'accès aux soins en gériatrie et l'insuffisance de revenus pour faire face aux besoins élémentaires.
- 107.** L'insécurité économique que vivent la plupart des personnes âgées complique pour elles une prise en charge adéquate des maladies liées à leur âge, d'autant qu'il n'y a pas d'intégration de la gériatrie, de la gérontologie et d'un encadrement psychosocial spécialisé dans le dispositif sanitaire du pays (il n'existe qu'un seul centre de gériatrie).
- 108.** Même, la minorité de travailleurs retraités du secteur privé ne dispose pas d'un système efficace de prise en charge médical et éprouve deux grandes difficultés : difficulté d'accès aux médicaments, liées à l'insuffisance de leurs ressources et difficultés d'accès aux soins liées à l'éloignement géographique du Centre médico-social de l'IPRES, unique sur le territoire national. Une enquête menée auprès des retraités en milieu urbain à Dakar montre le profil évolutif suivant des affections dont ils sont porteurs : les maladies aiguës (25,72%) et les maladies chroniques (74,28%). Du point de vue de la prise en charge, le fond social de l'IPRES permet d'accorder des secours d'un montant forfaitaire pour améliorer les conditions de vie des allocataires et permet en principe de faire face aux frais occasionnés par la prise en charge de frais

médicaux et le fonctionnement du centre médico-social. Les interventions du fonds social de l'IPRES, rapportées par retraité sont insignifiantes et représentent annuellement en moyenne la somme de 678,69 Fcfa (1,35\$) par retraité pour les secours, 190 Fcfa(0,38\$) par retraité pour les hospitalisations, 1663 Fcfa(3,30\$) par retraité pour les produits pharmaceutiques. Ces chiffres prouvent que les retraités font nécessairement recours à d'autres types d'assistance qui mettent à rude épreuve leur dignité.

109. Au Sénégal, la modicité des pensions de retraite suscite et entretient une hantise d'atteindre l'âge de la retraite chez la majorité des travailleurs. En effet, les taux de remplacement des régimes de retraite, en particulier ceux institués au profit des travailleurs du secteur privé pose un problème fondamental : le retraité perçoit moins du tiers de son revenu d'activité. C'est dire que les régimes actuels de retraite du secteur privé *créent des pauvres* dans la mesure où ils font basculer les travailleurs admis à la retraite et leurs familles dans la pauvreté. L'objectif initial, celui d'assurer un revenu de remplacement convenable aux retraités, n'est donc pas atteint. Les effets combinés de l'inflation, du chômage des enfants des retraités, du besoin croissant de soins de santé contribuent à installer les retraités dans la précarité. Ce qui conduit à la nécessité d'accorder une place de choix à ce phénomène de paupérisation des personnes du 3^{ème} âge et de leurs familles dans la conception, la mise en place et l'exécution des politiques et stratégies de lutte contre la pauvreté. En dépit des réformes paramétriques qui ont eu lieu ces dernières années, la faiblesse des prestations contribue à l'érosion du pouvoir d'achat des personnes couvertes par les systèmes de protection sociale et subséquemment les expose à la vulnérabilité.

e. Vulnérabilité liée au genre

110. Parmi toutes les catégories de groupes vulnérables les femmes rurales, notamment les adolescentes constituent les personnes les plus à risques. Elles constituent la majorité de la population rurale, elles ont un faible niveau d'éducation, comparativement aux hommes. Elles ont une faible maîtrise de leur santé sexuelle et reproductive. Elles ont un faible accès aux ressources (terres, crédits, intrants, technologie, formation, vulgarisation) et participent peu à la prise de décision.
111. De plus, elles doivent cumuler leurs rôles dans l'économie productive avec les charges domestiques (entretien de la maison, recherche de l'eau, du bois mort, transport, transformation des récoltes, soins aux enfants et aux malades), en comptant sur leurs filles pour les seconder, au détriment de leur scolarisation. C'est pourquoi les filles constituent le groupe le plus vulnérable en milieu rural. Seul un très faible pourcentage de femmes échappent à la vulnérabilité parce qu'elles disposent de terres ou de revenus de transfert, ou encore parce qu'elles ont été scolarisées et/ ou bénéficient d'emploi.

♦ Rôles sociaux de sexe et leurs relations avec l'économie de marché

112. La grande vulnérabilité des femmes est liée aux discriminations et aux disparités de genre qu'elles subissent. La division sexuelle du travail les confine dans des rôles secondaires au niveau des activités productives qu'elles doivent combiner avec la charge du travail domestique. Ainsi, cumulent-elles le travail gratuit sur le champ de leur époux, celui sur leur lopin et les tâches domestiques. Elles accomplissent un double travail qui les épuise, et les fragilise face aux maladies. Leur engagement dans

l'agriculture n'est pas mis à profit pour améliorer leur productivité afin d'accroître leur contribution à l'auto suffisance alimentaire et au PIB. Pourtant, l'intensité de production des femmes au niveau de l'agriculture est très proche de celle des hommes, comme le montre le tableau n° 2 ci-dessous, relatif à la structure de l'économie productive. Leur contribution au PIB agricole apparaît de manière générale supérieure à celle des hommes, malgré leur faible productivité liée à leur surcharge de travail et à leur faible accès aux ressources.

Tableau 15 structure de l'économie productive

Secteur (2000)	Part du PIB en %	Intensité de production par genre %		Contribution au PIB par secteur et par sexe %	
		Femme	Homme	Femme	Homme
Agriculture	20	47,1	52,9	30,32	15,35
Industrie	19	22,5	77,5	13,74	21,37
Services	61	28,5	71,5	55,94	63,28
TOTAUX	100	31,1	68,9	100,00	100,00

Source des données : Tableau constitué à partir de "African Country Gender database" estimation faite par Aïssatou Guèye sur la base de la méthodologie de Elson et Evers (2001)

- 113.** En ville, comme l'indique le tableau ci dessus, on note une faible présence des femmes dans les industries et dans les services comparativement aux hommes. Leur apport est faible particulièrement dans l'industrie qui vient en troisième position dans leur contribution au PIB, alors que pour les hommes, ce secteur vient en deuxième position. Ces derniers sont majoritaires dans les secteurs qui exigent une qualification et offrent les revenus plus élevés. Les femmes, qui ont un faible accès à l'éducation et à la formation, sont défavorisées en matière d'accès à l'emploi.
- 114.** En milieu urbain, les femmes occupées sont en majorité dans le secteur informel, notamment dans le petit commerce et dans les activités utilisant leur savoir-faire acquis à travers le travail domestique. Elles sont nombreuses parmi les journalières de l'industrie alimentaire. Leur accès au secteur moderne est très limité en raison de leur faible niveau de scolarisation, de leurs charges domestiques et des préjugés sur les rôles féminins. On relève un pourcentage de chômeurs plus faible chez les femmes que chez les hommes, car elles présentent moins de demandes d'emploi, puisqu'elles n'espèrent pas en trouver, en raison de leur manque de qualification.
- 115.** L'étude de la DPS sur le marché de l'emploi à Dakar montre qu'à diplôme égal, elles sont moins bien payées que les hommes. En outre leur mobilité socio-économique est limitée par leurs rôles domestiques. En cas d'échec scolaire, les garçons sont précocement insérés dans le marché du travail en qualité d'apprentis, alors que les filles sont mariées ou reléguées au travail domestique.
- 116.** En ville, l'aggravation du chômage a précipité les femmes, dans les activités de survie, pour palier la perte du salaire de leur époux, et couvrir les besoins de base de leur foyer. Elles s'investissent dans le secteur informel (petit commerce, restauration, transformation des produits locaux, artisanat, travail domestique rémunéré) pour entretenir leurs foyers. L'enquête 1-2-3 montre que la durée moyenne du chômage à Dakar est de quatre ans, de plus, elle concerne une part importante de la population, notamment les hommes. En outre, le sous emploi (72,5% de la population active subit le sous emploi), la retraite professionnelle du mari, alors que les enfants sont encore jeunes ou sans emploi, réduisent les maigres ressources des unités domestiques et contraignent les maîtresses de maison à se trouver des sources de revenus. En effet, en raison du grand écart d'âge entre époux, il est fréquent que le ménage ait des enfants en

bas âge alors que le mari n'est plus actif²⁴. Les femmes se retrouvent de fait responsables de la prise en charge du ménage, sinon chefs de ménage.

- 117.** Les femmes constituent plus de 20% des chefs de ménage²⁵. Elles dirigent des familles monoparentales, pour assurer la subsistance de leur foyer, elles sont encore plus que les autres femmes contraintes de travailler quand elles n'ont pas de soutien familial. La majorité des femmes chefs ménage sont divorcées ou veuves, ce qui implique que leurs foyers ont subi des événements perturbateurs qui les placent en situation de vulnérabilité face à la pauvreté.²⁶ Etant donné leur faible niveau d'éducation et de formation, les femmes chefs de ménage, s'intègrent dans des activités qui n'exigent pas un investissement important et qu'elles peuvent exercer en utilisant leurs compétences de maîtresses de maison.

♦ La vulnérabilité liée aux disparités dans l'accès aux SSB et aux actifs

- 118.** Dans le domaine de l'éducation, des progrès notables ont été enregistrés dans l'accroissement des effectifs et dans la réduction des écarts de scolarisation entre filles et garçons dans l'enseignement élémentaire. Mais des disparités très fortes demeurent entre villes et campagnes, ainsi que selon le niveau socio économique et scolaire des parents. Le maintien des filles à l'école reste un enjeu important. Selon la Confemen « L'éducation des filles contribue à améliorer la qualité de la vie et à développer les capacités nationales de production, à améliorer les pratiques d'hygiène et de nutrition, à réduire le taux de mortalité infantile et maternelle, ainsi que les taux de fertilité. » - (L'éducation de base : vers une nouvelle école- Dakar, 1995)

- 119.** Les enquêtes MICS ont démontré que l'éducation des femmes a un impact sur la santé et la survie de leurs enfants et sur l'éducation de ces derniers. L'âge et le niveau d'instruction de la mère ont une corrélation significative avec la mortalité des enfants. Plus la mère est jeune plus la mortalité des enfants est élevée. Plus la mère est instruite, plus la mortalité des enfants est faible. De plus, des évaluations de la Banque Mondiale, ont estimé qu'une augmentation de 1% de la scolarisation secondaire des filles se traduit par une augmentation de 0,3% de la croissance économique. L'éducation a bénéficié pour l'année budgétaire 2005 d'une allocation de 40% du budget national, cette disposition favorable doit être renforcée par l'amélioration du rendement de l'école. L'étude sur "Genre et fréquentation scolaire" a révélé que les redoublements en 1998 ont grevé le budget de l'Etat de 7 milliards de FCFA, soit 14,43% des dépenses de fonctionnement du ME, qui auraient pu être utilisées pour améliorer la qualité, en recrutant plus d'enseignants (en tenant compte de l'équilibre entre les sexes) dans l'élémentaire pour réduire le ratio élèves/maître, et accroître l'accessibilité en construisant encore plus de classes y compris dans le secondaire et dans l'enseignement professionnel et technique.

- 120.** L'éducation est une compétence transférée aux collectivités locales. Néanmoins la plus grosse part du budget est encore gérée par le MEN. Les élus ne jouent pas encore pleinement les rôles attendus d'eux dans la gestion de proximité des écoles. La décentralisation doit faciliter une plus grande adhésion et participation des parents à la vie de l'école, et impulser leur implication dans l'élaboration des contenus

²⁴ EDS II a montré qu'une bonne partie des hommes de soixante ans et plus souhaitaient encore avoir des enfants

²⁵ Elles constituent 20% des chefs de ménage, leur proportion s'élève à 30,4% dans les villes secondaires, 24,7% à Dakar et 13% en milieu rural.

²⁶ Mark Blackden et Chitra Banhu –Inégalité de sexe croissance et réduction de la pauvreté- BM 1998

d'enseignements plus adaptés aux besoins du milieu, tout en favorisant une plus grande accessibilité du milieu rural, et des filles à l'éducation.

- 121.** En matière d'alphabétisation, d'importants efforts ont été déployés pour relever le taux d'alphabétisation des adultes (37,8% dont 49,1% pour les hommes et 28,2% pour les femmes- ESAM2). Néanmoins, son taux de croissance reste encore faible. Peu de projets d'alphabétisation tiennent compte du calendrier d'activité des femmes et de leurs besoins. Le pourcentage d'adultes alphabétisés est passé de 32,9% (ESAM1-1994) à 37,8% (ESAM 2). Le pourcentage de personnes alphabétisées est plus important dans les jeunes générations. Il s'élève à 51,5% dans la tranche d'âge de 15 à 24 ans (62,3% pour les hommes et 42,1% pour les femmes). Par contre le groupe de 55 à 64 ans ne compte que 21,7% de personnes alphabétisées dont 40% d'hommes et 6,4% de femmes. Il y a de grandes disparités entre les régions. Malgré l'existence d'initiative d'alphabétisation favorisant le recrutement de femmes, on constate encore, partout, que la proportion des hommes alphabétisés est supérieure à celle des femmes de plus de 10 points quel que soit le milieu de résidence.
- 122.** Grâce aux projets ciblant particulièrement le milieu rural et aux écoles communautaires de base qui y sont implantées à 95%, les disparités entre villes et campagnes en matière d'alphabétisation commencent à se réduire. Entre ESAM 1 et ESAM 2 les villes ont progressé d'un point et demi, en passant de 54% à 55,5% de taux d'alphabétisation, alors qu'en milieu rural il y a eu une augmentation de 5,8 points en passant de 17,5% à 23,3% mais les risques de perte des acquis sont élevés en raison de la faiblesse de l'environnement lettré et de la faible utilisation de l'alphabétisation fonctionnelle.
- 123.** Relativement aux risques dans le domaine de la santé, les hommes semblent désavantagés. Ainsi, leur espérance de vie ne s'élève-t-il qu'à 51 ans contre 53 ans pour les femmes. Cependant quand on analyse les données concernant les rapports de masculinité, en milieu rural, par tranches d'âge on se rend compte que (Rapport sur le Recensement agricole) dans les groupes d'âges jeunes (moins de 25 ans) ainsi que dans les groupes supérieurs (65 ans ou plus), les hommes sont plus nombreux que les femmes alors que pour le groupe 25-64 ans (qui est celui des actifs), les femmes prédominent nettement en effectif. Ce constat est également valable dans les régions pauvres, au delà de 49 ans, les hommes sont plus nombreux que les femmes. En l'absence de phénomène d'émigration sélective des femmes de plus de 50 ans, on peut estimer qu'il existe une surmortalité des femmes qui arrivent à cet âge très éprouvées par les maternités, par les lourds travaux domestiques, par les maladies, par le stress lié à leurs obligations sociales, aux violences et à la pauvreté.
- 124.** L'évolution de la pandémie du SIDA illustre bien la vulnérabilité des femmes, les statistiques indiquaient au début une plus forte prévalence chez les hommes, aujourd'hui la tendance s'est renversée. En plus de leur vulnérabilité biologique à l'infection, les femmes sont désavantagées par leur faible accès à l'information et leur faible maîtrise des décisions concernant leur santé sexuelle et reproductive. Ainsi, l'EDS montre que malgré l'existence d'un besoin important en matière de contraception exprimé par les femmes, le recours à la planification familiale reste faible. L'excision, malgré la loi la pénalisant est encore pratiquée surtout au Sud et au Nord du pays. Le faible niveau d'instruction des femmes entrave leur accès à l'information. Les carences nutritionnelles, les avortements, l'anémie liés à la surcharge de travail pendant les périodes de soudure contribuent à péjorer leur état de santé.
- 125.** Au rythme où évolue la mortalité maternelle, l'objectif de réduction de $\frac{3}{4}$ (OMD 3) de la mortalité liée à la grossesse et à l'accouchement (cf. rapport OMD

2004) risque de ne sera être atteint en 2015. Or la mortalité maternelle influe sur la mortalité infantile, car les bébés orphelins ont peu de chances de survivre après le décès de leur mère. Le pays est encore loin de couvrir tous les besoins en matière de SONU pour réduire le risque de mortalité maternelle et infantile. L'Etat a consenti des efforts appréciables, en matière de budget alloué à la santé de la reproduction (SR). La gratuité de l'accouchement est assurée dans les zones de forte mortalité maternelle. L'extension dans toutes les formations sanitaires a été estimée à un milliard et demie, ce qui semble à la portée du budget de la Santé. En effet, la revue récente des dépenses publiques montre un accroissement des ressources allouées à la santé entre 1998 et 2002 pour atteindre 10% du budget national de fonctionnement. Les actions préventives en matière de SR ont également été prises en compte dans le PTIP²⁷. Le traitement antirétroviral est gratuit pour les malades du SIDA.

- 126.** La subordination de la femme est renforcée par les disparités en matière d'accès aux ressources qui l'installe dans une situation d'insécurité économique. En milieu rural, les femmes sont impliquées dans la plupart des opérations culturales, mais leur travail est moins productif que celui des hommes. Les parcelles qu'elles cultivent ont des rendements plus faibles que celles des hommes, la différence est en moyenne de 18%, elle atteint 40% pour la culture du sorgho. Elle est imputable à la différence d'application des intrants, qui elle-même est liée à la faible accessibilité de ces intrants, pour les femmes qui en outre, profitent très peu des programmes de vulgarisation. Selon des études de cas menées dans cinq pays du Sahel dont le Sénégal, les femmes représentent 15 à 20% des participants touchés par l'encadrement rural. Les raisons avancées pour expliquer une telle situation sont de trois ordres. D'abord, l'attitude de la communauté qui préfère organiser les activités de vulgarisation sur les grandes parcelles de culture, alors que les parcelles des femmes sont de faible superficie. Ensuite, les activités de vulgarisation ne tiennent pas compte de la disponibilité des femmes et peuvent se dérouler à des moments où celles-ci sont occupées par les travaux domestiques. Enfin, les usages selon lesquels les agricultrices ne peuvent être conseillées que par des agents féminins, ont réduit leur accès à ces services de vulgarisation agricole, qui disposent de très peu de personnel féminin. Au Sénégal, moins de 5% des effectifs des écoles d'agriculture sont des femmes et seulement 3 % des agents de vulgarisation sont des femmes.
- 127.** Les équipements agricoles ne sont pas conçus pour les petits lopins de terre dont disposent les femmes, qui continuent à utiliser des outils rudimentaires. Etant donné qu'elles cumulent les tâches domestiques et leurs rôles dans l'économie de marché, leur journée de travail est beaucoup plus longue que celle des hommes. Toutes leurs tâches sont fortes consommatrices de leur énergie et de leur temps. La principale source d'énergie qu'elles utilisent varie selon la résidence : Les femmes rurales se servent surtout de bois, qu'elles vont chercher sur de longues distances, en raison de la dégradation de l'environnement. Ce combustible ruine leur santé en raison des fumées qu'il dégage. Des données antérieures aux effets du SIDA, ont montré qu'environ 30% des maladies et décès en Afrique Subsaharienne sont imputables à des facteurs environnementaux. La pollution de l'air intérieur est la cause de 6% des dits maladies et décès (Banque Mondiale-Murray et Lopez, 1996).
- 128.** Par conséquent, les investissements dans la promotion de sources d'énergie alternatives adaptées au cadre de vie en milieu rural et peu coûteuses, sont indispensables pour la préservation de l'environnement et de la santé des femmes ainsi

²⁷ D'après le rapport de la Société civile sur l'état d'avancement du DSRP 90% du budget SR dans le PTIP aurait été consacré aux programmes de lutte contre le paludisme et contre le SIDA.

que pour l'accroissement de la disponibilité de celle-ci à entreprendre des activités génératrices de revenus. Dans la situation actuelle, les femmes rurales profitent peu de la subvention du gaz consécutive à la politique de butanisation, pour la préservation de l'environnement. En effet, si plus de 87% des ménages utilisent le gaz à Dakar, 46% dans les autres villes, seul 8% sont concernés en milieu rural. L'accès des ruraux à l'électricité est aussi faible. En 2004, le taux d'électrification était de 12,5% en milieu rural contre 56% en ville.

- 129.** Les études ont montré que l'essentiel des activités de transport au sein du ménage (surtout lorsqu'il s'agit de chercher le bois ou l'eau) est de la responsabilité des femmes. Les hommes sont peu impliqués dans ces activités alors qu'ils disposent de l'essentiel des moyens intermédiaires de transport (MIT), voire des charrettes et animaux de trait (94,63% des équins, 87,63% des asins et 94,01% des camélidés, selon le dernier recensement agricole de 1998/1999), qui sont supposés pouvoir diminuer le temps et l'énergie consacrés aux corvées de transport en milieu rural. Les véhicules hippomobiles servent principalement pour les activités agricoles.
- 130.** Les disparités persistent en matière d'accès à l'eau potable entre le milieu urbain (83,7%) et le milieu rural (67,3%), le taux moyen national se situe à 72,7% (Enquête MICS II - 2000). L'accès aux bornes fontaines et surtout au robinet à domicile est encore faible en milieu rural. Les femmes s'épuisent pour puiser l'eau avec des moyens rudimentaires, leurs faibles moyens de stockage les obligent à effectuer souvent des déplacements vers les sources d'approvisionnement. De manière générale, les femmes sont bien souvent obligées de transporter tout par elles-mêmes. La faible qualité des infrastructures routières, le manque de contrôle et le coût parfois élevé des principaux moyens de transport, réduisent considérablement la mobilité des femmes et constituent une entrave sérieuse à l'écoulement de leur production ainsi qu'à l'accès aux services sociaux de base.
- 131.** En milieu rural, par exemple, quatre ménages sénégalais sur dix n'accèdent au marché de produits de première nécessité qu'après une heure de marche ou plus (ESAM II). De même beaucoup de ménages, notamment ruraux, font de longues distances pour accéder à un service de santé sans compter qu'il y en a une bonne proportion qui explique leur absence de fréquentation d'un service de santé par l'absence de moyens (29,2% de l'ensemble des ménages et 34,7% des ménages ruraux), selon l'enquête ESAM II. Etant donné qu'il est de la responsabilité des femmes d'assurer le transport dans le cadre de l'économie domestique, il convient pour apprécier leurs charges de travail, d'étudier les disparités dans la répartition au sein du ménage des tâches de transports en trajets ménagers, agricoles ou trajets à services agricoles. Des études (Gustave Arcio) ont montré que le faible accès des femmes aux moyens de transport intermédiaires, tels que les charrettes contribue à la pénibilité des travaux domestiques et à la réduction de leur budget temps. L'ESAM 2 révèle que 32,9% de la population rurale vit à plus de 5 Km d'un service de santé, ce qui multiplie les risques en cas d'accouchement ou de maladie.
- 132.** Les femmes subissent de fortes contraintes de temps, qui viennent péjorer les risques qu'elles encourent. Selon le Recensement Agricole, les femmes rurales du Bassin Arachidier consacrent en moyenne 7 à 8 heures par jour aux activités ménagères alors que, pendant les périodes d'intense activité agricole, les hommes ne travaillent que pendant 6 heures par jour. Arcia Gustavo a montré que pendant la saison des pluies, les agricultrices consacrent 7 heures par jour aux activités agricoles. Ces heures ajoutées au

temps consacré au travail domestique leur donne une journée de travail de 14 et 15 heures par jour²⁸.

- 133.** L'enquête sur le marché de l'emploi à Dakar, indique que les hommes travaillent plus longtemps que les femmes, dans les activités rémunérées (53,9 h contre 42,2 heures par semaine). Dans l'utilisation de leur temps, les femmes sont handicapées par le fardeau du travail domestique. Selon l'enquête 1-2-3, les femmes occupées consacrent 15 heures par semaine aux tâches domestiques, ce qui ajouté au travail rémunéré représente 57,2 heures de travail hebdomadaire.
- 134.** L'enquête 1-2-3 montre que la durée moyenne du chômage à Dakar est de quatre ans, de plus, le système de protection sociale est réservé aux rares salariés privilégiés du secteur formel. En outre, le sous emploi (72,5% de la population active subit le sous emploi), la retraite professionnelle du mari, alors que les enfants sont encore jeunes ou sans emploi, réduisent les maigres ressources des unités domestiques et contraignent les maîtresses de maison à se trouver des sources de revenus.
- 135.** L'accès au crédit est faible pour la majorité des sénégalais. Il l'est encore plus pour les femmes, y compris au sein des systèmes financiers décentralisés (SFD). Ces derniers sont mal répartis et sont concentrés à 40 % dans les régions de Thies et Dakar. La part la plus importante des crédits octroyée est dévolue au commerce, ce qui profite plus au milieu urbain qu'au milieu rural. L'offre de services financiers relève que sept (07) réseaux concentrent a eux seuls l'essentiel des membres/clients (84%), de l'encours d'épargne (87%) et du volume de crédit (86%) (MPMEEFMF-Lettre de Politique Sectorielle de Micro finance, Déc. 2005).
- 136.** Pour la période 1999-2001, l'évolution du nombre de bénéficiaires selon le genre au niveau des IMF révèle une tendance favorable vers la parité malgré le maintien une prépondérance des hommes. Selon la BCEAO (Monographie des SFD-Sénégal 2001) «..., le taux de croissance de la clientèle féminine (63%) s'est situé à un niveau supérieur à celui des hommes qui s'est établi à 35 % en 2001. Cette évolution s'est traduite par un accroissement significatif de la part des femmes, qui ressort à 47% en 2001 contre 42% un an plus tôt». En 2003, la part des femmes représente 48,75% de l'effectif global des clients du PAMECAS contre 40,97% pour les hommes et 10,28% pour les personnes morales. Toutefois, l'épargne des hommes est demeurée 26,72 fois supérieure à l'encours de l'épargne des femmes. L'encours de crédit des hommes fait presque le double de celui des femmes. Cette tendance, est encore plus forte au niveau du Réseau «Crédit Mutuel du Sénégal» (CMS). La part des hommes dans cette SFD représente environ 65% de l'effectif global des membres contre 19,87% pour les femmes.
- 137.** Les études de la Grameen Bank ont montré que dans un contexte de pauvreté, un accès accru aux services financiers de proximité induit des bénéfices sociaux importants : amélioration de l'éducation des enfants, l'atténuation de la pauvreté, l'accroissement de la productivité etc. Tillairajah (1994) affirme : «les accroissements du revenu réel contrôlé par la femme entraînent une amélioration plus nette de l'état nutritionnel du ménage que les augmentations similaires du revenu réel contrôlé par l'homme ».
- 138.** Compte tenu du faible taux de pénétration des institutions de micro finance (IMF) en milieu rural, l'effort d'adaptation de services financiers est plus que

²⁸ Arcia Gustavo et al, Women's roles in achieving the objectives of the new agricultural policy, Gender resources awarneness for national development (GRAND Project: Senegal technical report, RTI, North Carolina, December 1989).

nécessaire, pour les femmes rurales qui sont en majorité engagées dans des activités à faible potentiel de rendement notamment la production de subsistance et la transformation alimentaire. Par conséquent, il est important d'adapter l'offre de services des IMF aux activités des femmes, en ce qui concerne la taille et les orientations des prêts ainsi que les conditions de leurs remboursements.

♦ La vulnérabilité liée aux discriminations

139. En ce qui concerne les risques sociaux, les femmes sont désavantagées par rapport aux hommes dont elles sont souvent dépendantes. Cette dépendance constitue un risque dans un contexte de fort taux de divorce, mais également en cas de veuvage, car souvent la veuve n'hérite pas des terres de son époux, en milieu rural, dans la mesure où le sol demeure en général un bien du lignage du mari. La rupture d'union peut déboucher sur la perte par les femmes des biens matériels et immatériels qu'elles ont acquis au prix de nombreuses années d'effort et de sacrifices au sein de leur ménage, les précipitant dans la pauvreté et plongeant leurs enfants dans la vulnérabilité, surtout lorsqu'elles doivent assumer la garde de leurs enfants. De rares divorcées perçoivent une pension alimentaire pour leurs enfants. Lorsqu'elles en bénéficient le montant est en général tellement faible qu'il ne permet même pas de couvrir les frais de loyer. L'insécurité économique qui en résulte peut conduire, à la prostitution clandestine, en l'absence de la solidarité familiale mise à rude épreuve par la forte prévalence de la pauvreté. En ville, les veuves chefs de ménage sont vulnérables si elles ne bénéficient pas d'un héritage conséquent qui les met à l'abri du besoin ou/ et si leur foyer ne compte pas suffisamment de personnes actives. Le nombre important de personnes âgées et d'enfants à charge est un risque pour tous les ménages notamment ceux dirigés par des femmes.

140. Le contrôle social sur la sexualité féminine, ainsi que la subordination des femmes expliquent pour une bonne part, le nombre important de violences faites aux femmes (violence domestiques, viols, mariage forcé et précocité) au péril de leur vie. Bien que des textes juridiques protégeant les femmes, de l'excision et d'autres formes de violence, existent leur application se heurte d'une part au contrôle social et d'autre part à la faible accessibilité des institutions judiciaires pour les pauvres, notamment les femmes.

f. Vulnérabilité aux accidents du travail et maladies professionnelles

141. La question des accidents du travail est importante car elle est une cause importante de basculement dans la pauvreté non seulement pour les salariés des entreprises mais surtout pour les agriculteurs, les artisans, les travailleurs des PME et les professions libérales ou en général aucune précaution n'est prise contre les risques. Les enjeux des prestations dans le domaine des accidents et maladies professionnelles dans la lutte contre la pauvreté posent la problématique de la généralisation des mesures dans toutes les entreprises mais aussi une extension dans les secteurs comme les ONG, le secteur informel etc.

142. D'une manière générale, l'on retrouve presque toujours cinq éléments de base dans la structure de réparation des accidents du travail et maladies professionnelles

- les soins médicaux y compris le traitement hospitalier;
- les prestations en cas d'incapacité de travail temporaire;
- une rente en cas d'incapacité permanente totale;

- une rente ou une allocation en cas d'incapacité permanente partielle; et
- une somme, habituellement forfaitaire, en cas de décès pour les ayants droits.

143. Dans les régimes de réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles, il est souvent établi une distinction entre l'incapacité de travail temporaire et l'incapacité de travail permanente, c'est-à-dire entre des lésions ou une maladie susceptible de ne durer que pendant une courte période ou au contraire de conduire à une incapacité permanente. Le montant de la prestation est souvent plus élevé que celui de la prestation de maladie.

144. L'extension des services d'assurances aux travailleurs du secteur informel est une préoccupation majeure dans les liens entre protection sociale et la réduction de la pauvreté.

g. Vulnérabilité liée à la famille (les prestations aux familles)

145. Les prestations familiales sont en fait quelque peu différentes des autres prestations en espèces payées par les régimes de sécurité sociale « les prestations familiales sont payées au titre de "l'obligation d'entretenir les enfants à charge" ». Alors que ces régimes cherchent, en principe, à fournir un revenu de remplacement lorsque les salaires sont perdus ou interrompus ou lorsqu'une personne ne travaille plus parce qu'elle a atteint un âge avancé, les prestations familiales sont normalement payées en plus des salaires en reconnaissance du fait que ces derniers ne suffisent habituellement plus pour faire face aux dépenses dès lors que la famille s'agrandit. C'est ainsi une façon pour la collectivité de payer les services de soins aux enfants.

146. Les prestations familiales ont été instituées après les autres branches de la sécurité sociale, du fait entre autres de la corrélation entre la taille des familles et la pauvreté des ménages. *On distingue deux types* d'allocations familiales: celles dont on dit qu'elles sont liées à "l'emploi" et celle fournies dans le cadre des dispositions nationales en matière de "service public". En outre, il convient de relever l'importance des transferts inter familiaux et les transferts effectués par les travailleurs migrants qui ne sont pas en réalité mesurés mais qui constituent une part considérable des revenus redistribués.

147. Les prestations aux familles apparaissent ainsi comme un puissant instrument de redistribution et de solidarité nationale mais aussi un outil d'incitation de politique sociale. C'est le cas dans certains pays pour encourager la natalité. Dans le DSRP du Sénégal, figure des propositions d'utilisation de tels instruments pour inciter les familles vulnérables à envoyer les enfants à l'école. Il s'agit de «programme d'éducation fondé sur la dotation alimentaire ou monétaire au familles pauvres ».

148. La problématique des prestations familiales dans ses liens avec la lutte contre la pauvreté se pose beaucoup plus en termes de services publics que d'allocations liées à l'emploi. A ce titre l'Etat peut utiliser les prestations familiales pour résorber le gap de capacités des groupes vulnérables pour assurer le maintien des enfants à l'école, leur accès aux services sociaux de base, aux soins aux enfants, à une nutrition de qualité etc.

h. Vulnérabilité liée au décès du principal soutien de famille

149. Le décès du principal pourvoyeur de revenus est aussi identifié dans le DSRP (Sénégal) comme un des principaux points de rupture qui cause le basculement dans la pauvreté de beaucoup de ménages surtout en milieu urbain. Ce basculement a des impacts d'autant plus importants que le nombre de personnes à charge est élevé. C'est le cas dans les familles d'entrepreneurs et de commerçants de l'économie informelle

des centres urbains qui en général ne souscrivent à aucun régime d'assurance. Les obligations sociales de solidarité familiale qui servent souvent « d'amortisseurs » pour réduire le choc ne suffisent plus et ne sont plus aussi opérationnelles et efficaces dans les conditions socioéconomiques actuelles. Par ailleurs l'inscription aux systèmes d'assurances en particulier liés aux décès dans les pratiques et mœurs se heurte à des considérations de type socioculturelles, psychologiques voire spirituelles.

- 150.** Dans le contexte d'un régime de sécurité sociale, l'on s'attend à ce que le terme "survivants" ne se rapporte qu'aux veuves et aux enfants. Dans un régime d'assurance sociale, les conditions d'octroi sont habituellement satisfaites automatiquement si une pension de vieillesse était payée au moment du décès car l'essentiel des bénéficiaires des prestations de survivant sont les ayants droit des allocataires des branches « vieillesse » et « risques professionnels ». Ainsi, si un retraité de sexe masculin décède en laissant une veuve et si cette dernière n'est pas elle-même bénéficiaire d'une pension de retraite du fait de ses propres cotisations ou de ses propres antécédents professionnels, la condition d'octroi d'une prestation de survivants est remplie. Etant donné que le décès de l'affilié peut intervenir avant que l'âge de la retraite n'ait été atteint, les périodes de cotisation ou d'emploi ouvrant droit à pension sont, en pareil cas, différentes et beaucoup plus courtes.

3. CARACTERISQUES DE LA PROTECTION SOCIALE AU SENEGAL

151. Selon l'analyse qui en a été faite, différents systèmes de protection sociale formelle peuvent exister :

- systèmes de sécurité sociale: Prestations statutaires liées à l'emploi (pensions, prestations en espèces à court terme, assurance-maladie sociale);
- systèmes de prestations sociales universelles: prestations pour tous les résidents (allocations familiales, services publics de santé, assurance vieillesse universelle);
- systèmes d'assistance sociale: prestations de soulagement de la pauvreté, en espèces et en nature, pour les citoyens et les résidents avec des besoins spéciaux;
- systèmes privés de prestations – prestations liées à l'emploi ou individuelles (pensions professionnelles, assurance-maladie établie par l'employeur).

152. L'organisation de la protection sociale implique un certain nombre de choix liés aux personnes à protéger (champ d'application personnel), au dispositif institutionnel à mettre en place (organisation administrative) et aux risques sociaux couverts (prestations à servir).

3.1 Le système formel de sécurité sociale²⁹

3.1.1 La sécurité sociale comme engagement international

153. **La Convention n° 102 : instrument souple et exhaustif qui fixe la norme minimale.** La convention 102 de l'OIT est exhaustive parce qu'elle réunit dans un instrument unique toutes les branches de la sécurité sociale précédemment dispersées entre des textes distincts, tout en y ajoutant les allocations familiales qui n'avaient jusqu'alors fait l'objet d'aucune convention. Elle donne une définition des neuf branches de la sécurité sociale couvrant les différentes éventualités qui empêchent les travailleurs de subvenir à leurs besoins et à ceux des personnes à leur charge ou qui les obligent à faire face à un surcroît de dépenses liées à la nécessité d'obtenir des soins médicaux, l'incapacité de travail pour cause de maladie professionnelle, l'entretien d'un enfant, la maternité, l'invalidité ou le décès du soutien de famille.

154. Quant à son champ d'application, la convention ne définit plus les catégories de personnes à protéger en termes purement juridiques, c'est-à-dire en fonction du type de contrat et de la branche d'activité économique de l'intéressé. La convention requiert simplement qu'un certain pourcentage de la population soit protégé. La convention (n° 102) concernant la sécurité sociale (norme minimum), 1952, a été complétée par un certain nombre de conventions qui ont fixé des normes plus élevées, révisant en même temps l'ensemble des instruments d'avant-guerre relatifs à l'assurance sociale. Ces normes plus élevées sont énoncées dans la convention (n° 103) sur la protection de la maternité de 1952 (révisée en 2000), la convention (n° 121) sur les prestations en cas de d'accidents du travail et de maladies professionnelles de 1964, ratifiée par le Sénégal, la convention (n° 128) concernant les prestations d'invalidité, de vieillesse et de survivants de 1967, la convention (n° 130) concernant les soins médicaux et les indemnités de maladie de 1969 et enfin, la convention (n° 168) sur la promotion de

²⁹ Cette partie est basée sur les travaux suivants du BIT : « contribution des systèmes de protection sociale dans la lutte contre la pauvreté : cas de la Guinée, du Mali, de la Mauritanie et du Senegal » par Mme Couty Fall (BIT 2003) et « Etude sur les indicateurs de suivi et d'évaluation de la protection sociale dans les DSRP », par Madame Couty FALL et M. Ibrahima Dia » (BIT 2004)

l'emploi et la protection contre le chômage de 1988. Elles prévoient un champ d'application élargi des soins médicaux, des services connexes améliorés, la prolongation de la période de versement des prestations temporaires, ainsi que des conditions d'attribution plus favorables et des taux plus élevés pour les prestations en espèces. Toutes les conventions établissant des normes plus élevées ont été complétées par des recommandations dont les exigences sont, à certains égards, plus strictes.

3.1.2 La population couverte

155. Les systèmes de sécurité sociale du Sénégal ont été conçus et mis en place au profit exclusif des travailleurs salariés et de leurs familles en vue de les protéger contre les conséquences économiques et sociales qui peuvent avoir pour eux, la perte partielle ou totale, temporaire ou définitive de leurs capacités de gains ou de leurs moyens de pourvoir par eux-mêmes à la satisfaction de leurs besoins essentiels. Il faut noter qu'au Sénégal, ce sont exclusivement, les cotisations des travailleurs et de leurs employeurs qui financent le système sans subvention de l'Etat. Le salariat a constitué, et demeure encore, le critère fondamental d'accès au bénéfice des prestations servies dans le cadre du système de protection sociale même si de timides ouvertures vers les populations nécessiteuses sont opérées dans le cadre de l'action sanitaire et sociale des organismes de sécurité sociale.

Tableau 16: Population active couverte

Rubrique	2001
Population active	2 915 000
Nombre d'entreprises adhérentes	11 500
Nombre de travailleurs affiliés	228 229
Nombre de travailleurs affiliés au système de protection sociale	228 229
% de personnes actives affiliées au système de protection sociale	7,8 %

156. L'étendue de la couverture offerte par les systèmes de protection sociale en place peut s'apprécier en déterminant le nombre de bénéficiaires puis le comparer à la population totale. Sur la base du coefficient de dépendance ainsi fixé, le nombre total de bénéficiaires représente 12,3 % de la population totale. Selon une étude de l'OIT, la sécurité sociale publique et privée au Sénégal concerne environ 300 000 personnes dont 5 pour cent de la population rurale (OIT 2002).³⁰

Tableau 17 : Bénéficiaires des systèmes de sécurité sociale

RUBRIQUES	2001
TOTAL travailleurs couverts	228 229
Coefficient de prise en charge	5
Nombre estimé de bénéficiaires	1 141 145
Population totale	9 285 300
Part de la population totale couverte (en %)	12,3 %

Sources : Statistiques annuelles les organismes de sécurité sociale.

³⁰ L'enquête PSIA confirme la faiblesse de la couverture des anciennes assurances formelles avec en moyenne 1,9 pour cent des ménages pauvres et 1,5 pour cent des ménages plus aisés touchant des retraites.

3.1.3 Dispositif institutionnel

157. La gestion de la sécurité sociale est confiée à des organismes qui sont chargés d'exécuter la politique définie par l'Etat en la matière, en relation avec les autres acteurs institutionnels et professionnels. Les organismes de sécurité sociale sont chargés, à cet effet, de mettre en œuvre les modalités pratiques de la protection accordée aux travailleurs et à leurs familles. Ils peuvent être regroupés deux catégories, du point de vue de leur statut juridique :

- services administratifs : Direction de la Solde et des pensions et Fonds National de Retraite du Sénégal ;
- organismes de droit privé chargés d'une mission de service public : Institutions de Prévoyance Sociale (IPRES), Caisse de Sécurité Sociale (CSS) et Institut de Prévoyance Malade (IPM).

158. L'organisation de la protection sociale s'effectue également autour de la distinction entre prestations à court terme (prestations familiales, risques professionnels, maladie, etc..) et prestations à long terme (pensions, invalidité, décès). Ainsi, la gestion des prestations familiales et des risques professionnels confiée à la Caisse de Sécurité Sociale, la gestion de la retraite confiée à l'IPRES et au FNR ,la gestion de la maladie des travailleurs du secteur privé est confiée à des mutuelles d'entreprise ou interentreprises (IPM).

159. La protection sociale s'organise également autour de la dualité entre les travailleurs fonctionnaires et les travailleurs non fonctionnaires : Les agents fonctionnaires de l'Etat relèvent de la Direction de la Solde pour les prestations familiales et du FNR pour la retraite alors que la gestion des retraites et des prestations familiales des agents non fonctionnaires de l'Etat est confiée à l'IPRES et à la CSS. Enfin, la gestion du risque maladie incombe directement aux employeurs dans sa composante indemnités.

160. Bien que théoriquement doté d'une personnalité juridique et d'une autonomie administrative, financière et patrimoniale, les caisses nationales sont des organismes de droit public. L'autonomie recherchée par les législateurs ne s'est pas encore concrétisée. Il s'agit aujourd'hui d'en faire des organismes de droit privé, tout en maintenant l'impératif de maintien de la mission de service public.

♦ Les risques couverts

161. Au Sénégal, ce sont les Institutions de Prévoyance Maladie (IPM) qui gèrent les prestations en nature qui concernent une prise en charge partielle des sorties ambulatoires et/ou, d'hospitalisation, des frais d'accouchement et des frais d'analyse et d'appareillage dans des limites préalablement définies. S'agissant des indemnités de maladie, elles sont destinées à pallier en totalité ou en partie la perte de salaire pendant la période d'invalidité.

162. *Les prestations familiales* consistent au versement d'allocations en espèces pour aider à l'entretien des enfants à charge et à la fourniture de prestations en nature à travers des soins médicaux prodigués à la mère avant et après l'accouchement. Pour les femmes salariées enceintes, les prestations liées à la maternité visent à pallier la perte de revenus consécutive à une interruption temporaire de leurs activités professionnelles pendant le congé de maternité.

163. Les prestations liées aux accidents du travail et aux maladies professionnelles donnent lieu à la prise en charge intégrale des soins médicaux et, en cas d'incapacité permanente, au versement de recettes.

164. Les prestations de vieillesse consistent à verser des allocations en espèces après la cessation d'activité intervenue à l'âge de la retraite. En cas de décès, des prestations dites allocations de survivants sont versées aux ayants -droit. Il en est ainsi pour la situation des travailleurs retraités qui ne disposent pas d'un système efficace de prise en charge médicale.

3.1.4 Le financement de la sécurité sociale

165. Le financement de la sécurité sociale est essentiellement assuré par les cotisations salariales et patronales. Une faible part du financement est tirée des placements mobiliers et immobiliers pour les organismes qui disposent d'une réelle autonomie financière.

166. Le Tableau n°18 ci-après montre que le niveau de ressources drainées par la sécurité sociale formelle au Sénégal s'établit à près de 70,5 milliards de francs CFA pour la seule année 2001. Même si ces ressources restent limitées par rapport au Produit intérieur Brut (0,33 à 2,6 %), il n'en demeure pas moins qu'elles sont importantes comparées aux budgets des Ministères chargés de la Santé par exemple. Comparées aux budgets nationaux, les ressources de la protection sociale ont représenté plus de 11,7 % en 2001

167. L'absence d'élaboration d'un budget social de la nation qui rendrait transparent les efforts consentis pour réduire la vulnérabilité des travailleurs et de leurs familles en cas de survenance de risques sociaux occulte l'importance des ressources mobilisées dans le seul domaine de la sécurité sociale

Tableau18 : Financement de la protection sociale : ressources annuelles
(en millions de francs CFA)

BRANCHES	RUBRIQUES	2001
Prestations familiales	Ressources techniques (cotisations ou budget de l'Etat)	12657,56
	Autres ressources (produits financiers, locatifs, etc..)	937
Risques professionnels	Ressources techniques (cotisations ou budget de l'Etat)	2632
	Autres ressources (produits financiers, locatifs, etc..)	487
Vieillesse / Invalidité /	Ressources techniques (cotisations ou budget de l'Etat)	42021
Survivants / Décès	Autres ressources (produits financiers, locatifs, etc..)	1940
Maladie	Ressources techniques (cotisations ou budget de l'Etat)	9800
	Autres ressources (produits financiers, locatifs, etc..)	0
TOTAL		70474,56

Sources : Statistiques annuelles les organismes de sécurité sociale recueillies par questionnaires.

3.1.5 Impacts de la sécurité sociale au Sénégal

168. Le montant des transferts à l'exclusion des dépenses de personnel et des frais de gestion a représenté près de 78 % des ressources collectées durant la même période. Les sommes dégagées pour la prise en charge des pensions de retraite constituent la part la plus importante dans le volume des transferts opérés en 2001 : elles représentent près de 74 % des transferts, suivi des prestations familiales 12 % et des prestations maladie (10 %).

169. Les dépenses de protection sociale moyennes annuelles par habitant représentent 17 % du SMIG au Sénégal contre 11 % et 4 % respectivement les pays voisins du Mali et la Mauritanie. Elles représentent entre 0,2 et 2,2 % du Produit National Brut par habitant, 7 fois le SMIG au Sénégal.

170. Les organismes chargés de la gestion du système de sécurité sociale disposent, de structures sanitaires qui leur sont propres où exerce un personnel médical (médecins généralistes et spécialistes) et paramédical (sages-femmes, infirmiers, aides soignants, assistants sociaux, etc.). Ces structures ne sont pas généralement prises en compte dans l'élaboration des cartes sanitaires en dépit de leur importance dans l'offre de soins. Il s'y ajoute que beaucoup d'organismes de protection sociale (c'est le cas principalement avec les Institutions de Prévoyance Maladie) passent des conventions avec les structures sanitaires publiques ou privées, les laboratoires et les pharmacies pour une prise en charge, totale ou partielle, de leurs membres bénéficiaires. Les organismes de protection sociale participent de ce fait à la stimulation de la demande de soins et rendent accessibles les structures sanitaires à une frange de la population

Tableau n°19 : Activités menées dans le cadre de l'Action Sociale et Sanitaire

	2001
Nombre total de consultations effectuées	9718
Nombre d'activités IEC réalisées	2992
Nombre de counselling effectué	

Sources : Statistiques annuelles des organismes de sécurité sociale recueillies par questionnaires.

3.2 Les systèmes non formels de gestion des risques

171. **Le secteur le plus étendu du marché de l'assurance est constitué des mutuelles de santé.** Au Sénégal, les mutuelles de santé sont définies comme des associations à but non-lucratif basées sur les contributions de leurs membres auxquels elles offrent une assurance ainsi qu'à leur famille pour les aider à supporter les coûts des soins de santé. En sont exclus les assureurs privés de par leur nature non-lucrative. Le paiement de cotisations mensuelles donne aux membres droit à des avantages définis spécifiquement par l'association. Les mutuelles de santé sont considérées tant comme un modèle alternatif de financement de la santé, transférant le coût du secteur public au secteur privé, que comme une forme de protection sociale aidant l'accès financier aux services de risque, la mise en commun et des risques et atténuant le coût des maladies. Les mutuelles permettent : (i) la promotion de la contractualisation comme levier au service du partenariat dans le cadre de la mutualité ; (ii) l'amélioration de l'accessibilité financière aux soins de santé ; (iii) le renforcement du principe de solidarité comme principe fondateur du système de santé ; (iv) le renforcement de la gouvernance démocratique dans le système de santé et (v) la gestion de proximité avec la signature de convention avec la majeure partie des structures prestataires.

172. Le développement des mutuelles de santé a connu trois phases au Sénégal. La première phase qui se situe entre 1973 et 1993 après la naissance des premières expériences en 1973. Cette décennie a été celle de l'essaimage des mutuelles de santé dans la région de Thiès. La seconde phase (1994-1998) est celle de l'extension du mouvement vers les autres régions et enfin la phase actuelle qui marque à partir de 1998 (avec la plate forme d'Abidjan) l'engouement des populations soutenu par l'intervention des promoteurs. Le nombre de mutuelles est passé de 19 en 1997 à 28 en 2000 pour atteindre quelques 79 en 2003. Selon une récente enquête sur les mutuelles

de santé effectuée par le Gouvernement du Sénégal et l'Institut canadien de recherche et de développement, le nombre de cotisants aux mutuelles de santé est estimé actuellement à 66 000 et le total des bénéficiaires à 220 000, soit environ 2,2% de la population.³¹ Elles incluent ceux qui adhèrent à des a) mutuelles de santé 'complémentaires,' créées par des associations de travailleurs du secteur public, qui offrent une couverture pour des paiements conjoints, l'achat de médicaments et autres frais non couverts par le système public, b) les mutuelles de santé communautaires basées dans le voisinage ou les villages et c) les mutuelles professionnelles organisées essentiellement par les associations professionnelles du secteur informel comme les associations d'artisans, de femmes, de commerçants etc. En dépit de la croissance des mutuelles de santé, les chercheurs estiment que bien moins de 10% de l'ensemble des bénéficiaires vivent dans les zones rurales.

Tableau 20 : Dynamique de développement des mutuelles de santé

	Evolution			Situation en 2004			
	1997	2000	2003	Fonctionnelle	Gestation	Projet	Difficulté
Dakar		10	23	23	9	8	4
Diourbel			4	4	5		1
Fatick			3	3	1		
Kaolack		1	8	8	1	1	1
Kolda						1	
Louga			6	6	2		
St Louis		2	7	7	2		
Tamba			1	1	1	2	1
Thiès		15	27	27	6	4	2
Ziguinchor			3	3	3	2	
Sénégal	19	28	79	79	30	18	9

Sources : présentation du plan stratégique de développement des mutuelles de santé (CAMICS)

173. **Plusieurs bailleurs de fonds comme l'USAID et l'OIT, travaillent directement avec les organisations privées pour élaborer des régimes d'assurance maladie.** A titre d'exemple, l'OIT soutient les mutuelles de santé dans le cadre de la stratégie d'extension des systèmes de protection sociale formelle aux travailleurs. La perte de revenus subséquents aux chocs de santé sapant les autres mesures de protection sociale comme l'épargne à long-terme pour les personnes âgées, les stratégies et les outils contre l'exclusion sociale et la pauvreté (STEP) ont été initiées pour élaborer des modèles d'assurance santé appropriés pour le secteur informel. Avec un budget pour le Sénégal d'environ 400 000 dollars par an, STEP appuie l'Union des Coopératives Agricoles du Sénégal (UNCAS), organisation paysanne à l'échelle du pays de 800 000 membres à établir un système de protection sociale, y compris un régime de santé. Une zone d'essai pilote dans la région des Niayes a été lancée il y a deux ans, en liaison avec les postes de santé, le centre de santé de Tivaouane et l'hôpital régional de Thiès. Un second test pilote vient d'être lancé à Diourbel. Le programme des Niayes couvre environ 1 200 personnes payant des primes mensuelles de 300 CFA par personne pour des médicaments génériques, le coût des visites hospitalières, de services obstétricaux, de suivi prénatal et d'hospitalisation. STEP soutient également le PAMECAS (réseau de micro finance de 130 000 membres) dans sa recherche de liens entre l'assurance

santé et la micro finance. A l'issue d'un essai pilote en 2003, PAMECAS prévoit d'étendre l'expérience à un plus grand nombre de membres de son réseau. Des études de faisabilité sont en cours pour aider les routiers et les ruraux à mettre en place des systèmes de protection sociale.

Encadré3 : L'impact de l'assurance santé dans les zones rurales

L'évaluation de l'impact des mutuelles de santé en milieu rural au Sénégal indique que la mise en commun des risques et le paiement anticipé, à quelque petite échelle que ce soit, peuvent améliorer la protection financière des pauvres. La région de Thiès est le site des premières expériences d'assurance santé communautaires du pays, initiés en 1990 autour des services prestés par un hôpital à but non-lucratif, l'Hôpital Saint-Jean de Dieu. Quatre-vingt-dix pour cent de ces régimes opèrent en zone rurale. Les cotisations de 1 000 CFA par ménage et les primes mensuelles varient entre 100 et 200 CFA, soit 2 pour cent des revenus annuels des ménages. Seuls les coûts d'hospitalisation sont couverts (50 pour cent de réduction des frais d'hospitalisation). La proportion des ménages membres dans chaque village varie d'environ 30 à 90 pour cent. Une évaluation d'impact basée sur une enquête-ménage des membres et des non-membres a révélé que l'adhésion avait un fort impact sur la probabilité de se rendre à l'hôpital en cas de maladie et un fort impact négatif sur les dépenses en cas d'hospitalisation. Les membres insistaient sur le fait que l'assurance maladie réduisait leurs soucis. Dans les cas de maladies graves, ils ne dépendaient plus de l'assistance de leur réseau social ni d'argent prêté par des prêteurs locaux. Toutefois, les ménages les plus pauvres ne participaient guère dans la mesure où ils n'étaient pas en mesure de s'acquitter des cotisations.

Source: Jutting 2000

174. Le potentiel des régimes communautaires est très faiblement exploité. Les effets positifs incluent la protection contre les difficultés financières imposées par la maladie qui peuvent avoir un effet dévastateur sur les ménages pauvres, la libération d'autres moyens d'auto-assurance (épargne et crédit) susceptibles d'être utilisés plus rentablement, de meilleurs résultats sanitaires en encourageant une utilisation opportune des services de santé et le potentiel d'atteindre une base de clients plus large que les assureurs à but lucratif et le développement d'une culture de la prévoyance qui pourra s'étendre aux autres risques notamment les risques agricoles, etc. Toutefois, certaines contraintes limitent les résultats et impacts des mutuelles :

- **Niveau stratégique et technique :** (i) insuffisance de l'environnement juridique du développement des mutuelles ; (ii) absence d'une politique de contractualisation permettant de faciliter les relations entre les mutuelles de santé et les prestataires de soins (iii) faible implication des mutuelles dans la définition des politiques de santé et faible représentation dans les conseils d'administration des établissements publics de santé, et les comités de santé (iv) Faiblesse des relations entre les mutuelles de santé et les collectivités locales. La micro assurance offerte par les institutions de micro finance constitue une autre opportunité mais son extension dans les zones rurales dépendra de l'expansion des SFD en milieu rural.
- **Niveau opérationnel :** (i) insuffisance des systèmes d'information et de suivi des mutuelles de santé (ii) Faiblesse des ressources humaines, matérielles et financières des unités régionales de coordination et d'appui technique des MS

- **Niveau organisationnel** : (i) Faible pénétration dans les populations cibles pour les mutuelles de santé à base communautaire. (ii) Faiblesse de la capacité contributive des membres, surtout dans les mutuelles communautaires ; (iii) faible rétention des adhérents (iv) insuffisance de la formation en gestion administrative et financière. Ces insuffisances sont liées à la faible capacité à atteindre les plus pauvres, aux tendances à exclure certains de la prise de décision au niveau local. La portée limitée de la mise en commun des risques pour les petits régimes communautaires les expose à des chocs corrélatifs et une faible capacité de gestion et de leadership susceptible de menacer la durabilité à long terme.

175. C'est pour lever ces contraintes que le gouvernement a créé en 1998 la cellule d'appui aux mutuelles de santé, IPM et comités de santé (CAMICS) au ministère de la santé pour appuyer les mutuelles et a adopté le 15 avril 2003, la loi relative aux mutuelles de santé. En Novembre 2004 il est créé la Cellule d'Appui au Financement de la Santé et au Partenariat (CAFSP).

4. REVUE DES DEPENSES PUBLIQUES DE PROTECTION SOCIALE³²

176. En raison des divergences de compréhension du concept, de l'absence de précision dans les classements des informations, il est difficile d'avoir une estimation précise sur l'ensemble des programmes de protection sociale au Sénégal. Le rapport préparé par l'équipe de Julie Van Domelen (Banque mondiale) intitulé: « Gestion des risques en milieu rural au Sénégal : revue multisectorielle des initiatives en matière de réduction de la vulnérabilité » est la première tentative de revue des dépenses publique à faire le point de la façon la plus exhaustive possible. Ce chapitre reprend pour l'essentiel ce document.

4.1 Assistance sociale et filets de sécurité

177. **Les activités en matière de gestion des risques sont réparties entre plusieurs ministères et plusieurs agences :** (a) Ministère de la femme, de la famille et du développement social, (b) le Ministère de la santé et de la prévention médicale, (c) le Ministère de l'Education, (d) le Ministère de la Fonction publique, du Travail, de l'Emploi et des Organisations professionnelles, (e) le Ministère des petites et moyennes entreprises, de l'entrepreneuriat féminin et de la micro finance, (f) les Ministères en charge de l'agriculture, de l'hydraulique et de l'élevage, (g) le Ministère de l'Intérieur et (h) le Ministère de la Jeunesse. Ces ministères concentrent 43 pour cent du budget national pour 2005 (investissements et coûts récurrents) bien qu'une partie seulement en soit consacrée à la gestion des risques en milieu rural.³³ **Les programmes de gestion des risques³⁴** poursuivant des objectifs similaires sont souvent répartis entre plusieurs ministères.

178. **L'assistance sociale, les filets de sécurité et la gestion des catastrophes sont destinés à cibler les individus et les ménages exposés aux plus hauts risques d'événements adverses.** Il s'agit des groupes les moins susceptibles de rebondir à la suite de chocs et pour lesquels les cycles vicieux créent des pièges de pauvreté à long terme, leurs avoirs étant épuisés et leur accumulation de capital humain et physique compromise à long terme. Ce sont les individus vivant dans une extrême pauvreté, les enfants à risque, les personnes déplacées, les handicapés, les orphelins, les personnes âgées sans soutien, et les personnes subissant les conséquences de catastrophes, les ménages vivant dans les zones inondables sans systèmes d'assainissement.

179. **Le point focal de la gestion des catastrophes** est la Direction de la Protection Civile du Ministère de l'Intérieur, appuyé par un cadre institutionnel pour mener des actions d'urgence. En tant que première intervention, la Protection Civile intervient pour protéger des pertes humaines et stabiliser les situations. En 2002, la Protection Civile a élaboré des cartes régionales des principaux risques, parmi lesquels les

³² Cette revue reprend le rapport de Julie Van Domelen « Gestion des risques en milieu rural au Sénégal : revue multisectorielle des initiatives en matière de réduction de la vulnérabilité (Banque Mondiale juin 2005) réalisée dans le cadre du processus de préparation de la stratégie nationale de protection sociale du Sénégal.

³³ Sont également inclus deux programmes relevant de la Primature : le Projet de Renforcement de la Nutrition et le Conseil National de Lutte contre le SIDA. Ne sont pas inclus : le Ministère de la Justice : qui protège les garanties juridiques de certains groupes vulnérables et offre des services aux délinquants juvéniles ; les dépenses du Système de Sécurité sociale (INPRS, CSS) n'entrent pas dans le cadre de cette revue. Il n'existe aucune information sur les programmes sociaux financés par la Loterie Nationale (LONASE) de même que sur les transferts ad-hoc émanant directement de la Présidence de la République ou par le canal du Ministère des Collectivités locales.

³⁴ Cette revue couvre les dépenses spécifiquement ciblées sur les zones rurales ainsi que les programmes nationaux couvrant l'espace rural.

accidents du travail, les risques des transports (routiers, aériens, maritimes, ferroviaires), d'incendie, d'inondations, de sécurité terrestre et maritime et de masse. Le MFFDS/SN et les ONG comme la Croix Rouge assurent les approvisionnements d'urgence, en espèce et nature et des matériaux de construction. Le Ministère de l'Agriculture répond aux effets consécutifs sur la capacité de production dans le cas de catastrophes naturelles en milieu rural.

Tableau 21 : Estimation des dépenses annuelles en assistance sociale et en filets de sécurité³⁵

Ministère/Domaine de dépenses/Programme	2003	2004
1. Ministère de la Femme, de la Famille et du Développement social /Ministère de la Solidarité nationale (MFFDS/SN)		
Personnel	1,463,266,000	1,472,158,000
Dépenses récurrentes, non-salariés	835,306,000	1,075,508,000
Transferts totaux :	1,265,338,000	1,678,338,000
<i>Dont : Primature (transfert général)</i>	<i>300,000,000</i>	<i>300,000,000</i>
<i>Commissariat à la Sécurité alimentaire³⁶</i>	<i>630,338,000</i>	<i>780,338,000</i>
<i>Transferts actions sociales</i>	<i>335,000,000</i>	<i>335,000,000</i>
<i>Enfants de la rue</i>		<i>50,000,000</i>
<i>Handicapés</i>		<i>50,000,000</i>
<i>Personnes âgées</i>		<i>100,000,000</i>
<i>Autres</i>		<i>63,000,000</i>
Total des dépenses récurrentes	4,829,248,000	5,904,342,000
Investissement du MFFDS/SN	10,713,295,000	14,041,700,000
<i>Dont : Fonds de Solidarité nationale</i>		<i>650,000,000</i>
<i>Soutien aux Groupes défavorisés</i>	<i>757,518,000</i>	<i>558,700,000</i>
<i>Soutien aux groupes de femmes</i>	<i>325,777,000</i>	<i>300,000,000</i>
<i>Centre national de documentation pour les Femmes</i>	<i>42,000,000</i>	<i>10,000,000</i>
<i>Lutte contre l'exploitation des enfants (dont l'UNICEF)</i>		<i>219,000,000 (219,000,000)</i>
<i>Petits crédits aux femmes (dont Taiwan)</i>	<i>1,000,000,000</i>	<i>1,200,000,000 (700,000,000)</i>
<i>Agence de Fond de Développement Social (AFDS) (dont l'AID)</i>	<i>2,548,000,000 (2,250,000,000)</i>	<i>5,272,000,000 (4,972,000,000)</i>
<i>-Lutte contre la pauvreté des femmes (PLCP) (dont la BAD, le FND)</i>	<i>6,040,000,000 (5,292,327,000)</i>	<i>5,444,000,000 (5,144,000,000)</i>
<i>Lutte contre la Pauvreté (dont le PNUD)</i>		<i>388,000,000 (351,000,000)</i>
2. Ministère de l'Intérieur (BCI)	1,851,000,000	1,616,000,000
Prévention et gestion des catastrophes	171,000,000	166,000,000
Protection contre les incendies (construction, équipe.)	1,680,000,000	1,450,000,000
Total CFA	17,393,543,000	21,562,042,000
Total dollars	34,787,086	43,124,084
Dont financement extérieur	43%	53%

Source : DDI, rapports des agences donatrices. NB : Tout le budget de fonctionnement du MFFSD/SN, budget de fonctionnement et transferts inclus. Non inclus 250 millions de CFA en 2004 à travers le Ministère de la Justice pour un foyer de jeunes délinquants. Non inclus non plus un programme géré par l'OIT de lutte contre le travail des enfants du Ministère de la fonction publique, du travail, de l'emploi et des organisations professionnelles, non inscrit dans le BCI.

180. En ce qui concerne l'assistance sociale et les filets de sécurité, le Ministère de la Femme, de la Famille et du Développement Social (MFFDS) et le Ministère de la Solidarité Nationale (MSN) ont pour mandat fondamental de protéger les familles et les

³⁵ Non incluse la distribution d'urgence de riz aux zones rurales en 2002-2003 dans le cadre du Programme d'Assistance au Monde Rural grâce à des dépenses extraordinaires de \$22 millions de dollars en 2003.

³⁶ Dont 380 338 000 en achat direct de nourriture et le reste en appui au fonctionnement du Commissariat à la Sécurité alimentaire.

individus les plus vulnérables. La lettre de politique sectorielle du MFFDS pour 2005 accorde la priorité aux enfants en situation de risque, aux femmes, aux familles vulnérables, aux handicapés, aux personnes âgées et aux communautés vulnérables à travers une meilleure coordination entre les programmes communautaires et les activités des ONG. En outre, le MSN a élaboré une « Nouvelle orientation de la Solidarité nationale ». A travers sa structure d'exécution, le Fonds de Solidarité Nationale (FSN) et le Commissariat à la Sécurité alimentaire (CSA), le MSN appuiera (a) les infrastructures sociales des communautés défavorisées, (b) l'aide d'urgence et la sécurité alimentaire aux groupes vulnérables et (c) la création d'une Banque nationale de solidarité.

181. Le Gouvernement a affecté 43 millions de dollars (22 milliards cfa) en 2004 à l'assistance sociale, aux filets de sécurité et à la gestion des catastrophes dont 22 millions de dollars (11 milliards) aux programmes de développement communautaire du MFFSD. L'assistance sociale et la gestion des catastrophes ont enregistré un total de presque 20 millions de dollars (10 milliards FCFA). Les dépenses ordinaires du MFFDS/SN couvrant les transferts d'assistance sociale à des groupes vulnérables se sont élevées à environ 12 millions de dollars (6 milliards FCFA). Plus de 10 milliards FCFA ont financé les projets de développement communautaire multisectoriel appuyés par des partenaires extérieurs et exécutés par le MFDS³⁷.

182. Les dépenses relatives à l'assistance et à la sécurité sociale, (investissements communautaires contre la pauvreté et mesures de protection contre l'incendie non compris), ont été de l'ordre de 0,15 % environ du P.I.B en 2004. Pendant les récentes années (2002-2003) de sécheresse, ce chiffre a grossi pour atteindre 0,5 % du P.I.B, reflétant les dépenses en denrées alimentaires et matériels d'urgence pour soutenir les populations rurales (voir encadré 4)³⁸. **Le gouvernement dépense en plus 0,85 % du PIB au titre de la sécurité sociale pour les travailleurs du secteur public, ce qui porte le total des dépenses au titre de la sécurité sociale et de la protection sociale à environ 1% du P.I.B.** Au fur et à mesure que les revenus croissent, les dépenses relatives aux systèmes de protection ont tendance à augmenter comme part du PIB. En 2003, dans le cadre d'un exercice de recherche comparative qui compare les dépenses publics au titre de la sécurité sociale et de l'assistance sociale (définition légèrement différente de celle utilisée ci-dessus) dans plus de 63 pays, de 1972 à 1997, le Sénégal a dépensé l'équivalent de 1,16% de son PIB (tableau suivant). Ce pourcentage est inférieur à la moyenne pour les pays sub-sahariens malgré le fait que le Sénégal ait un revenu par tête d'habitant légèrement supérieur à la moyenne.

Tableau 22 : Pourcentage du PIB en dépenses relatives à l'assistance et la sécurité sociales

Sénégal	1. 16
Afrique au Sud du Sahara	1. 44
Asie du Sud	1. 49
Asie de l'Est et Pacifique	2. 37
Amérique Latine et Caraïbe	2. 91
Moyen Orient Afrique du Nord	4. 66
Europe de l'Est et du Centre	10. 31
Amérique du Nord	11. 19
Europe de l'Ouest	13. 57
Source: Besley, Burgess and Rasul 2003	

³⁷ Ils sont mentionnés ici parce qu'ils relèvent de la tutelle du MFFDS et qu'ils ciblent les communautés vulnérables, même si l'essentiel des investissements porte sur les infrastructures et le crédit à petite échelle plutôt que sur l'assistance sociale.

³⁸ Des ressources supplémentaires sont canalisées directement vers les paysans en réponse aux chocs de production décrits dans la section suivante qui traite des risques agricoles.

4.1.1 Assistance sociale aux handicapés, aux personnes âgées, aux orphelins et aux autres personnes vulnérables

183. L'assistance aux associations et aux individus, totalisant presque 2 millions de dollars en 2004, est traitée au cas par cas plutôt que sur une base programmatique. Les demandes d'assistance sociale, ordinairement sous forme de lettres adressées par des individus ou des groupes/institutions sont présentées directement au bureau du Ministre, au siège du Département d'Aide sociale ou par le canal des services régionaux.³⁹ Le soutien peut être apporté sous forme d'équipements ou de formation professionnelle aux handicapés, de dons aux organisations et aux individus, de secours en espèces ou d'aide alimentaire,⁴⁰ de règlement d'ordonnances des indigents dans quatre hôpitaux de Dakar. En 2004, sur 3 547 requêtes présentées au DAS, 910 ont été approuvées. Le montant moyen accordé par requête est de 550 000 CFA. En 2004, le DAS a équipé 200 personnes handicapées et financé 48 associations de handicapés, a appuyé 160 structures de formation d'enfants (dont des *daara* pour améliorer la condition de *talibés*), 133 veuves et orphelins, placé 200 enfants en situation de risque dans des programmes éducatifs et de formation et financé 97 projets d'activités génératrices de revenus pour les personnes âgées. L'assistance ne couvre qu'une faible partie des demandes officiellement reçues (26%), proportion infime de la population vulnérable cible, et très peu d'appui aux populations rurales.

4.1.2 Enfants en situation de risque

L'assistance aux enfants en situation de risque s'inscrit dans le cadre de plusieurs programmes/projets du Gouvernement appuyés par les partenaires au développement et des ONG, notamment :

184. Programme promotion des droits et protection des enfants en situation de risques piloté par le MFFDS et appuyé par l'UNICEF: il a pour objectifs : (i) d'assurer l'intégration de la protection spéciale des enfants dans les plans et politiques nationales, (ii) de réduire la vulnérabilité des enfants à risques, avec un accent particulier sur l'élimination des pires formes de travail des enfants, (iii) d'assurer une meilleure protection des enfants, et particulièrement des filles, contre toutes formes d'abus, de violence et de discrimination.

185. Dans le cadre de ce programme, plusieurs actions ont été menées par le Gouvernement ☺(i) élaboration d'un avant projet pour le renforcement de la protection des mineurs, qui est soumis à la Commission Nationale de Réformes du Code Pénal et du Code de Procédure Pénale ; (ii) élaboration et adoption d'une loi contre l'exploitation des enfants dont la mendicité ; (iii) approbation d'une législation et des politiques et plans d'actions en vue de renforcer la réponse nationale aux problèmes émergents tels que la violence faite aux enfants, l'exploitation et abus sexuels des enfants et le trafic des enfants. Des actions pour la prévention des pires formes de travail des enfants et pour la prise en charge des victimes ont été développées dans 6 régions (Dakar, Thiès, Saint-Louis, Louga, Fatick et Ziguinchor).

³⁹ Le DAS compte 42 Centres de promotion et de réinsertion sociale, des travailleurs sociaux et d'un personnel détaché par les administrations locales ou recruté par le Comité de gestion communautaire de chaque centre. Ces centres, dont 12 sont implantés à Dakar et 30 autres dans les autres régions, dont deux dans des communautés rurales, offrent des prestations étendues pour répondre aux besoins sociaux.

⁴⁰ Le DAS achemine les dons (moutons et dates) de l'Arabie Saoudite destinés aux pauvres.

- 186.** Le projet sur l'élimination des pires formes de travail (MFFSD, appuyé par l'UNICEF et le gouvernement italien), a pour objectif d'améliorer la situation des enfants travaillant dans des conditions dangereuses et d'exploitation dans 6 régions (Dakar, Thiès, Saint-Louis, Louga, Fatick et Ziguinchor). Le projet a dispensé une formation professionnelle à 480 fillettes à Fatick, une alphabétisation à 1 370 fillettes en situation de risque, du matériel éducatif à 800 enfants, et un projet pilote d'éradication de la mendicité. La campagne pour l'abandon de l'excision menée dans les régions de concentration notamment à travers le « programme de village empowerment », mis en œuvre en partenariat avec l'ONG TOSTAN, a permis d'aboutir aux déclarations publiques d'abandon de l'excision et des mariages précoces de 564 villages en 2002 et 2003 et 256 villages des régions de Tambacounda et Kolda en 2004. Avec la campagne nationale que le Gouvernement a menée avec l'appui de l'UNICEF et PLAN International, le nombre d'enfants enregistrés à la naissance est passé de 60,9% en 2000 à 78,5% en 2004.
- 187.** Le Programme sur le travail des enfants : programme sur le travail des enfants appuyé par l'OIT et un financement des Etats-Unis, exécuté par une unité du Ministère de l'Emploi est orienté à aider 3 000 enfants âgés de moins de 18 ans à se dégager de conditions de travail dangereuses comme la mendicité, le travail domestique et les travaux dangereux dans l'agriculture, la pêche et l'élevage et d'empêcher quelque 6 000 autres d'y être engagés, appuyant 1 000 familles à Fatick, Saint Louis, Thiès, Diourbel, Kaolack et Dakar (coût moyen d'environ 75 dollars par enfant par an). Le programme soutient le cadre juridique, la formation et l'assistance aux familles.

4.1.3 Soutien aux femmes vulnérables

Le MFFSD prête assistance aux groupements féminins par des subventions aux associations de femmes et la fourniture directe de biens, d'équipements et de petits crédits, à travers les projets et programmes suivants :

- 188.** Le Projet d'Appui aux Groupes Vulnérables, financé pour aider les femmes à réduire les travaux lourds (fourniture de moulins à mil, pompes à eau, irrigation goutte à goutte). Le MFFSD achète directement les produits, évalués à plus de d'1 million de dollars par an et les distribue aux groupements féminins. En 2003-2004 l'essentiel des achats a consisté en ordinateurs, fournitures de bureau, tee-shirts, réfrigérateurs, etc.
- 189.** Le Programme de Petits Crédits aux Groupements Féminins, appuyé par le Gouvernement de Taiwan et le Gouvernement du Sénégal aide les femmes à générer des revenus par le crédit et la formation. De 2001 à 2004, une ligne de crédit de 3,1 milliards CFA a financé des petits prêts aux femmes entrepreneurs à un taux d'intérêt de 5% par le canal de la CNCAS, fonds de garantie pour les prêts plus importants à un taux de 8%. En 2003, 567 projets ont été financés à hauteur de 1,6 milliards CFA, dont 40% à Dakar. L'impératif de garantie tend à exclure les plus pauvres.
- 190.** L'appui aux groupements féminins, sous la tutelle du MFDS supervise les interventions des ONG en faveur des associations de femmes. En 2004, la Direction du développement communautaire a approuvé 24 projets (d'un coût moyen de 25 000 dollars) présentés par des groupements féminins en matière de santé, d'éducation, d'approvisionnement en eau, en génération de revenus et en micro crédit.
- 191.** La plupart des investissements du MFFSD est réalisé à travers trois projets de développement communautaire à financement extérieur oeuvrant essentiellement dans les zones rurales et combinant formation, crédit et infrastructures :

- Le Projet de Lutte Contre la Pauvreté (PLCP) : projet de 21,5 millions de dollars financé par la BAD et le FND pour soutenir des groupes communautaires à Tambacounda, Thiès, Kolda, Diourbel et Dakar en alphabétisation, formation, activités génératrices de revenus, à travers une ligne de crédit de 1,4 milliard CFA, canalisés par les SFD, et des infrastructures à petite échelle (exécutées par l'AGETIP). Différents guichets de crédit existent pour les individus, les associations et les entreprises selon les différentes tailles de prêts et différents taux d'intérêts (12 à 14%). De mars 2003 à février 2004, 18 500 prêts ont été accordés à 36 900 bénéficiaires pour un montant de 1,6 milliards CFA, avec un taux de récupération de 48%.
- L'Agence du Fonds de Développement Social (AFDS) : programme de 30 millions de dollars financé par l'AID dans les communautés défavorisées de Louga, Fatick, Kolda, Kaolack, Dakar (et Ziguinchor depuis 2005) appuyant les infrastructures à petite échelle, exécutées directement par les communautés, les activités génératrices de revenus à travers les organisations communautaires et le renforcement institutionnel des SFD pour améliorer leur extension dans les zones rurales. En 2004, l'AFDS a financé 226 projets d'infrastructures (3,29 milliards CFA), essentiellement dans les domaines de la santé, de l'éducation et de l'approvisionnement en eau et 332 projets d'activités génératrices de revenus (1,4 milliards Fcfa) dans l'élevage, l'agriculture, la transformation et le commerce.
- Le Programme d'Appui à la Réduction de Pauvreté (PAREP) : projet de 4,5 millions de dollars financé par le PNUD, initié au milieu de l'année 2004, sur la base du Programme Elargi de Lutte contre la Pauvreté ayant précédemment ciblé Dakar, Diourbel, Saint Louis et Tambacounda, à l'appui de la planification locale, offrant une formation et des crédits aux femmes (par le canal des SFD) et construisant des infrastructures à petite échelle.

4.1.4 Assistance alimentaire en général

192. Le Commissariat à la Sécurité alimentaire (CSA) assure la sécurité alimentaire par la distribution de vivres et la surveillance sur les conditions de sécurité alimentaire à travers le pays. Autrefois, le CSA stabilisait les prix en achetant des céréales durant les périodes de production de pointe pour prévenir les chutes de prix au niveau des producteurs et en vendant des céréales durant les périodes de déficit alimentaire, en particulier durant la période de soudure pour prévenir les flambées de prix en période de disette. Ce programme a pris fin avec la libéralisation des marchés de céréales au début des années quatre-vingt-dix. Le CSA produit à l'heure actuelle un bulletin mensuel de sécurité alimentaire sur les prix régionaux des céréales, les pluies, la production agricole, les pâturages, les migrations de population, les montants des transferts postaux (pour superviser les problèmes de liquidités liés aux envois) et sur la santé, y compris les cas de paludisme, et l'état nutritionnel. Les informations sont recueillies par les Comités locaux de la sécurité alimentaire dirigés par les sous-préfets.⁴¹

193. Le CSA gère l'essentiel de la distribution alimentaire du gouvernement. Quatre programmes d'assistance alimentaire existent à l'heure actuelle : (a) l'assistance ad-hoc aux populations affectées par des catastrophes naturelles ou soutenues à travers des requêtes au DAS (b) la distribution régulière de riz par le canal du CSA, (c) des

⁴¹En 2003, le Sénégal a adhéré au Système international d'alerte rapide de famines (FEWS), financé par l'USAID, qui recueille des données du CSA, du Ministère de l'Agriculture, du Service météorologique national, du Centre de suivi écologique (CSE), du PAM et de la FAO. Ces informations servent essentiellement à soutenir le programme de l'USAID et du PAM.

quantités limitées d'aide alimentaire dans le cadre de programmes ciblés en termes de santé et de développement communautaire (par le canal de « Nourriture pour la paix » et du PAM) et (d) un programme d'alimentation scolaire soutenu par le PAM, l'Italie et le Gouvernement du Sénégal (voir dans la section sur les risques en matière d'éducation). L'essentiel de la distribution alimentaire directe du CSA est destiné à l'AVCER (Assistance en vivres aux cérémonies religieuses). En 2004, le CSA a distribué plus de 5 000 tonnes de riz, essentiellement lors de manifestations religieuses. Les affectations sont fondées sur des requêtes introduites par le canal des Gouvernances régionales ou directement au niveau central. Une petite proportion est utilisée à des fins de secours d'urgence.

Encadré 4 : *Qui reçoit l'assistance ?*

Il apparaît des enquêtes des ménages que l'assistance aux populations rurales est étendue. Toutefois, les chiffres sont compliqués de par l'émergence de situations d'urgence en 2002-03 qui ont représenté l'un des plus grandes interpellations de ces dix dernières années en réponse aux problèmes des pluies dans certaines régions. Le Gouvernement a autorisé l'achat de riz de 10, 8 milliards CFA en 2001-02 et 11 milliards en 2002-2003 à distribuer par le MFDSSN dans le cadre du Programme d'Assistance au Monde Rural, portant sur la distribution de 60 000 tonnes de riz en 2002 et 50 000 en 2003 pour aider les familles rurales à survivre durant la saison de soudure. En 2003, le programme a estimé que 3 millions de personnes (la moitié de la population rurale) avaient besoin d'assistance par une ration quotidienne de 250 grammes de riz pendant 3 mois. Les enquêtes du PASEC et du PSIA sur les ménages illustrent bien la nature étendue de ce soutien alors que la majeure partie des ménages ruraux interrogés ont répondu avoir reçu une assistance de l'Etat, bien que, dans le cas de l'enquête du PASEC, il apparaisse que les plus pauvres ont eu moins de chances de bénéficier de cette aide. Il n'existe aucune information sur la quantité reçue et sur la nature du programme. Les témoignages semblent suggérer que cette forme d'aide soit distribuée de manière habituelle par les politiciens locaux pour s'acquérir des soutiens. Les interventions des ONG ont été négligeables.

	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Pauvres	Non Pauvre
<i>'Aide' reçue du Gouvernement (PASEC-monde rural)</i>	76%	82%	91%	84%	94%		
<i>Assistance alimentaire reçue – sources confondues (PSIA - Bassin arachidier)</i>	90%	92%	90%	92%	86%	91%	90%
<i>Assistance reçue du gouvernement – tous types (PSIA)</i>	85%	88%	87%	87%	85%	86%	87%

194. Il existe un important réseau d'organisations gouvernementales et non-gouvernementales répondant aux situations d'urgence mais avec un chevauchement de leurs responsabilités. L'intervention des secours du FNS en cas de catastrophes a amélioré la disponibilité des fonds par rapport aux appels au recours à la communauté internationale. Mais, sur le terrain, les approches parallèles des comités communautaires et la distribution du haut vers le bas des responsables locaux en réduit l'efficacité. Les stratégies d'adaptation dans les zones sujettes aux inondations ne devraient pas éclipser le besoin d'investissements préventifs et l'élaboration de mécanismes d'atténuation et de prévoyance comme **l'assurance**.

195. L'assistance sociale et les opérations de type filets de sécurité souffrent de la dispersion des initiatives et de la multiplicité des acteurs et des approches. Il existe plusieurs guichets d'assistance aux individus et groupes, dotés de mandats qui se chevauchent, de critères, mécanismes et règles de programmes différents et souvent

divergents sans aucune coordination. Les programmes financés par des bailleurs de fonds n'échappent pas à la règle, sans coordination les uns avec les autres ou avec les programmes de transferts du MFFSD, suscitant des opportunités manquées de synergies /complémentarité et de renforcement institutionnel.

196. Les critères de ciblage sont vaguement définis et les activités de suivi et d'évaluation manquent gravement de ressources, en particulier pour les programmes financés sur ressources internes. Le fait de considérer toutes les femmes, tous les handicapés, toutes les personnes âgées et de tous les enfants comme vulnérables dilue le focus des programmes. La distribution alimentaire n'est pas considérée comme un mécanisme de gestion des risques (programmée selon les cycles de production agricole ou distribuée selon des critères générés à travers le bulletin de sécurité alimentaire et de zones à risques alimentaire). En outre, il n'y a pas assez d'évaluations sur le rapport coût-efficacité ou de l'impact de l'assistance fournie.

4.2 Gestion des risques majeurs et catastrophes

4.2.1 Action d'urgence face aux catastrophes naturelles

197. **Les secours d'urgence face aux inondations ont constitué la principale action d'urgence en 2003-2004.** Le soutien global du Gouvernement s'est élevé à au moins 2 millions de dollars, accompagné d'un appui supplémentaire de la Croix Rouge. Bien que les informations soient limitées et dépendent de la spécificité de l'urgence, le coût moyen par personne s'est élevé de 30 à 120 dollars. Les réponses des agences ont porté sur :

- **La protection civile :** Le budget d'investissement réserve 300 000 000 de F CFA (600 000 dollars) par an aux dépenses face aux catastrophes et a accordé 3 millions de dollars supplémentaires par an à la protection contre les incendies en 2003-2004 portant sur les constructions et les équipements.
- **Le Fonds de Solidarité nationale** a été créé en 2002 en tant qu'agence autonome sous l'égide du MFDSSN pour offrir un soutien aux pauvres grâce à un budget initial d'1 milliard de CFA (2 millions de dollars) et également un mandat autorisant à collecter des fonds privés.⁴² Les premières actions ont été en réponse aux inondations de 2003 dans la région de Matam et de Tambacounda consistant en offre de tentes, de couvertures, de matelas, de lampes, de riz et d'autres besoins de base ainsi qu'en compensations financières⁴³. Les gouverneurs communiquent les besoins globaux et les sous-préfets identifient les bénéficiaires à titre individuel et distribuent les secours au niveau local. Les commissions des administrations locales et le personnel décentralisé sont chargés de la reconstruction des maisons détruites, le Fonds de Solidarité nationale fournissant les équipements de reconstruction. Le FSN a dispensé environ 1,3 millions de dollars à ce jour.
- **Le Département de l'Action sociale (DAS) du MFFSD et le Commissariat à l'Action sociale (CSA).** En cas de besoin, le DAS et le CSA peuvent intervenir sur la base de leurs stocks alimentaire et céréalier. A titre d'exemple, en réponse aux pluies tardives de 2003, le CSA a envoyé une partie de son stock de céréales restant de 2002 à Matam, à Saint-Louis et à Louga pour nourrir le bétail.

⁴² La collecte de fonds locaux le premier jour de la Marche de solidarité nationale, le 4 mars 2005, a permis de recueillir 431 000 000 millions CFA des responsables du gouvernement, des ambassades et des autres initiatives généreuses, devant être utilisés dans les futurs programmes du Fonds national de solidarité.

⁴³ 100 000 CFA par décès et 5 000 CFA par blessé.

- **La Croix Rouge sénégalaise** : La Croix Rouge a une approche communautaire répondant aux catastrophes, basée sur une structure de comités régionaux, départementaux et locaux. La Croix Rouge est intervenue en décembre 2003 lors des inondations à Saint Louis (500 familles assistées), au début de l'année 2004 à Matam (1 341 familles) et au milieu de cette même année 2004 à Kanel (1 126 familles) en fournissant du riz, des tentes et des litières, des moustiquaires, des médicaments d'urgence et des matériaux de reconstruction. Le Gouvernement fournit du personnel détaché et des fonds de fonctionnement tandis que la Croix Rouge organise la collecte au plan international.

Tableau 23 : Estimation des dépenses annuelles affectées aux catastrophes et aux risques agricoles

Ministère/Domaine de dépenses/programme	2003	2004
Budget récurrent – secteur rural (agr./élevage/pêche/ forêts)	13,135,000,000	16,320,000,000
Investissement (BCI)		
Total Ministère de l'Agriculture	24,686,000,000	45,281,000,000
Projets d'irrigation projets	9,802,000,000	25,374,000,000
Soutien aux organisations de producteurs	748,000,000	1,300,000,000
Intensification et modernisation de l'agriculture	8,999,000,000	11,228,000,000
<i>Dont le Fonds de Bonification</i>		900,000,000
Promotion de la Commercialisation et de la Distribution	945,000,000	579,000,000
Promotion des industries agricoles	3,287,000,000	6,756,000,000
<i>Dont le Fonds de Garantie</i>	500,000,000	3,100,000,000
<i>Le Fonds de Calamité (1)</i>	1,556,000,000	4,500,000,000
Programme de lutte contre la Mouche blanche	41,000,000	0
Programme de lutte contre les termites	50,000,000	44,000,000
Programme de lutte contre les plantes aquatiques	814,000,000	0
Total Ministère de l'Elevage	2,329,000,000	3,706,000,000
<i>Dont services vétérinaires/lutte contre les maladies animales</i>	480,000,000	434,000,000
Total Min. des Ressources naturelles et de l'Environnement	2,675,000,000	10,708,000,000
<i>Dont lutte contre les feux de brousse</i>	95,000,000	164,000,000
Total (dollars)	\$86,650,000	\$152,030,000
(US\$)	\$7,072,000	\$18,284,000

Dont 3 milliards CFA LFR (supplément budgétaire en milieu d'année) contre l'invasion des criquets. N'inclut pas les soutiens au prix de l'arachide.

198. Les dépenses globalement consacrées à l'agriculture, l'élevage et à la production rurale se sont élevées à 152 millions de dollars en 2004. En 2004, le secteur rural, comprenant l'agriculture, l'élevage, la pêche, la sylviculture et l'hydraulique, a représenté 15% du budget d'investissement financé sur ressources internes et 24% des ressources internes et extérieures combinées. Les programmes spécifiques d'atténuation et pour faire face aux chocs représentent environ 10% du total des dépenses.

4.2.2 Prévention des Chocs sur l'Agriculture

199. De nombreux projets dans le budget de l'investissement appuient le développement général de l'agriculture, contribuant de diverses manières à la prévention des chocs. L'essentiel des investissements dans l'agriculture et l'élevage sont l'augmentation des rendements par l'irrigation, l'amélioration des technologies et le soutien au développement d'organisations de producteurs. Les projets d'investissement liés à l'irrigation représentent 40 à 60% du budget annuel d'investissement du Ministère de l'Agriculture (entre 20 et 50 millions de dollars par an). De plus petits programmes de prévention de certaines maladies et infestations,

comme les services vétérinaires et la lutte contre la mouche blanche (bemisia) représentent moins de 1 million de dollars par an.

200. En outre, le ministre de l'Elevage a récemment annoncé le lancement d'un programme de lutte contre les vols de bétail. D'un coût estimé à 1,7 milliards de francs CFA, ce programme mettrait en place un système d'identification du bétail. Les pouvoirs publics ont procédé à un test dans deux régions du pays, en 2001 et en 2002, en tirant parti des expériences vécues dans d'autres pays comme la Guinée. Le système consiste à enregistrer le bétail en fixant un élément d'identification sur une oreille, où figureront des informations sur le village, la communauté rurale, la région, et sur le propriétaire, le tout lié à une carte de propriété.

4.2.3 Mécanismes d'atténuation et d'adaptation aux risques agricoles

201. Depuis la fin des années quatre-vingt-dix, une série de mécanismes financiers ont été mis en place pour atténuer et faire face aux risques menaçant l'agriculture et pour chercher à assurer un flux de crédit adéquat au secteur. Ces instruments ont été créés en 1997 à la suite de larges consultations menées à l'échelle du pays sur le crédit agricole. Ils sont collectivement désignés sous l'appellation de Fonds de Sécurisation du Crédit Agricole (FSCA).

- Le Fonds de Bonification (FB) a été créé pour améliorer l'accès des producteurs ruraux au crédit, réduire leurs charges financières et, partant, accroître les rendements de l'agriculture. Le FB finance la différence entre les intérêts appliqués par les banques commerciales (13% pour la CNCAS) et le taux d'intérêt que le gouvernement a limité aux paysans à 7,5%. Le Gouvernement paye la différence à la CNCAS.
- Le Fonds de Garantie (FG) couvre partiellement le risque de crédit des prêts à l'agriculture et à l'élevage sous la justification que les institutions financières ne prêteraient pas aux producteurs ruraux en raison du coût trop élevé de la prime de risque. Les prêts en souffrance de la CNCAS sont remboursés à hauteur de 75% pour l'agriculture et de 50% pour l'élevage. Seule la CNCAS a bénéficié à ce jour du FB et du FG même si le Gouvernement s'efforce de couvrir les SFD également à travers la récente élimination des dettes des paysans.
- Le Fonds de Calamité (FC) sert à aider les producteurs ruraux à faire face aux calamités naturelles en leur permettant de rembourser leurs emprunts et de poursuivre leurs activités agricoles. Le FC est géré directement par le Ministère des Finances et sert soit à restaurer la solvabilité des producteurs vis à vis de la CNCAS, soit à financer les approvisionnements nécessaires pour répondre aux chocs affectant la production agricole comme l'achat de pesticides lors de la récente invasion de criquets. Les mécanismes de recours à ce fonds ne sont pas clairs et la gestion centralisée réduit l'efficacité, la bonne gouvernance et l'appropriation du fonds par les acteurs qui serait renforcé à travers une participation financière et une participation à la gestion. C'est pour cela qu'il était retenu dans le DSRP, de mettre en place des fonds de calamités «décentralisés». Cette mesure tarde à se mettre en place. Par ailleurs, la complexité des procédures administratives retarde les paiements (par exemple, l'indemnisation aux producteurs de bananes pour les inondations de 2002 n'a pas encore été versée). Au cours des 4 dernières années, des versements ont été effectués, en 2000/2001, aux producteurs de coton affectés par la mouche blanche, pour les producteurs de bananes à Tambacounda, victimes d'inondations en 2003/2004, pour apurer les dettes impayées des producteurs pour la saison agricole 2001/2002 et 2002/2003 en raison de l'insuffisance générale de pluies et pour

atténuer les coûts de l'infestation en 2004/2005 (voir Encadré sur les essais de criquets en 2004).

Tableau 24 : *Financement des Fonds de Sécurisation du Crédit Agricole 1998-2004, en F CFA*

	Fond de Garantie (FG)	Fond de Bonification (FB)	Fond de Calamité (FC)	Financement Total
1998	400,000,000	300,000,000	300,000,000	1,000,000,000
1999	1,925,000,000	700,000,000	225,000,000	2,850,000,000
2000	2,100,000,000	700,000,000	300,000,000	3,100,000,000
2001	3,100,000,000	900,000,000	3,500,000,000	7,500,000,000
2002	3,000,000,000	202,500,000	-	3,202,500,000
2003	500,000,000	-	1,556,000,000	2,056,000,000
2004 (prelim.)	3,100,000,000	900,000,000	4,500,000,000	8,500,000,000
TOTAL	14,125,000,000	3,702,500,000	10 381,000,000	28,208,500,000

Source: Ministère des Finances

202. Entre 1998 et 2004, 28 milliards CFA (56 millions de dollars) ont été affectés à ces fonds d'atténuation et d'adaptation aux chocs subis par les producteurs ruraux.⁴⁴ Ce montant correspond au 64% du financement programmé de 43.5 milliards de F CFA qui était estimé dans le plan triennal des investissements publics. Il ressort du Tableau 25, que plus de la moitié a servi à financer les prêts en souffrance, un-tiers aux calamités et le reste à subventionner les taux d'intérêts.

203. L'année 2004 a été l'une des plus actives à ce jour, avec 10,2 milliards CFA (20,4 millions de dollars). Il ressort du tableau suivant que 41% ont été utilisé à répondre à l'infestation de criquets à travers le FC, 34% pour les dettes des producteurs ruraux affectés par les pluies hors-saison, et aider les producteurs de bananes à faire face aux pertes causées par les inondations et aux paiements à la CNCAS pour financer le taux d'intérêts accordé. A l'heure actuelle, le FG et le FB enregistrent des 'déficits' de paiement accumulé pour couvrir les garanties appliquées aux prêts en souffrance et le taux d'intérêt a été inférieur à ce qui aurait dû être transféré : un manque à gagner de 32% pour le FG et de 12% pour le FB

Tableau 25 : *Dépense des Fonds de calamités, de bonification et de garantie 2004*

Destination	Montant	%	Source
Réponse aux criquets	4 200 000 000	41%	FC
Pluies hors-saison	1 100 000 000	11%	FG
Producteurs de banane	530 200 000	5%	FC
Dettes des producteurs	3 443 500 000	34%	FC et FG
CNCAS	900 000 000	9%	FB
Total	10 173 700 000	100%	

204. Il est difficile dévaluer l'impact global des mécanismes du FSCR. Compte tenu des chocs naturels et des changements des systèmes de commercialisation, l'agriculture a subi des tensions extrêmes et les divers fonds ont, dans une certaine mesure, permis l'accessibilité aux crédits agricoles. Mais ils ne répondent pas de manière appropriée à la solvabilité du secteur à long terme. Ils permettent au

⁴⁴ Ce montant représente environ 64% du montant total programmé de 43,5 milliards CFA dans le cadre du programme d'investissement public de trois ans (PTIP) pour les 3 fonds.

gouvernement de répondre aux catastrophes naturelles mais sont moins performants lorsqu'il s'agit d'aider les populations à recouvrer leurs activités et les avoirs (biens) perdus. Le FB semble avoir augmenté les profits des paysans bénéficiant des taux d'intérêts réduits. Selon une évaluation de l'impact sur un sous-ensemble de producteurs de riz, les marges de profits avaient augmenté de 1 à 5 points de pourcentage.

Encadré 5 : Gestion des risques associés aux invasions des criquets du désert

L'arrivée des criquets du désert en 2004 a provoqué une réponse régionale pour faire face à cette infestation et a permis l'instauration de systèmes d'alerte rapide et de prévention pour réduire l'impact de futures infestations. En 2004, l'AID a approuvé un projet d'urgence contre les criquets à l'échelle de la région (60 millions de dollars) couvrant sept pays d'Afrique de l'Ouest, la partie sénégalaise devant financer l'aide d'urgence et le renforcement des capacités à long terme dans le cadre d'un programme s'élevant à 12,4 millions de dollars. Ses objectifs sont de réduire les souffrances imposées aux populations et à l'environnement par les invasions présentes et futures de criquets. En 2004, les contributions au programme sénégalais de lutte contre les criquets du désert sont estimées à 39 millions de dollars : GOS (9 millions), autres donateurs (12,5 millions) et le Trust Fund de la FAO (25 millions).

En réalité, l'échec des pays affectés et de leurs partenaires à maintenir une capacité minimum durant les longues phases de rémission a abouti à l'affaiblissement d'un système incapable de répondre à temps pour prévenir l'assaut actuel. A cette fin, une structure permanente devrait être mise en place pour offrir des actions d'alerte rapide et de prévention à l'avenir et pour assurer que les opérations soient ciblées sur la base d'évaluations réalistes des risques. En ce qui concerne les activités de contrôle, les faits semblent suggérer que des programmes de lutte mieux ciblés sur les zones plantées de cultures de valeur et pulvérisées avec précision puissent enregistrer un ratio coût-efficacité plus élevé que les campagnes à grande échelle.

Source : Annexe technique, Africa Emergency Locust Project (T7645-AFR) Banque Mondiale 2004

5. OBJECTIFS DE LA SNPS/GR

VISION :

205. La protection sociale et la gestion des risques constituent les instruments privilégiés pour une croissance accélérée et une réduction durable de la pauvreté.

La stratégie nationale de protection sociale est basée sur une philosophie qui considère que le développement n'est pas seulement un processus d'accumulation de richesses et de capital humain (éducation, santé), mais aussi une intervention sur les risques clés qui font basculer certaines populations, dans la pauvreté, et empêchent les plus démunies de sortir du cycle de l'indigence. Sans dispositif efficace de protection sociale et de gestion des risques, les résultats de la croissance et de la réduction de la pauvreté sont fragiles, les acquis réversibles. Si les stratégies de prévention réduisent la probabilité des risques, les stratégies d'atténuation réduisent l'impact potentiel de risques futurs. A cet effet, les instruments de gestion des risques peuvent être informels (fondés sur la famille, sur les réseaux sociaux ou sur le groupe social), axés sur le marché (comme l'assurance privée) ou des dispositions publiques.

206. Les enjeux liés aux objectifs de réduction de la pauvreté, de croissance redistributive et de renforcement d'une économie basée sur la solidarité et le développement humain place la stratégie de protection sociale et de gestion des risques au cœur des politiques publiques du Sénégal. C'est pourquoi, les mécanismes de protection sociale doivent relever des interventions publiques destinées à aider les individus, les ménages et les communautés à mieux aplanir les irrégularités de revenus et de consommation, à réduire la probabilité de pertes dévastatrices de bien-être et à appuyer les ménages et individus qui se trouvent dans la pauvreté extrême. Cette définition large inclut des programmes comme la lutte contre les inondations et la prévention du paludisme qui ne sont pas habituellement envisagées dans l'approche plus étroite des programmes de sécurité sociale comme les pensions, l'assurance et la mise en commun des risques, les interventions sur le marché du travail, l'assistance sociale et les filets de sécurité. Dans la mesure où elle s'adresse aux risques critiques pour réduire la pauvreté, la stratégie nationale de protection sociale et de gestion des risques adopte la définition la plus large qui traite dans une approche intégrée les risques sociaux, les risques majeurs et les catastrophes.

OBJECTIFS

207. Dans un contexte où seule une faible partie de la population bénéficie d'un système de couverture sociale et où les salaires et autres catégories de revenus sont très faibles les principaux défis consistent à :

- à ne pas remettre en cause la légitimité des dispositifs du système formel qui sont en place auxquels les travailleurs tiennent même s'ils ne couvrent, en droits propres et en droit dérivés, qu'une très faible partie de la population
- à éviter de « fabriquer de nouveaux pauvres » c'est-à-dire accorder un revenu de remplacement qui ne soit pas seulement théorique mais qui évite réellement aux bénéficiaires des régimes de basculer dans la pauvreté
- à étendre le champ de couverture par phases successives :
- à assurer des conditions de vie décentes ou tout au moins à préserver une certaine pérennité du revenu lorsque survient un risque social

- à mettre en œuvre une stratégie d’extension rapide et adapté au contexte culturel et économique qui s’appui sur les dynamiques en cours.

208. Dans cette optique la stratégie à mettre en œuvre consistera :

- d’une part de rattraper le retard en assurant la couverture des travailleurs salariés qui ont droit aux prestations en vertu des engagements internationaux contractés par le Sénégal et en application des dispositions réglementaires en vigueur et d’étendre le champ des prestations offertes par le système formel à d’autres catégories de prestations pour répondre à l’impératif d’accroissement de la productivité du facteur travail ;
- d’autre part d’étendre la protection sociale à d’autres catégories de travailleurs non salariés et à d’autres domaines non pris en compte par le système actuel.

La SNPS/GR vise spécifiquement les objectifs suivants:

A long terme

- A l’horizon 2015, étendre les instruments de protection sociale en faisant passer, le taux de couverture en assurance maladies de 20% à 50 % de la population et en mettant en place un régime de protection sociale qui couvre les risques liés aux calamités pour les ruraux et des régimes qui couvrent les risques pour le secteur informel et artisanal ;
- atteindre à l’horizon 2015 un taux de vulnérabilité suffisamment faible pour être compatible avec une croissance maîtrisée, symptomatique d’un développement durable ;
- intégrer la culture de la prévention et de la gestion des risques et catastrophes à tous les niveau et en particulier dans les politiques nationales, les plans locaux, les projets et programmes de développement et dans les entreprises ;
- Améliorer la capacité de réponse aux chocs et risques pour les groupes vulnérables ;
- Assurer l’équité dans la prise en charge des besoins de protection des groupes vulnérables ;

A court et moyen terme

- mettre en œuvre une stratégie de réduction des risques et catastrophes qui contribue à réduire de manière sensible la pauvreté et à sécuriser les investissements;
- Améliorer la capacité de réponse aux chocs et risques pour les groupes vulnérables ;
- Garantir l’accès aux services sociaux de base des groupes vulnérables;
- Augmenter l’accès aux instruments de gestion des risques et aux systèmes de protection sociale notamment les mutuelles;
- Améliorer le ciblage, le suivi et l’évaluation des actions dirigées vers les groupes vulnérables;
- mettre en place des systèmes de prévoyance pour les risques agricoles et autres
- garantir des revenus aux personnes en difficulté et groupes vulnérables, tout en leur permettant de s’insérer dans les systèmes formels de protection sociale ;
- Renforcer les mécanismes de transfert direct des ressources en faveur des groupes vulnérables.

6. LES PILIERS DE LA SNPS/GR

209. Pour réaliser la mise en œuvre et le développement de la politique nationale de protection sociale, le Gouvernement a adopté le cadre stratégique suivant, basé sur quatre axes fortement corrélés entre eux :

Axe 1 : REFORME ET RENFORCEMENT DES SYSTEMES FORMELS DE SECURITE SOCIALE

Axe 2 : EXTENSION DE LA PROTECTION SOCIALE

Axe 3 : AMELIORATION DE LA CAPACITE DE REPONSE AUX CHOCS ET RISQUES POUR LES GROUPES VULNABLES

Axe 4 : GESTION DES RISQUES MAJEURS ET CATASTROPHES

6.1 Réforme des systèmes formels de sécurité sociale

210. Au Sénégal, comme dans la plupart des pays en développement, les besoins en matière de protection sociale sont très étendus et peuvent généralement être groupés en trois catégories. La première comprend les besoins essentiels comme l'accès à une alimentation suffisante, les soins de santé primaires, l'enseignement primaire, l'eau potable, l'assainissement et le logement. La seconde regroupe des risques tels que maladies, accidents, décès du principal soutien de famille, les handicaps, la vieillesse, de même que les besoins de groupes vulnérables comme les enfants abandonnés et les veuves. Enfin la troisième englobe les catastrophes naturelles (inondations, sécheresses, tremblements de terre) pouvant entraîner des pertes importantes de biens, de moyens de subsistance et de sources d'aide.

211. Dans le cadre du dispositif de protection sociale offert par les organismes de Sécurité sociale au Sénégal, c'est essentiellement la seconde catégorie de risques qui est concernée, même si à l'analyse, l'évaluation des besoins pourra faire apparaître de nouvelles priorités au niveau de la catégorie couverte par le secteur formel en fonction de l'évolution du contexte socioéconomique dans lequel vivent les bénéficiaires réels et potentiels.

Contexte de la sécurité sociale et fondement international de la démarche d'extension

212. Le dispositif existant de système de sécurité sociale qui assure la protection des travailleurs du secteur formel s'inscrit dans le contexte historique et juridique qui tire sa source du corpus juridique international constitué des normes internationales de l'Organisation Internationale du Travail. En effet, la protection des travailleurs contre les risques d'altération de leur capacité de gain a fait partie du mandat de l'OIT dès sa création en 1919, et une première série de conventions et de recommandations avaient été adoptées à cet effet avant la seconde guerre mondiale. Cette *première génération de normes* se situait dans la perspective d'assurances sociales, qui était dominante à l'époque, protégeant des catégories déterminées de travailleurs contre une première liste de risques (soins médicaux, maladie, chômage, vieillesse, accidents du travail et maladies professionnelles, familles, maternité, invalidité, décès).

213. Cette perspective a changé à l'issue de la seconde guerre mondiale, avec l'adoption par l'OIT en 1944 de la *Déclaration de Philadelphie* qui consacrait au niveau international l'objectif d'instituer partout dans le monde des systèmes de sécurité sociale à visée universaliste et non plus seulement catégorielle. Cet objectif se trouve lié dans la Déclaration à une perspective plus large de protection sociale, incluant la protection de la vie et de la santé des travailleurs dans toutes les occupations, à la protection de l'enfance et de la maternité, à l'accès à un niveau adéquat

d'alimentation et de logement et à la garantie de chances égales dans les domaines éducatif et professionnel.

214. Plus récemment, fidèles à la Déclaration de Philadelphie, dont elles réaffirment la pleine actualité, les conclusions de la Conférence internationale du Travail de 2001 adoptent une *conception large de la protection sociale* qui (i) intègre les nouveaux risques de disqualification des compétences, (notamment l'éducation initiale et la formation tout au long de la vie) et envisage les prestations sociales sous l'angle du maintien sur la longue durée de la capacité des personnes. Cette conception est plus large également du point de vue du champ d'application de la sécurité sociale, qui se trouve enrichi par la référence au travail décent. Lier l'impératif de sécurité à l'accomplissement d'un travail et pas seulement d'un travail salarié conduit à prendre positivement en considération, au-delà de l'emploi, le travail indépendant, le travail dans l'économie informelle ainsi que le travail non rémunéré qui consiste à donner des soins à d'autres personnes dans le cadre des solidarités familiales et communautaires.
215. Le dispositif juridique qui régit la sécurité sociale de par la diversité et la dispersion des textes ne favorise guère une bonne connaissance des règles tant pour les spécialistes que pour les praticiens. Le Code de la Sécurité sociale en vigueur ne régit que les trois branches couvertes par la Caisse de Sécurité Sociale alors que la loi n°75-50 du 03 avril 1975 relative aux Institutions de prévoyance sociale constitue la loi cadre qui régit toutes les institutions du secteur formel. A cela s'ajoute une multitude de textes législatifs, réglementaires, conventionnels et statutaires qui régissent les agents de l'Etat, dont le système de couverture est différent selon qu'ils sont ou non fonctionnaires, les travailleurs du secteur privé et les autres formes d'organisations communautaires telles que les mutuelles complémentaires.
216. Les Institutions de prévoyance sociale régies par la loi 75-50, regroupent l'ensemble des institutions créées en vue de couvrir certains risques sociaux. Au Sénégal, les Institutions de prévoyance sociales sont constituées par la CSS, l'IPRES et les Institutions de Prévoyance Maladie. Quant à la loi n°73-37 portant Code de sécurité sociale, elle reprend les trois parties de la convention n°102 qui ont fait l'objet d'option de ratification par le Sénégal. Les branches couvertes par cette loi sont: les prestations familiales, les prestations de maternité, les prestations en cas d'accidents de travail et de maladies professionnelles. En dépit de l'existence d'un système obligatoire, force est de constater que l'ensemble des mécanismes actuellement en vigueur n'a pas permis d'assurer une réelle efficacité. Alors que l'objectif premier dévolu par ces textes était la couverture de l'ensemble des travailleurs salariés, les institutions du secteur formel ne couvrent pas tous les bénéficiaires potentiels et sur un plan plus large, couvrent, en droits directs et en droits dérivés, moins de 20% de la population. Avant de mener les stratégies préconisées et au vu de ces insuffisances, il s'avère nécessaire de procéder d'abord à des réformes approfondies du cadre juridique régissant le système formel de sécurité sociale.
217. L'efficacité et la viabilité des institutions sont aussi affectées par *l'évasion sociale*. Le risque d'évasion sociale est une des raisons pour lesquelles les régimes de sécurité sociale ont été rendus obligatoires puisque certains travailleurs, laissés à eux-mêmes, n'épargneraient pas assez pour financer leur retraite. Les causes du non-paiement des cotisations sont toutefois plus complexes et liés à la conjugaison des conditions suivantes : (i) Certains employeurs ont tendance à frauder et/ou considèrent le versement des cotisations sociales comme non prioritaire par rapport à d'autres dépenses ; (ii) Les travailleurs hésitent à signaler le non-versement des cotisations aux organismes ou ne sont pas au courant de cette irrégularité; (iii) les organismes, dans l'application du système, sont incapables de l'empêcher en raison de plusieurs facteurs. Cette évasion a gravement porté atteinte au régime de sécurité sociale: les recettes n'y atteignent pas le niveau suffisant pour le paiement des prestations. Cette insuffisance a

eu pour effet d'affecter le niveau et la qualité des prestations servies aux bénéficiaires.

218. Les nombreuses mutations qui ont jalonné les contextes socio-économiques du Sénégal rendent nécessaire une réadaptation des systèmes de protection sociale en vigueur depuis plus d'une quarantaine d'années. La mise en place de politiques ou stratégies de réduction de la pauvreté rend cette action plus urgente. En effet, les systèmes de protection sociale constituent un premier filet de sécurité susceptible d'empêcher des travailleurs aux moyens modestes de sombrer dans l'insécurité du revenu, voire la pauvreté absolue. La faiblesse du niveau des prestations et l'absence d'une couverture intégrale posent le problème de la légitimité des régimes. En outre, l'exclusion du chômage dans le paquet de risques sociaux couverts par les systèmes en place constitue une source supplémentaire d'insécurité.

219. Les résultats d'enquêtes qualitatives menées au Sénégal révèlent que seuls 10 % des bénéficiaires auraient eu la possibilité de se prendre en charge face à la survenance de risques sociaux en l'absence de toute protection.

220. Se situant dans ce cadre la stratégie à mettre en œuvre et qui vise à renforcer le dispositif de sécurité sociale qui couvre le secteur formel devra relever deux défis majeurs : (i) d'une part, donner au système les moyens de **rattraper le retard actuel** pour atteindre pleinement les objectifs qui lui étaient assignés au départ (ii) d'autre part, de lui permettre de **réaliser les nouveaux objectifs** pour répondre aux attentes de l'heure en élargissant le champ de couverture aux besoins exprimés et à d'autres catégories de populations actives..

221. Pour atteindre ces objectifs, le gouvernement mettra en œuvre une «**stratégie d'élargissement à double flux, avec une partie inflexible et une partie négociée** » L'approche retenue consiste à concevoir un **dispositif contractuel** qui donnerait une base juridique à la définition des nouveaux objectifs d'extension de la sécurité sociale. Ce contrat comporterait d'une part une **partie inflexible relative à la réalisation des droits**. Il s'agit de l'affiliation totale des travailleurs salariés pour toutes les branches auxquelles ils ont droit emportant ainsi l'adhésion aux principes directeurs de la sécurité sociale tels qu'ils se dégagent des normes internationales existantes et ;

222. d'autre part une partie progressive d'élargissement où seraient déterminées d'autres prestations de protection sociale et d'autres catégories de bénéficiaires en accord avec les priorités. Une démarche concertée d'élaboration d'un plan progressif sera mise en place et les organismes de sécurité sociale renforcés en vue de les aider à mettre en œuvre un plan d'action en vue à satisfaire de nouvelles attentes pour éviter de créer de nouveaux pauvres. Dans la perspective d'extension de la protection sociale, il convient de prendre en compte le phénomène de basculement dans la pauvreté d'une frange de la population active qui est soit exclue de certaines catégories de prestations, soit totalement exclue du dispositif actuel de sécurité sociale. Il s'agit en l'occurrence :

- des travailleurs émigrés et leurs familles qui, de par l'application de la clause de résidence ne peuvent, en l'absence de convention de sécurité sociale, bénéficier ni de prestations de retraite ou d'invalidité en cas de retour au pays, ni de prestations familiales et de prestations de santé pour leurs familles qui sont restées au Sénégal ;
- les travailleurs journaliers et tous les travailleurs atypiques (saisonniers, intérimaires, stagiaires, apprentis, etc.), qui bénéficient d'une couverture en cas d'accident du travail ou de maladie professionnels mais qui sont exclus, du fait de la précarité de leurs statuts, des autres prestations de sécurité sociale en particulier pour la maladie et la retraite ;
- les victimes d'Accident du Travail et de Maladies Professionnelles, et d'une manière générale pour tous les travailleurs frappés d'invalidité, qui ont perdu leur emploi, pour qui, il urge de mettre en place un système de prise en charge en cas de maladie.

Une étude devra être menée sur ces cibles afin de mesurer l'opportunité de :

- la création d'une Caisse de retraite des Sénégalais de l'extérieur (pour les pays qui n'ont pas de convention de sécurité sociale avec le Sénégal) ;
- la finalisation du projet de mise en place d'une assurance maladie en faveur des travailleurs émigrés dont les familles sont restées au Sénégal ;
- la couverture par une assurance maladie des invalides et en particulier accidentés du travail bénéficiant déjà d'un système complet de couverture des dommages corporels et d'un revenu de remplacement à hauteur des taux d'invalidité.

223. Les mesures et actions qui seront mises en œuvre permettront à moyen terme d'atteindre les résultats suivants : (i) un cadre normatif approprié et cohérent est mis en place (ii) un organe de contrôle et de supervision est fonctionnel pour toutes les branches couvertes par le système formel de sécurité sociale ;(iii) le nombre d'accidents de travail et de maladies professionnelles a considérablement baissé du fait de la mise en place d'un système de prévention ; (iv) l'évasion sociale est éradiquée ; (v) un programme d'accès au logement pour les travailleurs est mis en place (vi) le champ d'application personnel de la sécurité sociale connaît une extension progressive; (vii) tous les travailleurs salariés bénéficient d'une couverture pour les branches obligatoires du système formel.

224. les actions à mettre en œuvre s'articulent autour de mesures générales et cinq principaux programmes.

6.2. Mesures générales et transversales

225. **Harmonisation du dispositif général de couverture maladie entre les travailleurs du secteur public et ceux du secteur privé.** La principale innovation consisterait à promouvoir un véritable régime d'assurance maladie obligatoire pour les travailleurs régis par le code du travail à l'instar des agents fonctionnaires de l'Etat. Ceux-ci bénéficient d'une couverture à 80% lorsqu'ils sont en activité et lorsqu'ils sont à la retraite ; les membres de la famille bénéficient de la même couverture ainsi que leurs survivants lorsque le fonctionnaire décède. Ce système est basé sur une couverture à hauteur de 80 % avec la faculté d'adhésion à une mutuelle complémentaire basée sur la prévoyance et la solidarité à la place d'un système des IPM en vigueur qui comporte de nombreuses limites. Plusieurs actions devront être mise en œuvre : (i) mission d'étude pour la révision des paramètres techniques des IPM : taux et plafond des cotisations, taux de remboursement des prestations ; (ii) programme sectoriel d'assainissement de la gestion des IMP en difficulté;(iii) implication de l'Etat dans la contractualisation du régime tarifaire pour la maîtrise de l'offre de soins directs /institution d'un cadre réglementaire du partenariat avec les prestataires de soins ;(iv) systématisation du contrôle médical a priori pour la maîtrise de la demande de soins ;(v) coordination les IPM et mise en place d'une unité technique faîtière avec pour objectif l'harmonisation des procédures et règles de gestion ;(vi) mission de supervision de la couverture effective de l'ensemble des travailleurs salariés notamment en créant des IPM d'attente pour les entreprises non affiliées à une IPM.

226. Mise en place un cadre juridique pour un système complémentaire en faveur de la promotion d'une couverture totale des prestations (partie non prise en charge par les systèmes actuels), en ce qui concerne les mutuelles de santé. L'urgence globale est de mettre en place un système efficient d'assurance maladie des travailleurs retraités du secteur privé

227. Ces différentes actions devront être accompagnées d'un renforcement de la tutelle exercée par la Direction du Travail et de la Sécurité sociale. Il est préconisé la mise en place d'une **Direction de la Sécurité Sociale** qui devra disposer de moyens

logistiques et juridiques appropriés pour mener les contrôles nécessaires appuyée, pour la branche maladie, par une structure « nationale de promotion de la prévention et de la protection sociale ».(voir chapitre sur le pilotage et suivi de la mise en œuvre).

228. Mesures institutionnelles et réglementaires : Les mesures institutionnelles concernent (i) la réforme des textes législatifs et réglementaires sur les systèmes de pension ; (ii) le renforcement des capacités des professionnels de la Sécurité Sociale pour doter l'Administration et les organismes gestionnaires de la sécurité sociale de ressources humaines de qualité. La mise en œuvre de la lettre de politique de sécurité sociale participe de la consolidation de l'existant pour améliorer la gouvernance des institutions, la supervision des réformes en vue d'atteindre la viabilité à long terme des régimes.

229. Renforcement du dispositif de régulation. Il s'agit de renforcer les moyens juridiques et opérationnels de la Commission de Supervision et de Régulation des Institutions de Sécurité Sociale (COSRISS) pour que les objectifs d'équité et de sécurisation soient atteints à tous les niveaux. La promotion et le développement de la Sécurité Sociale passent inéluctablement par la garantie de la viabilité et de la pérennité des régimes, qu'ils soient publics ou privés. Pour ce faire, l'Etat engagera les moyens nécessaires pour assurer une gouvernance exemplaire des organismes chargés de la gestion par l'amélioration de leurs efficacités administratives et opérationnelles. La confiance du public dans la Sécurité Sociale est à ce prix ; la crédibilité des organismes gestionnaires et, à terme, leur existence elle-même, ainsi que tout programme d'extension en dépend.

6.3. Mesures spécifiques

230. Assurer des pensions de retraites décentes pour les retraités et garantir la viabilité à long terme des régimes. Plusieurs actions devront être menées dans le cadre de la réalisation de cet objectif. Il s'agit de (i) créer un *minimum vieillesse* qui garantirait un revenu minimal à tout retraité qui ne bénéficie pas d'une pension de retraite de base (ii) mettre en œuvre des mesures fiscales incitatives en faveur des retraités (défiscalisation totale des pensions du régime obligatoire et allègements fiscaux pour les régimes complémentaires). Les modalités de mise en œuvre de ces mesures devront être définies dans le cadre d'une étude de faisabilité

231. Initier des réformes pour la satisfaction des nouvelles attentes. Il s'agit de mener les études pour: (i) la création d'une Caisse de retraite des Sénégalais de l'extérieur (pour les pays qui n'ont pas de convention de sécurité sociale avec le Sénégal) ;(ii) la finalisation du projet de mise en place d'une assurance maladie en faveur des travailleurs émigrés dont les familles sont restées au Sénégal ; (iii) la couverture par une assurance maladie des invalides et en particulier accidentés du travail bénéficiant déjà d'un système complet de couverture des dommages corporels et d'un revenu de remplacement à hauteur des taux d'invalidité ; (iv) la couverture sociale des travailleurs atypiques.

5.1.3. Les programmes prioritaires

232. Le premier programme intitulé « Programme d'urgence de lutte contre l'évasion sociale PRULES ». Ce programme opérationnel au profit des organismes (CSS, IPRES, Agence en charge du contrôle et d'assistance aux IPM) a pour objectif d'éradiquer l'évasion sociale, facteur d'inégalité d'une part, entre salariés assurés et salariés non assurés et d'autre part, entre employeurs affiliés et employeurs non affiliés. Une campagne nationale de « chasse aux non affiliés » sera appuyée par une stratégie de communication pour l'efficacité de laquelle l'Etat dégagera les moyens

conséquents.⁴⁵.

233. Au titre des moyens à utiliser, un partenariat actif avec les médias sera proposé au regard du rôle déterminant qu'ils jouent dans la diffusion des messages et dans l'échange d'expériences. A cet égard, il s'agit de développer une culture de la prévention et de sécurité sociale qui fait cruellement défaut à tous les niveaux. Dans cette optique, un partenariat sera développé avec le système éducatif pour l'introduction de formations dans l'ensemble du système.

234. **le second programme sera orienté sur la « promotion de la prévention des risques sociaux ».** Ce programme qui se veut « *projet social national* » vise la promotion de la prévention en tant que première étape vers l'élargissement des systèmes de protection sociale. Il sera fondé sur une démarche préventive élargie à tous les risques sociaux par une **approche – programme**. Au Sénégal, la prévention n'a pas jusqu'ici été considérée comme déterminante à la faveur d'un élargissement des systèmes de protection sociale. Or, il est temps d'établir la corrélation entre l'efficacité des politiques sociales et les stratégies intégrées de prévention. En matière de protection sociale, les politiques de prévention se sont jusqu'ici focalisées sur les risques professionnels avec des résultats encourageants. Les effets ont été facilement mesurables en terme monétaire de par la réduction des dépenses de réparation et en terme humain de par la préservation de l'intégrité physique des travailleurs.

235. Les stratégies de prévention devront être étudiées dans chacune des branches couvertes par la protection sociale aussi bien par le système formel que par l'expérience communautaire ; c'est un des aspects où l'expérience et la pertinence des méthodes du système formel peuvent valablement servir de tremplin à la capitalisation des acquis de l'expérience communautaire et à sa pérennisation.

236. L'option de départ sera une approche globale et interdisciplinaire pour arriver à la création d'un modèle de cadre de planification sous une approche-programme couvrant l'ensemble des risques sociaux avec la prévention comme point central de lutte contre la pauvreté. Au final, le réflexe de prévention pourra être pertinent à l'échelon individuel et collectif et permettra d'aboutir à la mise en place de système de contrôle efficace tant pour détecter les risques que pour en prévenir la survenance. A cet effet, le rôle déterminant des médecins-inspecteurs du travail, des médecins du travail, des médecins-conseil et des médecins-expert dans la sécurisation des actes et la stabilisation des dépenses est à mettre à profit si l'on veut réussir durablement les projets d'extension. Les ingénieurs de sécurité, les animateurs de comités d'hygiène et de sécurité ainsi que les Inspecteurs du Travail ont un rôle de premier plan à jouer du fait de leur engagement et de leurs expériences.

237. **Le troisième programme portera sur « la réduction des risques de pauvreté consécutives à la maladie, à la vieillesse et au chômage ».** D'une manière générale, tous les efforts consentis dans le cadre des programmes de lutte contre la pauvreté et visant la création d'emploi durable seront nuls si aucune action de prévention n'est entreprise. La survenance d'un risque professionnel ou plus généralement de l'invalidité, qu'elle soit temporaire ou permanente, si elle n'est pas couverte par un système d'assurance sociale, conduit au risque de perdre la source même du revenu et de restreindre les possibilités d'accéder à un emploi. Lorsque la perte de revenu est inéluctable du fait de l'état de santé, du chômage ou de la vieillesse, le rôle de la protection sociale est d'anticiper pour que le travailleur échappe à la pauvreté. Dans cette perspective, la protection sociale fournit les outils nécessaires pour que le

⁴⁵ Ce programme de lutte contre l'évasion sociale pourra bénéficier aux systèmes communautaires institués sur une base volontaire en terme d'information- éducation- communication (IEC) pour élargir leurs bases contributives par l'accroissement du nombre d'adhérents dans la mesure où certaines enquêtes ont pu prouver que le faible niveau d'adhésion tient essentiellement à un manque d'information

travailleur qui accède à un emploi, grâce aux programmes de lutte contre la pauvreté, ne retombe dans la pauvreté en raison de l'état de santé, de l'âge ou du milieu professionnel.

238. Les prestations et pensions de survivants posent la problématique de la discrimination, de la dépendance et de l'absence de couverture complète des bénéficiaires de droits dérivés. Il y a donc lieu d'entreprendre des recherches dans plusieurs domaines. Un examen approfondi devra être fait sur les éléments qui ont certes besoin d'un revenu de remplacement mais pour lesquels il convient de proposer des mécanismes qui leur permettent de s'adapter à leurs nouvelles situations pour bénéficier à leurs tours de droits propres.
239. Plus généralement, les dispositifs de prévoyance en matière de couverture du risque maladie souffre de l'inexistence d'une **politique de contractualisation** des prestations de soin de santé. En fait, il revient aux autorités d'encadrer le processus de négociation qui peut valablement être appuyé par la Caisse de Sécurité Sociale qui a déjà une expérience dans ce domaine au titre de la réparation des risques professionnels. Cet élément est un préalable à la viabilité financière des IPM et des mutuelles de santé.
240. **Gestion de la situation sanitaire des retraités :** Les travailleurs retraités du secteur privé ne disposent pas d'un système efficace de prise en charge médicale. Une solution urgente doit être trouvée.
241. La pauvreté peut être prévenue par une lutte contre le chômage et le sous – emploi. Les risques de récurrence et de rechute devront être examinés et les solutions préventives devront être proposées dans chacune des trois fonctions de la protection sociale tel que fixées par les conventions internationales (OIT) (i) garantir l'accès aux biens et services essentiels (ii) conduire une politique de prévention active et de protection contre les risques sociaux ; (iii) promouvoir les capacités et les potentiels de chacun. Le programme qui sera élaboré comprendra des propositions dans le domaine de la création d'emploi intégrant la dimension préventive.
242. A ce jour, le Sénégal n'a expérimenté aucun système d'assurance ou d'assistance chômage. En plaçant la protection sociale au cœur des préoccupations de la stratégie de réduction de la pauvreté, le DSRP offre l'occasion, de prendre conscience du rôle que peuvent jouer les services de placement et les organismes de sécurité sociale dans la promotion de l'emploi. Il est préconisé l'introduction d'un système d'assurance emploi qui vise deux catégories de prestations : d'une part, le versement de prestations en espèces pendant une certaine période pour compenser la perte de revenu du principal soutien de famille et d'autre part, la préparation de la reconversion professionnelle par la formation/ requalification. Une étude de faisabilité déterminera les modalités de mise en œuvre. Cet élargissement des perspectives requiert en tout état de cause, un engagement clair des pouvoirs publics pour une étroite coordination entre ces structures impliquées du fait que la croissance du chômage peut aggraver la situation de pauvreté et menacer la survie des organismes de sécurité sociale.
243. **Le quatrième programme intitulé « programme d'accès à l'habitat social »** pour les travailleurs vise à offrir une perspective sécuritaire aux travailleurs ainsi qu'aux membres de leurs familles. L'analyse de la hiérarchie des besoins des travailleurs laisse apparaître une forte aspiration à accéder au logement particulièrement en milieu urbain. Les concertations préalables à la formulation de la stratégie nationale de protection sociale ont fait apparaître au niveau des travailleurs une large prééminence de cette priorité sur les autres catégories de prestations. La part du revenu que les travailleurs consacrent aux charges locatives en milieu urbain représente une partie très importante de leurs salaires. En effet, l'impact insuffisant des prestations en espèces de la sécurité sociale milite en faveur de la réforme du mode actuel d'admission et d'octroi des prestations qui doivent davantage tenir compte des besoins nouveaux en

matière de bien-être et de conditions de vie décente des travailleurs et des membres de leurs familles.

244. A cet égard, une réforme du système de prestations familiales devrait pouvoir y contribuer davantage que les autres catégories de prestations. La création d'un **fonds d'appui à la Caisse de Sécurité Sociale** accompagnée d'une mise à disposition de réserves foncières par l'Etat et les collectivités locales en vue de la création de logements sociaux ou la mise en place d'un dispositif d'aide à l'accès au logement. Cet instrument devrait permettre la mise en place d'un programme sectoriel pour les travailleurs salariés des zones urbaines : la mobilisation de ressources pour construire des logements sociaux et la mise à disposition de terrains par l'Etat pourraient, à l'instar de la pratique en cours dans d'autres pays de la sous région, permettre à la Caisse de Sécurité sociale de mener des actions pertinentes à l'égard des allocataires. Il convient de rappeler d'ailleurs que dès 1993, la Banque mondiale a articulé les points de vue la communauté mondiale sur la politique du logement lorsqu'elle recommanda de: (i) faire les subventions transparentes ; (ii) cibler les subventions pour les pauvres ; (iii) orienter les subventions pour les logements vers la demande et non vers l'offre; et (iv) de contrôler les subventions.

245. La portée économique et sociale d'une telle réforme sera d'une ampleur telle que l'utilité sociale de la sécurité sociale s'en trouvera renforcée dans notre pays. Ceci donne toutes les raisons de penser que la réforme du mode d'octroi des prestations familiales devrait être bien accueillie car elle permettra d'accéder à un logement voire à la propriété foncière pour chaque travailleur. Cette orientation nouvelle serait bien conforme à la Convention 102 de l'OIT qui prévoit « l'octroi de prestations sous la forme de paiements périodiques ou sous la forme de fourniture aux enfants de nourriture, de vêtements, de logement, de séjour de vacances ou d'assistance ménagère ou bien une combinaison des deux types de prestations en espèces et en nature. »

246. **Le cinquième programme concerne « le renforcement des capacités des professionnels et des acteurs sociaux ».** Il s'agit d'initier des activités de formation pour renforcer d'abord la capacité des personnels des Institutions dans la mesure où il n'existe au Sénégal aucune formation spécialisée dans le domaine de la Sécurité Sociale. A ce propos, la création d'un **Institut de formation continue en Protection Sociale (IFOCPS)** et d'un Centre de Documentation (voir chapitre sur la mise en œuvre) pourraient palier cette insuffisance et permettre aux partenaires sociaux d'acquérir la culture de sécurité sociale qui est globalement préconisée dans la présente stratégie.

6.2. EXTENSION DE LA PROTECTION SOCIALE

247. Dans un pays où la pauvreté atteint 58% de la population, l'extension de la protection sociale se pose dans un contexte marqué par la prédominance des exploitations familiales (dans l'agriculture, l'artisanat, etc.) et l'extension du secteur informel principal refuge des sans emploi au moment où le secteur formel enregistre de temps à autre des fermetures d'entreprises synonymes de déperdition d'emploi.⁴⁶

248. Les défis à relever dans ce contexte sont de plusieurs ordres : a) l'élaboration d'une vision à la place d'une démarche incohérente chaotique et de prises de décisions inspirées par les urgences du moment b) la mise en œuvre d'une politique globale et d'un cadre unifié s'occupant exclusivement de la protection sociale ; Au plan sociologique il importe progressivement d'instaurer en lieu et place d'une «protection

⁴⁶ Recul du secteur moderne avec 210 000 travailleurs dont 130 000 pour le privé. Croissance du secteur informel 1000 000 actuellement avec un taux de croissance moyen annuel de 6,7% au cours des 15 dernières années (Source Enquête du ministère du travail)

sociale» diffuse reposant essentiellement pour la majorité de la population sur les solidarités familiales traditionnelles ; un système moderne qui, tout en ne reniant pas nos valeurs d'entraide, mais en les valorisant, s'appuie sur des règles et des mécanismes formels basées sur la notion de prévoyance et de partage des risques;

Extension de la couverture du risque maladies

- 249.** Au niveau secteur de la santé, l'extension de la couverture du risque maladie à tous demeure un défi majeur. Selon l'OMS, « La richesse des pauvres réside dans leur santé qui constitue leur atout et leur potentiel le plus précieux. » La santé favorise une participation plus efficace à la production de richesses ; dès lors la lutte contre la maladie et la promotion de la santé peuvent être considérées comme «deux maillons essentiels du combat contre la pauvreté et du développement humain.»
- 250.** Au-delà la politique de mise en place de infrastructures de soins et des prestations sur l'ensemble du territoire national pour améliorer l'offre, l'extension de la couverture du risque maladie exige au préalable que des solutions appropriées et durables soient apportées aux problèmes généraux et transversaux qui affectent la demande notamment :
- a) la gouvernance et la gestion transparente des différents régimes, gages d'une adhésion des populations basées sur la confiance ;
 - b) la couverture du risque maladie pour les couches sociales démunies ;
 - c) l'exercice effectif d'une tutelle qui veille rigoureusement sur la sauvegarde des intérêts des bénéficiaires ;
 - d) les possibilités de contractualisation sans entraves entre les différents régimes d'assurance et les structures de soins privées et surtout publiques ;
 - e) l'implication de l'Etat et des collectivités locales ;
 - f) la prise en charge des ascendants et des collatéraux. Les solutions à trouver varient selon qu'il s'agit des régimes non contributifs ou contributifs volontaires et obligatoires.
- 251.** **les régimes non contributifs :** l'Etat qui assure la couverture du risque maladie des agents de l'Etat et des collectivités locales et de leurs ayants droits devra à plus ou moins longue échéance (tout en continuant à assumer ses responsabilités d'employeur) opérer graduellement une rupture et mettre en vigueur un régime contributif obligatoire afin de permettre à ses agents de bénéficier d'une couverture du risque maladie plus complète (prise en charge des médicaments et des évacuations sanitaires) et plus effective (certaines structures de santé publiques ou privées ont tendance parfois à refuser les imputations budgétaires)
- 252.** Par ailleurs le dispositif d'exemption et d'assistance en faveur notamment des indigents devra inmanquablement être remplacé par des mécanismes novateurs plus efficaces et plus équitables étant donné que le nombre d'indigents qui bénéficient actuellement d'une assistance complète est infime et que très peu parmi eux sont informés des possibilités légales d'une prise en charge gratuite car pour éviter l'implosion, le système de gratuité fonctionne en réalité sur un mode confidentiel. Le dispositif d'exemption en faveur des personnes atteintes d'affections particulières concerne pour l'instant des pathologies comme la tuberculose, la lèpre, le sida. Il faut signaler en outre que l'insuline pour diabétique est subventionnée et que dans certaines régions les grossesses sont prises en charge gratuitement. L'élargissement du champ d'application de ces mesures d'exemption s'impose de plus en plus comme une nécessité vitale devant l'augmentation de certaines affections lourdes au traitement coûteux tels que le cancer ; l'insuffisance rénale, l'hypertension artérielle etc qui sont cités dans les enquêtes de perception de la pauvreté parmi les facteurs de basculement dans la pauvreté (maladies handicapantes).

253. Les régimes contributifs obligatoires : les institutions de prévoyance maladie constituent un acquis indéniable de longue date même si elles traînent encore des insuffisances notoires dans leur mode de gestion et de fonctionnement. La viabilité de ce dispositif d'assurance obligatoire maladie unique en son genre dans la sous région est mise à rude épreuve par l'importance relative des entreprises en liquidation ou qui traversent des difficultés. L'extension passe tout d'abord nécessairement par l'application stricte des dispositions légales et réglementaires puisqu'il existe des entreprises qui ne respectent pas toute la réglementation sociale. Le cadre législatif qui régit les institutions de prévoyance maladie (IPM) a cessé d'évoluer et n'est plus adapté aux réalités actuelles. Les mesures de redressement et de consolidations des IPM préconisées depuis des années n'ont pas connu jusqu'ici un début d'application (Union technique autonome des IPM), la décision politique tardant à intervenir à cause d'une certaine instabilité institutionnelle et du manque de suivi. Une réforme de ce régime reste d'actualité et s'impose comme une nécessité. La viabilité financière des IPM est aussi mise en cause par le fait que les adhérents cotisants font bénéficier à d'autres des prestations auxquelles elles n'ont pas droit. Cette fraude et les pratiques de corruption qui l'accompagnent sont légitimées par les acteurs du système au nom de la solidarité familiale et lignagère et par la difficulté morale de venir secours aux prochains dans l'impossibilité de payer les soins et médicaments. Tant que la majorité des personnes n'a pas accès à un système de prise en charge des frais médicaux, les pressions sur les systèmes formels constitueront une menace permanente pour leur viabilité.

254. Les régimes contributifs volontaires : La pauvreté exerce une influence négative sur le rythme d'extension de la couverture du risque maladie au delà du secteur formel. Concernant précisément le secteur agricole qui regroupe 70% de la population active le handicap majeur à surmonter réside dans la faiblesse des capacités contributives du monde paysan dont les revenus cycliques sont souvent compromis par les aléas climatiques. Pour surmonter cet obstacle majeur, il importe d'asseoir un système d'assurance maladie basée sur un support mutuel qui se traduit par un transfert de ressources des riches vers les plus pauvres (prise en compte de l'équité verticale) La mutualité pourrait également être conçue comme un moyen de protection contre le risque d'appauvrissement qui vise a) la protection des membres contre le risque catastrophe b) la mise en place de mécanismes permettant d'éviter la suspension ; la radiation ou l'auto exclusion de membres. La mutualité reconsidérée dans une perspective de lutte contre la pauvreté exige une plus grande implication et un appui plus conséquent de l'Etat qui pourrait tout aussi bien subventionner la demande que l'offre par le biais des mutuelles de santé. L'assurance maladie privée qui ne concerne jusqu'ici qu'une petite minorité de la population peut s'étendre à d'autres couches sociales moins privilégiées à condition qu'elle n'érige plus en règle stricte la sélection des risques.

255. Pour enclencher une dynamique de rupture et créer les conditions d'une extension durable de la protection sociale en générale et de couverture des maladies en particulier, l'État s'est fixé l'objectif stratégique de porter le taux de couverture du risque maladie à au moins 50 % de la population d'ici 2015. Il s'agira

- (i)** d'assurer que la totalité de la population active occupée et leurs ayants droits bénéficient d'un système de protection contre le risque maladie
- (ii)** de mettre en place une caisse nationale d'assurance maladie pour les travailleurs du secteur formel et les retraités

- (iii) de mettre en place un système de protection contre les risques de maladie pour les personnes vulnérables⁴⁷ : indigents absolus ; personnes âgées etc.
 - (iv) de mettre en place des systèmes de prévoyance pour les risques agricoles et autres risques auxquels sont confrontés les acteurs économiques du secteur informel, de l'artisanat etc.
256. A moyen terme, il s'agira de faire passer d'ici 2010, le taux de couverture maladie à au moins 28 % de la population. Les actions à mener à court et moyen terme (2006- 2010) devront permettre d'atteindre les résultats suivants :
- (i) les populations et les prestataires de soins sont informés sur les enjeux de l'assurance maladie
 - (ii) L'Etat et les collectivités locales appuient de manière effective le développement de l'assurance maladie en générale et de la mutualité en particulier
 - (iii) Les capacités techniques et managériales des principaux acteurs sont renforcées
 - (iv) la contractualisation entre l'offre publique et privée de soins et les différents régimes est effective grâce à l'intervention de l'Etat
 - (v) la nomenclature des actes médicaux est actualisée, partagée et validée par tous les acteurs.
257. Les actions à court et moyen termes identifiées concernent à la fois les mesures générales et des mesures spécifiques selon le type de régime.

6.2.1. Mesures générales et transversales

- **Mesures institutionnelles et réglementaires.** Il s'agit de mesures générales qui visent la réaffirmation du rôle de l'Etat dans la définition de la vision ; des orientations de la configuration des régimes et dans l'appui pour la consolidation ; l'extension des régimes existants et pour la création de nouveaux régimes. Les actions à mener concernent
 - a) la définition / révision du cadre législatif et réglementaire
 - b) l'octroi de subventions et exonérations fiscales
 - c) la facilitation de la contractualisation avec l'offre de soins
- **Suivi du fonctionnement courant des régimes d'assurance maladie :** Il s'agit de la prise de décisions courantes et de la mise en place d'un système d'information performant.
- **Régulation des régimes.** Les actions à mener concernent la modification de la configuration des régimes et les mesures incitatives pour réorienter les régimes.
- **Contrôle :** Il s'agit de la délivrance d'agrément, la vérification du respect des engagements pris vis à vis des assurés, la vérification de la viabilité des régimes

6.2.2. Mesures spécifiques

258. **Pour les régimes non contributifs, les actions à mettre en œuvre concernent**
- a) la transformation progressive des régimes non contributifs en régimes obligatoires et
 - b) une plus grande implication de l'Etat qui doit mieux assumer son rôle :

⁴⁷ La Direction de l'action sociale devant l'importance accrue de la demande d'assistance médicale s'est appuyée sur le décret 632245 qui organise les secours et a signé des conventions avec 4 établissements de santé (Dantec, FANN , Hoggy, Principal) qui lui ont permis de délivrer des lettres de garantie à 794 malades démunis pour un coût global de 70 000 000

259. Pour les régimes contributifs obligatoires, les actions retenues concernent :

- a. l'assainissement, la consolidation et restructuration des IPM existants. Ceci passe par i) la liquidation des IPM non fonctionnelles et mise en œuvre d'un plan d'intégration au sein d'IPM inter-entreprises viables après apurement du passif ; ii) le toilettage des textes législatifs et réglementaires en vue d'assurer une responsabilisation accrue et une plus grande implication des employeurs dans la gestion des IPM, iii) le relèvement du nombre requis de salariés d'une IPM pour l'obtention de l'agrément en vue d'élargir la base de mutualisation du risque, iv) la mise en place d'un conseil médical au sein des IPM v) le déplafonnement des cotisations pour instaurer une équité verticale ;
- b. la création d'une union technique autonome chargée d'assumer pour le compte des IPM les responsabilités ci-après : i) appui technique aux IPM (outils de gestion, contentieux, contrôle médical) », ii) redressement des IPM en difficultés, iii) mise en place d'un fonds de garantie, (iv) Contractualisation avec les prestataires, (v) Coordination des IPM, (vi) Gestion du système d'information des IPM ;
- c. le renforcement des moyens de l'administration de tutelle des IPM ;
- d. création d'un régime propre pour les journaliers occasionnels et intermittents.

Pour les régimes contributifs volontaires, les actions à mettre en œuvre visent à :

- a. accroître l'adhésion des populations dans les mutuelles de santé à base communautaire dans toutes les régions du pays ;
- b. promouvoir la mise en place de mutuelles de santé de grande envergure dans les organisations socioprofessionnelles ;
- c. renforcer la contribution des mutuelles de santé dans la protection des revenus des ménages ;
- d. Renforcer les capacités des acteurs du développement des mutuelles de santé ;
- e. Promouvoir l'extension des mutuelles de santé à base communautaire dans toutes les régions du pays.

Les stratégies proposées pour l'atteinte des objectifs dans la période 2005 2010 consistent à :

- Promouvoir la mutualisation des risques en général et du risque maladie en particulier sur une base territoriale (quartiers, villages, collectivités locales) ;
- mettre en place de plans de communication pour la promotion des mutuelles de santé
- mettre en place et développer des partenariats effectifs entre les acteurs ;
- renforcer l'appui de l'Etat au développement des mutuelles de prévoyance en général et de santé en particulier en mettant en place des mesures d'incitations sous forme de subventions entre autres. Il s'agit plus précisément i) de renforcer les cadres de coordination régionale existantes (Dakar, Diourbel, Kaolack, Thiès, Saint Louis, Louga) ; ii) d'appuyer la mise en place d'unités de coordination dans les toutes les régions du pays ; iii) de faciliter la disponibilité de médecins-conseils auprès des coordinations régionales de mutuelles de santé ; iv) de faciliter la dotation des coordinations régionales de siège, d'équipement et moyens de fonctionnement ; v) de promouvoir et de renforcer une expertise locale (région/communauté) d'appui aux mutuelles de santé ; vi) d'appuyer la mise en place d'un fonds de garantie des mutuelles au niveau de chaque coordination régionale ; vii) d'aider à la mise en place de la fédération nationale des mutuelles de santé.
- Promouvoir l'extension des mutuelles de santé dans les organisations socioprofessionnelles où elles n'existent pas en sensibilisant les organisations

socioprofessionnelles existantes à créer des MS et en encourageant l'implantation des mutuelles de santé dans toutes les organisations socioprofessionnelles où elles n'existent pas.

- Mettre en place un régime d'assurance maladie au profit de travailleurs des secteurs tels que : le transport routier, la culture, le monde rural, l'artisanat, etc.

6.2.3. Actions prioritaires

Les actions prioritaires à mener consistent à :

- i) établir un contrat de performances avec l'unité technique nationale des mutuelles de santé socioprofessionnelles portant sur l'extension des mutuelles de santé dans les organisations socioprofessionnelles
- ii) mettre en Place de Plans de Communication pour la Promotion des Mutuelles de Santé : élaborer des supports⁴⁸ de promotion des mutuelles de santé ; organiser des journées de plaidoyer sur la mutualité à l'intention des bailleurs de fonds décideurs politiques et prestataires de soins ;

260. Renforcer le cadre national de concertation sur la mutualité. Il s'agit d'une part de promouvoir les échanges d'expériences entre mutuelles de santé et coordinations régionales des mutuelles de santé par l'organisation des fora thématiques, d'échange d'informations et d'expériences sur l'assurance maladie/mutualité et d'autre part de développer des partenariats effectifs entre les mutuelles de santé et les organisations de prestations de soins. Les actions prioritaires à mener consistent à a) expérimenter l'élargissement des paquets de bénéfice des mutuelles de santé aux soins tertiaires avec l'appui de subventions de l'Etat ; b) faciliter les contrats avec les prestataires de soins de santé c) étudier et mettre en place un système de tarifs préférentiels ; d) Développer un partenariat effectif entre les structures sanitaires et les coordinations régionales des mutuelles de santé dans la mise en œuvre des programmes prioritaires de santé ;e) Développer des partenaires effectifs entre les mutuelles de santé et les institutions de micro finance ; f) mettre en œuvre en collaboration avec les ministères compétents et les collectivités locales et les privés des schémas de prise en charge des démunis et des groupes vulnérables dans les mutuelles de santé à base communautaire g) Finaliser le processus de mise en place du cadre législatif et réglementaire des mutuelles de santé ;h) de mettre en place un plan de transformation progressive des coordinations régionales en union technique des mutuelles I) Création de fédérations de mutuelles aux niveaux départemental, régional et National.

♦ Extension du système de prévoyance retraite.

261. L'analyse de tendances démographiques montrent qu'un nombre important de travailleurs du secteur informel, de l'artisanat seront sans revenus quand ils vont atteindre l'âge de la retraite et risquent ainsi de basculer dans la pauvreté, les mécanisme de solidarité familiale devenant de moins en moins efficaces. Pour cette raison, l'extension en direction de toute personne ayant un statut d'employé au niveau du secteur informel devient un impératif. L'Etat mettra en place des régimes adaptés à chaque profession. Ces régimes seront mis en place dans le cadre d'une articulation entre les mutuelles de santé et le système formel de sécurité sociale.

⁴⁸ Spots, affiches cartes conseils, banderoles, panneaux publicitaires, TV, radio, etc.

♦ **Extension de la couverture des risques d'accidents du travail, de maternité et de maladies professionnelles.**

262. La Caisse de Sécurité Sociale assure pour 75000 travailleurs du secteur formel et 300 000 bénéficiaires la gestion des risques professionnels et les prestations familiales. L'extension concerne au premier chef les salariés non déclarés par leurs employeurs que l'on peut estimer à 55 000 soit 42 % de l'effectif global. Les tentatives d'extension de la sécurité sociale au secteur informel en direction des artisans en particulier se sont soldées par des résultats peu encourageants ; il importe de tirer les enseignements de ces expériences. Ces stratégies seront articulées avec les actions d'appui aux mutuelles de santé et des synergies recherchées avec la CSS dans le cadre des réformes de la sécurité sociale.

♦ **Extension de la couverture des risques de maladie et assistance sociale aux groupes vulnérables**

263. L'assistance sociale dans le domaine de la santé relève de la responsabilité de plusieurs organismes et institutions dont les actions ne sont pas coordonnées ni clairement délimitées.

- **les collectivités locales** délivrent des certificats d'indigence qui donnent théoriquement droit à une prise en charge gratuite au niveau des formations sanitaires
- Les établissements publics de santé peuvent après enquêtes prendre en charge totalement ou partiellement les frais inhérents à la prise en charge de malades indigents.
- Les comités de santé sont également tenus de mettre en place un fonds destiné à la prise en charge des indigents au niveau des districts sanitaires.
- la D.A.S. et la F.N.A.S de même que le FONDS NATIONAL DE SOLIDARITE accordent une assistance dans le domaine de la santé aux couches sociales démunies.

264. Il apparaît ainsi que l'absence de synergie et la dispersion des efforts réduit fortement l'efficacité des dépenses publiques, la transparence et l'équité. Pour lever ces contraintes et améliorer l'impact de l'assistance sociale dans le domaine médical, la stratégie retenue vise la mise en place d'un cadre institutionnel unique pour une meilleure coordination de l'assistance, la définition de mécanismes novateurs pour plus d'équité dans l'octroi de l'assistance et la révision du cadre réglementaire. Pour assurer une synergie des interventions, optimiser les ressources, la stratégie à mettre en œuvre consistera à assurer la prise en charge des démunis et des groupes vulnérables dans les mutuelles de santé à base communautaire dans le cadre de partenariats entre les ministères compétents, les collectivités locales et les privés.

265. A moyen terme l'objectif est d'étendre sur l'ensemble du territoire national le dispositif d'assistance médicale des personnes vulnérables. Plus spécifiquement, il s'agit : a) de Rendre plus accessible et plus équitable l'octroi de l'assistance médicale à un plus grand nombre de personnes démunies tout en sauvegardant leur dignité en évitant toute source de stigmatisation b) d'améliorer les modalités actuelles de ciblage et d'identification des bénéficiaires potentiels de l'assistance médicale en relation avec la Direction de prévision et de la statistique c) de faciliter l'accès aux médicaments essentiels des groupes vulnérables d) de permettre aux personnes atteintes d'affections lourdes et coûteuses d'accéder aux soins.

266. Les actions et mesures à prendre consistent (a) réviser les critères d'éligibilité b) systématiser les enquêtes avant l'octroi de l'assistance c) la mise en œuvre d'un mécanisme de couverture universelle des véritables personnes démunies e) le décloisonnement des mécanismes d'assistance sociale f) l'accroissement, la diversification et la pérennisation des mécanismes et des sources de financement g) l'institutionnalisation du contrôle citoyen de l'octroi de l'assistance sociale h) la décentralisation de l'assistance sociale i) l'organisation de la solidarité traditionnelle j) la mise en place de mécanismes et de stratégie de prévention pour éviter l'émergence de besoins d'assistance k) la vulgarisation des mécanismes d'assistance sociale par les autorités compétentes m) la révision du décret 62 245 de 1960 organisant le secours.

6.3. Gestion des risques majeurs et catastrophes

- 267.** L'accident de la SONACOS en 1992, celui du bateau «le Joola», les pluies hors saison, le péril acridien et les dernières inondations qui ont isolé Dakar du reste du Sénégal ont montré à quel point les risques et catastrophes auxquels les populations sont exposées maintiennent les groupes les plus vulnérables dans la précarité font basculer d'autres dans la pauvreté, et font perdre à l'économie nationale des gains de croissance importants. Ces accidents sont en relation directe ou indirecte avec notre mode de gestion des activités de développement dans un contexte naturel donné. De nombreuses études ont été menées pour mieux cerner ces risques et catastrophes dans divers secteurs, aboutissant généralement à proposer la mise en place de structures et d'organes de gestion sectorielle de ces risques et catastrophes. Cependant, il a été noté des lacunes et des défauts d'efficacité dans la gestion proposée. Dans un monde de plus en plus marqué par la vitesse, les catastrophes sont de plus en plus fréquentes, et ceci d'autant plus que l'écart se creuse entre le développement technologique et la non maîtrise des technologies du développement.
- 268.** Ces accidents et catastrophes sont amplifiés par la croissance démographique mal maîtrisée, à laquelle est associée une faible capacité à gérer les risques et catastrophes. Il s'ensuit que le risque de catastrophe est très important dans un contexte de précarité socio – économique cohabitant avec une forte aspiration à un développement technologique et une accélération de la croissance. Comme beaucoup d'autres pays en voie de développement, le Sénégal présente un profil de vulnérabilité certaine. Or, l'enjeu d'une croissance accélérée, maîtrisée et soutenue s'accommode mal d'un contexte de catastrophes récurrentes et de risques mal cernés dans une situation de vulnérabilité permanente pour de larges secteurs de la société. Donc un engagement politique sans faille devrait permettre d'élaborer une vision stratégique pour la gestion des risques de catastrophes, en cohérence avec les politiques de développement, en particulier celle de lutte contre la pauvreté. La synergie d'action de tous les secteurs aidera à développer la culture de prévision et de prévention des risques et catastrophes à toutes les échelles de la vie socio – économique, et un cadre réglementaire rigoureux devrait canaliser toutes les interventions vers des résultats de qualité.
- 269.** Compte tenu des graves conséquences des catastrophes sur les personnes, les biens, l'environnement et sur les efforts en matière de développement, des initiatives importantes ont été prises aux plans sous-régional, régional et international, en vue de favoriser la promotion de l'intégration de la réduction des risques et catastrophes dans les politiques et programmes de développement durable, de bonne gouvernance et de lutte contre la pauvreté.
- 270.** Au niveau international la prise de conscience des enjeux liés aux impacts des catastrophes sur la croissance et la pauvreté est marquée par le « Plan d'actions de Johannesburg pour la mise en œuvre des résolutions du Sommet Mondial de 2002 pour le Développement Durable » et le « Cadre d'Action de Hyogo 2005 – 2015 pour des nations et des collectivités plus résilientes face aux catastrophes ». Au niveau continental une « Stratégie Régionale Africaine de prévention des catastrophes » (2004) dotée d'un plan d'action a été adoptée en 2004. Par ailleurs les OMD et les objectifs du NEPAD constituent également des engagements forts qui ne peuvent être respectés dans un contexte de récurrence de catastrophes.
- 271.** Au niveau national, l'engagement de l'Etat est marqué par l'adoption d'un important arsenal juridique⁴⁹ et la mise en place (i) de la Commission supérieure de la

⁴⁹ L'application stricte des dispositions du nouveau Code de l'Environnement et de ses textes d'application est de nature à assurer une bonne protection du cadre environnemental et par conséquent la prévention de la plupart des

protection civile (ii) du Comité national de sécurité civile ; (iii) des plans d'organisation de secours en cas de catastrophes (ORSEC); (iv) des plans Particuliers d'Intervention (PPI) (v) des plans d'Opération Interne (POI) pour les Installations Classées (vi). Sur le plan sectoriel des initiatives importantes sont aussi notées avec notamment : (i) le plan d'Urgence du Port (PUPAD); (ii) le plan d'Urgence de l'Aéroport International Léopold Sédar Senghor (PUAILSS) ; (iii) le plan de Pollution Marine (POLMAR); (iv) le plan Search and Rescue (SAR) ;(v) Cellule nationale de prévention et de lutte contre les inondations ;(v) Cellule nationale de gestion des accidents industriels (vi) Comité national de lutte contre les criquets pèlerins ;(vii) Comité national de pré validation des études d'impact ; (viii) Comité national de lutte contre le péril aviaire ;(ix) Commission Nationale sur les Comités d'Hygiène et de Sécurité (CHS), etc. Il faut noter aussi les instruments de partenariat mis en place par l'Etat avec les partenaires sociaux (Charte sur la prévention des risques, la gestion des accidents et catastrophes en milieu professionnel (Gouvernement-CNP)) et les collectivités locales (Protocole d'accord de partenariat sur la maîtrise des noyades dans les zones de baignade et traversée par embarcation (Gouvernement- Association des Maires du Sénégal)

272. Il apparaît ainsi qu'existe des atouts certains en terme d'engagement politique et de législation, mais force est de constater que les modalités d'application des textes et règlements posent problèmes. Par ailleurs les organisations et structures sectorielles présentent des limites dans la gestion des risques qui ont des impacts plus globaux. Parmi les lacunes recensées par les acteurs⁵⁰ figurent :

- (i) l'absence d'une vision stratégique à moyen terme de gestion des risques qui soit en cohérence avec les politiques de développement durable et de lutte contre la Pauvreté;
- (ii) l'inadaptation de la réglementation en matière de sécurité par rapport à l'évolution de la société, de la technique et des comportements humains;
- (iii) l'absence de culture de la prévention des risques auprès des populations ;
- (iv) l'insuffisance de la sensibilisation des populations dans les médias,
- (v) une prise de conscience encore insuffisante des décideurs politiques sur la question environnementale
- (vi) les conflits de compétence entre les différentes structures de l'Etat en charge de la gestion de ces projets et programmes,
- (vii) l'insuffisance des Evaluations d'Impact Environnementales Stratégiques ;
- (viii) l'absence de données fiables sur les zones à risques, et sur les impacts des catastrophes ;
- (ix) l'absence de système d'alerte et le défaut de surveillance des zones à risque;
- (x) l'insuffisance de moyens de l'Etat et des collectivités locales pour faire face à certaines catastrophes;
- (xi) l'absence ou l'insuffisance de synergie et de concertation entre les structures intervenant dans le domaine de la gestion des risques (prolifération des commissions de gestion de risques particuliers);
- (xii) l'aménagement d'habitation dans des zones à risques (inondation), à proximité

risques et catastrophes. A ce code s'ajoutent d'autres textes dont : loi portant organisation générale de la Défense Civile ; le Code des Collectivités locales ;le Code de l'Urbanisme ; le Code de l'Environnement ;le Code de l'Hygiène ; le Code de l'Eau ; le Code du Travail ;le Code Forestier ; le Code de la Marine marchande ; le Code de la Route ; le Code de l'Aéronautique Civile; les décrets et arrêtés régissant la sécurité pour certaines catégories d'activités, etc

⁵⁰ Séminaire organisé par le Gouvernement, le PNUD et le département des Nations Unies chargé de la Stratégie Internationale de Prévention des Catastrophes (SIPC), tenu à Dakar les 1er 2 et 3 juin 2005, dans le cadre du suivi des recommandations de la Conférence Mondiale des Nations Unies sur la Prévention des Catastrophes (janvier 2005 à Kobé au Japon)

- d'établissement classés dangereux, (sous les ligne haute tension, etc.)
- (xiii) les difficultés d'accès de certains sites d'habitation en cas d'accident à cause de l'étroitesse des rues;
- (xiv) les insuffisances en matière d'organisation des secours et en particulier de médicalisation des secours en cas d'accidents de la route par exemple.

273. A long terme cette stratégie permettra d'atteindre les résultats suivants : (i) la mise en œuvre de la stratégie de réduction des risques et catastrophes contribue à réduire de manière sensible la pauvreté ; (ii) la culture de la prévention et de la gestion des risques et catastrophes est largement partagée et intégrée dans les politiques nationales (DSRP), locales (Plans locaux) et dans les entreprises. A court terme, il s'agit d'élaborer et de mettre en œuvre une stratégie de réduction des risques de catastrophes arrimée au DSRP après une validation et une évaluation stratégique

274. L'objectif général vise à terme l'érection de la prévention dans les projets et programmes de développement durable et dans la lutte contre la pauvreté d'ici l'horizon 2015. L'atteinte de cet objectif passe par (i) la mise en place d'une plateforme nationale de réduction des risques et catastrophes animée par le Conseil Supérieur de la Prévention des Risques et Catastrophes, (ii) la mise en œuvre d'une stratégie de communication et de mobilisation sociale efficace, (iii) le renforcement de l'arsenal juridique et réglementaire, (iv) la recherche et la formation sur le concept de risques et catastrophes.

275. Les actions retenues et qui seront mises en œuvre entre 2006-2010 sont structurées autour de mesures générales et transversales qui concernent le cadre réglementaire et institutionnel et de programmes spécifiques

♦ Mesures générales et transversales

276. **Mise en place d'une plateforme nationale de réduction des risques de catastrophes**, en cohérence et articulé avec le système sous- régional et international de gestion des risques et catastrophes. Conformément aux recommandations de la conférence mondiale des Nations Unies sur la prévention des catastrophes, la plateforme regroupera les représentants des institutions de la République, des collectivités locales, du secteur privé, de la société civile, des bailleurs de fonds, des partenaires au développement et des partenaires sociaux. Elle contribuera à l'avènement du développement durable et à l'éradication de la pauvreté, en facilitant l'intégration de la réduction des risques et catastrophes au développement.

277. **Réactualisation et renforcement du cadre juridique et réglementaire** conformément aux enjeux et défis en terme de gestion de l'environnement, d'aménagement du territoire, d'urbanisme,

278. **Mise en place du Conseil Supérieur de Réduction des Risques de Catastrophes**. Cette structure regroupera les représentants des institutions de la République, des collectivités locales, du secteur privé, de la société civile, des bailleurs de fonds et des partenaires sociaux et des partenaires au développement.

♦ Programmes spécifiques

279. **Le premier programme concerne la « Mise en place du plan de communication et mobilisation sociale ».** Ce programme a pour objectif principal de renforcer les capacités et la culture de prévention des risques; A Ce titre il s'agira de (i) renforcer les capacités des professionnels de l'IC (ii) faire la promotion de la plateforme (ii) assurer la visibilité des programmes et activités en vue de la SNRRC à

travers des activités d'information, de plaidoyer et sensibilisation vers les acteurs, les partenaires et le grand public et de formation des acteurs intervenant dans les activités, de mobilisation des élus autour de la SNRRC et d'intégration de la RRC dans les événements spéciaux.

280. Le second programme concerne « la maîtrise des accidents industriels majeurs ». Il s'inscrit dans la démarche déjà initiée entre le BIT et le gouvernement du Sénégal dans le cadre d'un Projet de coopération Gouvernement du Sénégal/BIT. Le programme comprend:

- (i) la mise en place d'une cellule nationale, ;
- (ii) le renforcement du cadre juridique et réglementaire ;
- (iii) la création d'un institut national pour la Maîtrise des Accidents Industriels Majeurs (MAIM) ;
- (iv) le renforcement des capacités pour la MAIM ;
- (v) la mise en place d'un plan de communication pour la promotion du projet.

281. Le troisième programme concerne « Education formelle et non formelle sur la prévention et la gestion des risques » qui a pour objectif de développer les capacités des acteurs et des décideurs dans les secteurs vulnérables vise à (i) promouvoir la culture de la prévention dans tous les secteurs du développement national (ii) promouvoir le concept de RRC dans les curricula de formation. Le programme comprendra des projets pilotes sur « le Plan d'actions de la charte sur la prévention des risques et de la gestion des accidents et catastrophes en milieu professionnel » signé entre l'Etat du Sénégal et le Conseil National du Patronat.

282. Le quatrième programme concerne « le renforcement des capacités des entreprises dans le domaine de la prévention des risques majeurs » Ce programme a été élaboré et propose les actions suivantes : (i) mise en place d'un comité de pilotage, (ii) mise en place d'une charte de sécurité, (iii) sensibilisation sur la prévention des risques - renforcement des capacités des entreprises (iv) gestion de la sécurité et mise en conformité des entreprises par rapport aux règlements en vigueur (v) renforcement des capacités inter- entreprises.

283. le cinquième programme concerne la Recherche et le suivi évaluation des risques. Ce programme d'appui et d'accompagnement de la stratégie a pour objectifs de (i) mettre en place une base de données sur les RC (ii) rassembler les données valides et fiables pour identifier et évaluer les risques dans les secteurs de développement (iii) évaluer la vulnérabilité des acteurs dans les divers secteurs à risques (iv) évaluer l'impact de la formation et de la communication dans le SRRC (v) réaliser des évaluations externes de l'efficacité des activités de la plateforme.

284. Le pilotage de la stratégie de réduction des risques de catastrophes sera assurée par le Conseil Supérieur de la Prévention des Risques et Catastrophes chargée d'élaborer, de valider, d'évaluer et de suivre le plan d'actions, les programmes et projets en matière de réduction des risques et catastrophes; Plus spécifiquement, il s'agit (i) de s'assurer que les leçons tirées de chaque catastrophe sont utilisées pour le développement d'une politique nationale efficace de réduction des risques et catastrophes ;(ii) d'organiser le plaidoyer du concept de la réduction des risques et catastrophes auprès des décideurs, des collectivités locales, du secteur privé, des bailleurs de fonds et des partenaires au développement ; (iii) d'élaborer, dans le cadre de la stratégie de réduction des risques et catastrophes, en étroite synergie avec les acteurs concernés, des plans d'actions, des programmes et projets en matière de réduction des risques et catastrophes; (iv) de réactualiser le cadre juridique et réglementaire en le complétant sur certains points spécifiques et susceptibles de promouvoir une bonne politique de gestion des risques et catastrophes ; (v) de mettre en place un système d'alerte et de prévention des catastrophes ; (vi) d'organiser le déplacement et la délocalisation de toutes les populations installées dans les zones à

risques ;(vii) d'utiliser de manière efficace tous les moyens offerts par les technologies de l'information et de la communication (TIC); (viii) de mettre en place un dispositif de suivi des données météorologiques et pluviométriques pour les besoins de prévention; (ix) d'utiliser les résultats de la recherche et les capacités disponibles dans les Universités et Instituts.

6.4. Amélioration de la capacité de réponse aux chocs et risques pour les groupes vulnérables

285. L'analyse des risques montre que certaines catégories sociales sont plus exposées que d'autres quand survient une catastrophe⁵¹, des maladies, etc du fait, d'absence ou d'insuffisance de droits ou de faible intégration sociale. Par ailleurs, ces populations ont moins de ressources pour faire face aux catastrophes et risques ou amortir les chocs. Malgré les dispositions prises pour aider ces groupes vulnérables, force est de constater le faible impact des actions pour les sortir du cycle vicieux. Il est même apparu que les véritables destinataires de ces actions ont d'avantage de mal à accéder, aux avantages qui leur sont en principe réservés. On assiste à une sorte de déviation vers des cibles de substitution de manière frappante, comme une sorte d'oubli, d'invisibilité. Le premier défi c'est d'assurer un meilleur ciblage, des groupes vulnérables (GV). Compte de tenu de la complexité de la dynamique sociale, l'efficacité de ce ciblage nécessite des outils techniques mais surtout une approche décentralisé et de gestion de proximité. Il s'agira ensuite de leur donner la possibilité de s'impliquer dans la gestion de l'assistance qui leur est destinée, afin de mieux faire prendre en compte leurs besoins.

286. Cette approche de responsabilisation des communautés de base est déjà en phase avec certains programmes de lutte contre la pauvreté⁵² ou des projets de transfert direct de ressources aux GV ont été mis en oeuvre avec succès. Leur évaluation a permis de constater combien, cette approche valorise les compétences locales, favorise la bonne gouvernance et la solidarité locale, renforce la pérennisation des acquis, tout autant que la qualité de services, en instaurant l'obligation de rendre compte.

287. Les besoins des GV étant transversaux, de nombreux acteurs interviennent auprès de ces cibles, parfois avec des moyens dérisoires par rapport à leurs missions, mais globalement des ressources importantes sont engagées, sans aucune coordination, aucune synergie et il pose la question de l'efficacité des dépenses publiques, du fait de l'émiettement des ressources et des risques de doubles emplois. C'est pourquoi, le second défi important consiste à renforcer le dialogue entre les différents partenaires oeuvrant au profit des GV, pour l'atteinte d'une vision commune à partager en matière de protection sociale des GV. Le manque de transparence et la gestion confidentielle de l'assistance qui pénalise plus les pauvres devra faire place à une approche plus concertée et ciblée.

288. Certaines catégories de groupes vulnérables, en raison des contraintes socio culturelles ont besoin d'un appui spécifique pour jouir de leurs droits, émerger et apporter pleinement leur contribution au développement. C'est le cas de la majorité des femmes surtout en milieu rural, et dans les quartiers spontanés. Les enfants en situation de vulnérabilité, la majorité des handicapés et les personnes âgées chefs de ménage, sans de réels actifs qui méritent une attention particulière pour le respect de leur droit et la valorisation de leurs compétences ou de leurs potentialités. Pour ces groupes, les

⁵¹ C'est le cas des population vivant dans l'extrême pauvreté vivent dans des habitats précaires, dans des zones inondables ou marginales

⁵² C'est le cas avec l'AFDS ou tout le processus de formulation des projets , de passation des marché ; de gestion financière et de suivi est réalisé par les communauté de base bénéficiaire et promoteur.

coûts de prestation constituent une entrave à l'accès aux services sociaux de base. Les mesures prises ou envisagées pour mettre en place des mécanismes spécifiques d'assistance, outre qu'elles sont insuffisantes, difficiles à mettre en œuvre⁵³ et limitée (couverture) par l'approche centralisée⁵⁴, comportent des risques de stigmatisation de ces groupes. Les expériences d'autres pays ont montré que les bénéficiaires des exemptions ne reçoivent pas les soins et services de qualité et sont victimes de stigmatisation. Les défis finalement c'est de mettre en œuvre des mécanismes qui renforcent l'équité dans l'accès aux SSB et aux ressources, tout en préservant la dignité des concernés.

- 289.** Pour relever ces défis le gouvernement mettra en œuvre une stratégie d'appui aux groupes vulnérables qui vise à (i) améliorer le ciblage, le suivi évaluation des actions en direction des groupes vulnérables ; (ii) accroître l'accès des groupes vulnérables aux instruments de gestion des risques et aux systèmes de protection sociale ; (iii) renforcer les mécanismes de transfert direct de ressources publiques aux groupes vulnérables ; (iv) améliorer l'accès aux services sociaux de base pour les groupes vulnérables ; (vi) assurer l'accès des groupes vulnérables aux actifs et à la pleine jouissance de leurs droits

♦ Mesures et programmes transversaux

- 290.** Les actions à mener devront s'intégrer dans le système global de protection sociale et dans les programmes en cours de lutte contre la pauvreté. Elles seront appuyées par des programmes d'accompagnement au profit de toutes les catégories de groupes vulnérables.

- 291.** Le premier programme intitulé « **Programme ciblage et renforcement des capacités en suivi participatif des Organisations communautaires de base et des groupes vulnérables** » vise à améliorer le système d'informations quantitatives et qualitatives sur les groupes vulnérables (GV). Il s'agira de créer une banque de données, collecter régulièrement une information fiable, élaborer sur une base participative une méthodologie de ciblage des GV, répertorier les outils de suivi évaluation participatifs. Elaborer des protocoles de suivi/ évaluation participatifs, former des organisations faîtières de GV à la formation en auto évaluation des OCB.

- 292.** Le second programme porte sur « **Renforcement des capacités sociales de gestion du développement à la base** » devra permettre de renforcer les capacités des mécanismes institutionnels pour assurer le transfert de ressources aux GV. Il s'agira entre autres d'élaborer un cadre juridique et des mécanismes autorisant le transfert direct des ressources aux GV, renforcer les capacités des OCB en gestion de base

- 293.** Le troisième programme sur « **Programme équité et justice pour les GV** » a pour objectif principal de protéger les GV contre toutes formes d'exclusion et rendre le cadre juridique plus équitable. A cet effet, il s'agira ;(i) Identifier les lacunes du cadre législatif et institutionnel en matière de protection des GV et proposer les changements en conformité avec les conventions internationales ratifiées (ii) élaborer une loi d'orientation sociale (iii) concevoir et mettre en oeuvre l'assistance juridique et judiciaire pour les GV (iv) améliorer la situation économique et psycho sociale des personnes victimes de conflits et catastrophes (v) assurer un soutien psychologique aux personnes victimes de conflits et catastrophes.

⁵³ Les conditions d'éligibilités restent floues et pas codifiées et les procédures administratives lourdes découragent les pauvres qui préfèrent au bout du compte renoncer à l'assistance,

⁵⁴ La centralisation excessive de l'assistance joue en défaveur des populations qui vivent en dehors de Dakar ;

294. Le quatrième programme « Formation et emploi pour les groupes vulnérables » vise à améliorer l'accès à l'emploi des GV, notamment les femmes, les jeunes, les adolescents les handicapés, les travailleurs précaires, les déflatés, et les ruraux, victimes de conflit et les accidentés. Il s'agira de (i) mettre en place une politique de formation professionnelle articulée aux opportunités d'emplois ;(ii) collecter et diffuser l'information sur le marché de l'emploi, (iii) mener des études sur l'employabilité des GV, (iv) inclure dans les programmes d'investissement publics des emplois décents en faveur des GV, (v) diversifier et intégrer les opportunités d'emploi en milieu rural pour atténuer le sous emploi.

♦ **Mesures et programmes spécifiques**

• **Protection sociale des personnes handicapées**

295. Le premier programme : « Programme promotion et protection des personnes handicapées » vise à protéger les personnes handicapées contre la stigmatisation et pour l'égalisation des chances. Le programme ciblera des secteurs stratégiques pour y identifier les gaps de droits et proposer les réformes juridiques et réglementaires nécessaires et assurer la mise en œuvre à travers des actions d'IEC, de plaidoyer et de suivi- évaluation-contrôle. Le programme sera articulé autour des axes suivants :

- a) *droit à l'éducation.* Il s'agira de mener des actions suivantes (i) campagnes d'inscription et de maintien des enfants handicapés à l'école (ii) promotion de l'éducation intégrative (iii) mise en place de subventions et bourses scolaires (primaire et secondaires) ciblant enfants handicapés et les enfants de parents handicapés ;
- b) *droit à la santé.* Il vise à lever les contraintes qui réduisent l'accès des personnes handicapées aux services de santé : le prix exorbitant des médicaments et des appareillages, l'insuffisance des infrastructures sanitaires et de réadaptation, l'inadaptation des normes architecturales qui constituent des facteurs évidents de discrimination des femmes, des jeunes et des enfants handicapés aux soins de santé de base ainsi qu'aux soins spécifiques à certains types et degré d'handicap. Les actions à mener visent à (i) assurer l'application des dispositions réglementaires et administratives dont les effets ont du mal à se matérialiser dans la pratique, notamment l'arrêté n° 005776 du 17 juillet 2001 portant charte du malade dans les établissements publics de santé hospitaliers dont l'article 2 spécifie que : « les personnes handicapées doivent être prises en compte dans l'aménagement des sites d'accueil », la lettre circulaire du ministre de la santé en date du 04/novembre/2004 : « dans le cadre de la stratégie de promotion de l'accès aux services de santé des couches vulnérablestoutes les dispositions nécessaires (doivent être prises) pour faciliter aux aveugles et aux membres de leurs familles l'accès aux soins dans les structures sanitaires. » (ii) assurer l'intégration des personnes handicapées dans les systèmes de protection sociale.
- c) *droit à l'emploi* Il s'agira d'engager des réformes pour mettre en place les dispositions juridiques et législatives qui prennent en compte le droit à l'emploi des personnes handicapées en terme de promotion. Les actions prioritaires à mener consistent (i) faire ratifier la convention n°159 de l'OIT qui prend en compte les besoins des personnes handicapées dans ce domaine.(ii) lutter contre les discriminations à l'égard des personnes handicapées (iii) veiller à la mise en œuvre de mesures favorables aux personnes handicapées dans les recrutements.
- d) *droit à la mobilité et à l'accessibilité aux édifices publics.* Le Code de la construction a intégré des dispositions en faveur des personnes handicapées. En effet, l'article 111-6 de ce code stipule que : « les dispositions architecturales et les aménagements des bâtiments servant d'habitation collective ou destinés à abriter des travailleurs, les

édifices publics destinés à la formations, notamment les locaux scolaires, universitaires et établissements sanitaires doivent être conformes aux normes de constructions accessibles aux personnes handicapées. » Cette disposition n'est pas mise en œuvre. Les actions à mener concerneront les textes complémentaires à prendre et les mesures d'accompagnement pour assurer l'application notamment l'appui aux associations de promotion des personnes handicapées pour assurer le suivi et les fonctions de sentinelles.

296. Le second programme : « La Réhabilitation à base communautaire (RBC) » qui est en réalité une approche globale, expérimentée dans plusieurs pays de la sous région dont la mise en œuvre dans certaines zones, avec les moyens existants, pourraient favoriser l'intégration des personnes handicapées. En effet, ce programme a été déjà adopté par le gouvernement lors d'un conseil interministériel tenu en 2001 et la Direction de l'Action Sociale a déjà procédé à la formation des superviseurs pour la phase test et n'attend que les moyens financiers nécessaires pour démarrer effectivement dans les meilleurs délais la mise en œuvre. La RBC recommande l'utilisation de techniques simples permettant de réhabiliter la personne handicapée en la réadaptant à son milieu. Elle consiste à impliquer les personnes handicapées, leurs familles, la communauté et les pouvoirs publics tout en instaurant un système de volontariat local. En tant qu'élément de la politique sociale, la RBC privilégie les approches, droit, participative et inclusive. La réadaptation (cf. programme d'action mondial sur les personnes handicapées Nations Unies), comprend la prestation des services suivants (i) dépistage, diagnostic et intervention précoces ; (ii) soins et traitements médicaux ; (iii) assistance et conseils d'ordre social, psychologique, etc. ; (iv) formation à l'auto-assistance (mobilité, communication, vie quotidienne) avec adoption de dispositions spéciales pour les malentendants et les malvoyants, les arriérés mentaux etc. ; (v) fourniture d'auxiliaires techniques, d'appareils favorisant la mobilité et d'autres dispositifs ; (vi) services d'enseignement spécialisés ; (vii) Services de réinsertion professionnelle (y compris orientation professionnelle), formation professionnelle et placement sélectif.

297. Le troisième programme : « Programme d'amélioration de l'environnement des personnes handicapées ». L'objectif visé est de rendre l'environnement socioprofessionnel favorable aux personnes handicapées afin de promouvoir leur pleine participation au processus de développement du Sénégal en levant les contraintes environnementales limitant la pleine participation et l'intégration des personnes handicapées. Les actions à mener consistent à (i) renforcer les effectifs du personnel des Centres de Promotion et de Réinsertion Sociale et toutes les autres structures de l'Etat chargées d'encadrer et d'accompagner les personnes handicapées et leurs organisations ; (ii) d'élaborer et de vulgariser une lettre de politique sectorielle sur les personnes handicapées (iii) de formaliser la transcription du braille dans les langues nationales (iv) de créer une structure interministérielle chargée de coordonner et d'orienter l'ensemble des actions en faveur des personnes handicapées ; (v) de créer un cadre national de collaboration sans exclusive des acteurs impliqués dans la prise en charge et l'intégration socio-économique des personnes handicapées ; (vi) de créer un réseau des acteurs chargé d'appuyer la mise en œuvre d'un programme national de plaidoyer ; (vii) d'améliorer la mobilité et l'information des personnes handicapées par une prise en compte des contraintes physiques et sensorimotrices ; (viii) de développer les structures de réadaptation fonctionnelle et professionnelle au niveau de toutes les régions du Sénégal.

298. Le quatrième programme : « Le programme de renforcement des capacités » a pour objectif de développer les capacités techniques, managériales, organisationnelles et socio-économiques des personnes handicapées pour leur permettre de (i) développer des activités socio-économiques favorisant leur intégration ; (ii)

permettre aux autorités responsables de l'organisation et de la prestation des services aux personnes handicapées de veiller et de répondre aux besoins en matière de personnel, dans les domaines du recrutement et de la formation continuée ; (iii) renforcer la démocratie et la transparence dans la gestion des organisations de personnes handicapées. Les actions à mener consistent à : (i) Renforcer les capacités techniques et organisationnelles des personnes handicapées et des institutions d'appui; (ii) financer des cycles de formation au niveau de toutes les régions en techniques de gestion de microprojets ; (iii) promouvoir l'éducation intégrative en organisant des sessions de formation en éducation spéciale pour tous les enseignants du système éducatif national ; (iv) créer une autorité nationale (avec ses démembrements au niveau des régions, départements) dotée de compétences multiples afin de prendre toutes les mesures idoines pour la prise en charge et l'intégration des personnes handicapées ; (v) appuyer la création et le développement des organisations nationales, régionales et départementales de personnes handicapées ;(vi) renforcer les capacités institutionnelles des centres de promotion et de réinsertion sociale en leur allouant des moyens de fonctionnement appropriés ; (vii) appuyer les intervenants sur la base du suivi-évaluation satisfaisant des projets mis en œuvre.

299. Le cinquième programme : « Plaidoyer pour la promotion et la protection des droits des personnes handicapées ». L'objectif de ce programme est de développer le plaidoyer pour la promotion et la protection des droits des personnes handicapées en vue de garantir le respect des droits favorisant l'intégration socio-économique des personnes handicapées. Les actions de plaidoyer avec la participation de tous les acteurs du secteur visent les objectifs suivants : (i) réserver un quota au niveau de tous les fonds nationaux de promotion et de lutte contre la pauvreté aux personnes handicapées conformément, à la directive présidentielle demandant à tous les projets de lutte contre la pauvreté de réserver 15% de leur financement aux personnes handicapées ; (ii) amener toutes les collectivités locales du Sénégal à mettre en œuvre des programmes d'intégration des personnes handicapées ; (iii) Mobiliser au niveau de toutes les régions les organisations de personnes handicapées pour le suivi et l'évaluation du programme national de plaidoyer ; (iv) favoriser l'accès des personnes handicapées aux instances de décision ; (vi) favoriser l'accès des bacheliers handicapés à l'université et à tous les instituts et écoles de formation supérieurs du Sénégal ;(vii) mener des campagnes de prévention des handicaps et des maladies handicapantes.

300. Le sixième programme : «Programme de Suivi-évaluation des actions menées en faveur des personnes handicapées ». L'objectif est d'instituer un système de suivi-évaluation de toutes les actions menées en faveur des personnes handicapées sur l'ensemble du territoire national en vue d'assurer l'évaluation effective de toutes les mesures et de tous les projets financés en faveur des personnes handicapées. Les actions à mener consistent à (i) développer le centre de télétravail des personnes handicapées initié par Forut Sénégal ; (ii) créer un site Web et une banque de données sur les personnes handicapées et les organisations de personnes handicapées ; (iv) créer un centre de veille et de prospective sur le handicap et les maladies handicapantes ; (vi) amener la communauté des personnes handicapées à intégrer et à participer activement aux comités nationaux et locaux chargés des questions de développement par exemple les comités locaux de la mise en œuvre et du suivi du Programme Décennal de l'Education et de la Formation (PDEF) ; (vii) réaliser des évaluations participatives avec des équipes pluridisciplinaires, pour tous les projets mis en œuvre au profit des personnes handicapées.

- **Protection des femmes vulnérables**

301. Le premier programme porte sur « Appui aux femmes rurales » Les

objectifs visés sont de réduire les iniquités en matière d'accès aux actifs et à la prise de décision et de renforcer le leadership des GV, notamment des femmes en milieu rural. Il s'agira de mener des activités pour (i) informer les GV, notamment les femmes sur les opportunités offertes par la Loi sur le Domaine National pour l'accès à la terre, (ii) mener un plaidoyer auprès des Collectivités Locales pour l'attribution de terres aux GV, notamment aux veuves, aux femmes chefs de famille démunies, (iii) de mettre en place des mécanismes d'incitation notamment à travers une forte subvention des intrants et un encadrement adéquat pour le démarrage des exploitations agricoles des GV, (iv) de mettre en place des équipements et des technologies pour alléger les travaux domestiques (plate-forme multifonctionnelle), et enfin (v) de renforcer l'accès aux crédits des GV, notamment des femmes dans le secteur informel.

302. Les autres programmes et actions qui ciblent des femmes vulnérables seront tirés à partir de la SNEEG dont le plan d'action est en finalisation

- **Protection des enfants en situation de vulnérabilité**

303. Les programmes et actions prioritaires qui ciblent des enfants vulnérables sont déjà en cours avec notamment « le projet contre les pires formes de travail des enfants » du MFFSD et « le Programme sur le travail des enfants » du MFTOP. Il s'agit de renforcer ces projets en ressources pour la mise en œuvre des actions, l'extension géographique et la coordination. Ces deux programmes peuvent servir de porte d'entrée pour la majorité des actions concernant les enfants en situation de vulnérabilité.

304. A ces deux principaux programmes s'ajoute la mise en place d'un projet de « **Renforcement de la protection des enfants contre toutes formes d'exploitation, d'abus et de violence** » Il vise à promouvoir le droit des enfants et de les faire respecter. Il s'agira :

- de mettre en place un programme national de prise en charge des enfants en situation de vulnérabilité (les enfants travailleurs, les jeunes filles domestiques, les enfants talibés, les enfants mendiants, les enfants de la rue ou enfants en situation de rupture avec leur famille, les enfants handicapés, les enfants victimes de maladies dont le SIDA, les enfants victimes de pratiques traditionnelles néfastes, les enfants victimes d'abus et exploitation sexuels, les enfants en conflit avec la loi) ;
- de renforcer les structures chargées des enfants en situation de vulnérabilité ;
- de mettre en application la nouvelle loi d'orientation rendant obligatoire la scolarisation des enfants de 6 à 16 ans ;
- d'intégrer toutes les écoles parallèles et les daaras (école coranique) dans le système éducatif national selon des critères à définir avec les concernés, de renforcer les écoles associatives, d'élaborer avec les spécialistes et les serignes daaras (enseignants des écoles coraniques) les modules adéquats ;
- Elaborer une politique sanitaire et nutritionnelle spécifique ciblée sur les enfants en situation de vulnérabilité ;
- Faciliter l'accès aux soins spécialisés aux enfants en situation de vulnérabilité ;
- Faire appliquer la loi sur la mendicité en vue de l'élimination de ce fléau ;
- Mettre en place un dispositif et des mécanismes en vue de l'enregistrement universel des naissances à l'état civil (premier droit de protection des enfants contre toute forme de vulnérabilité) ;
- Renforcer les moyens matériels, humains et financiers des structures et centres spécialisés sur les enfants en délinquance (Centre de Sauvegarde, AEMO, ateliers spécialisés....) ;
- Soutenir les familles par l'appui à des projets productifs et rémunérateurs en vue de prendre en charge les enfants en situation de vulnérabilité ;

- Sensibiliser les familles sur les droits des enfants en tenant compte des questions genre ;
- Mettre en application les lois de protection des enfants contre les formes d'exploitation et d'abus (loi sur la mendicité, loi sur l'exploitation, loi sur la traite des personnes humaines...) en vue de les protéger contre les risques et catastrophes de tout genre.

6.4 Mesures sectorielles d'accompagnement

305. La réussite de la SNPS, nécessite la mise en œuvre dans les différents secteurs de mesures favorables à la réduction des vulnérabilités. Ces orientations doivent être prises en comptes dans les politiques sectorielles pour induire une **réduction structurelle** des risques.

▪ Réduction de la vulnérabilité des activités agricoles

306. La réduction de la vulnérabilité du secteur agricole étant fortement liée aux facteurs climatiques notamment à l'irrégularité des pluies, seule la promotion de l'irrigation, peut réduire de manière structurelle ces risques. Cette orientation politique déjà inscrite dans la loi d'orientation agro-sylvo-pastorale doit être renforcée et érigée en sur priorité nationale en développant toutes les formes d'irrigation notamment en mobilisant comme proposée dans le DSRP, les ressources en eau de surface et souterraines par des investissements publics conséquents. Des objectifs ambitieux doivent fixés pour renverser les rapports entre surfaces sous pluie et surfaces irriguées.

▪ Réduction de la vulnérabilité des infrastructures et de l'habitat

307. La systématisation des études d'impact environnemental est un préalable pour réduire les risques dans les domaines des infrastructures, des mines, de l'énergie, de l'aménagement et de l'habitat. Par ailleurs l'assainissement en milieu urbain et périurbain et la restructuration foncière dans les quartiers pauvres des périphéries urbaines constituent une priorité pour réduire les risques structurels en milieu urbain.

• Prise en compte de la vulnérabilité dans les programmes sociaux

308. Il s'agit d'inclure dans tous les programmes et projets de lutte contre la pauvreté au profit des communautés de base et des collectivités locales des volets de prévention des risques. L'appui des programmes sociaux destinés aux enfants (vaccination, nutrition, cantines scolaires), les campagnes de prévention médicale (vaccination, sensibilisation) concourent également à cet objectif et devraient occuper une place centrale dans les stratégies sectorielles.

309. Par ailleurs, les programmes de lutte contre la pauvreté ciblant les communautés de base constituent un puissant instrument pour réduire les facteurs structurels de vulnérabilité dans la mesure où ces projets sont identifiés par les communautés elles mêmes et ce sont ces mêmes communautés qui ont en charge tout le processus de mise en œuvre.

310. Au niveau de l'Etat, la mise en place de système d'alerte précoce et d'information sur les zones à risques accessible aux collectivités et aux citoyens contribuera également à aider les acteurs dans la prévention des risques et catastrophes. Des investissements dans la recherche d'accompagnement s'inscrivent dans cette perspective.

7. MISE EN ŒUVRE DE LA STRATEGIE

7.1 Principes directeurs de la mise en œuvre

311. La mise en œuvre de la Stratégie nationale de Protection s'inspire des principes directeurs de la stratégie de Réduction de la Pauvreté et des principes fondamentaux (conventions internationales de l'OIT) qui régissent la protection sociale. Ces principaux principes directeurs sont la proximité, la subsidiarité, le faire-faire, la transparence, la participation, la complémentarité et la synergie.
312. en vertu du **principe de proximité**, les lieux de gestion du système et des interventions relatives à la SNPS/GR doivent être le plus proche possible des bénéficiaires et de leur lieu de résidence. A cet effet, c'est une approche communautaire qui a été retenue comme principale porte d'entrée. Il s'agit de valoriser et de promouvoir les structures mutualistes locales comme base du système national de protection sociale. Cela permet entre autres de résoudre les problèmes de ciblage des groupes vulnérables.
313. en vertu du **principe du subsidiarité**, la mise en œuvre sera organisée selon une philosophie de solidarité territoriale du niveau local (échelle quartier, village, communauté rurale etc.), les différentes échelles administratives au niveau national et une répartition des fonctions négociée selon les avantages comparatifs, selon le type de services, et en terme d'efficacité, de transparence, d'économie d'échelles etc.
314. en vertu du **principe du faire-faire**, l'Etat reconnaît que, même si la sécurité et l'accès aux services de protection sociale est un droit fondamental de tous les citoyens qu'il a la responsabilité de garantir ce droit, il reconnaît en même temps que la mise en œuvre ne peut être exclusivement supportée par les seules instances officielles et administratives. A cet effet, L'Etat s'engage à déléguer aux acteurs des collectivités locales, de la société civile et du secteur privé des missions de service public dans le pilotage, l'exécution, la communication, le suivi évaluation et à fournir aux acteurs les moyens juridiques, techniques et financiers pour la réussite de cette mission. L'Etat mettra en place les mécanismes pour contrôler la qualité des services, la satisfaction des citoyens, le respect des règles de transparence et de bonne gestion, de participation et le respect de l'équité dans les mutuelles et organismes en charge des missions de protection sociale.
315. en vertu du **principe de transparence**, il conviendra de mettre en place aux différents niveaux d'intervention, une série de mécanismes garantissant la visibilité et le contrôle des transactions financières, afin de sécuriser les ressources publiques et privées mobilisées et donner confiance aux acteurs dans le système. A cet effet, les opportunités offertes par les technologies de l'information et de la communication et les processus en cours de mise en place des cartes d'identité numérisée seront mises à profit pour lever les contraintes liées à la confiance, la transparence, la bureaucratie. Par ailleurs le développement des services financiers décentralisés (postes, banques de proximité, mutuelles de crédit) qui couvrent tout le territoire national (avec développement de la monétique) offre des possibilités de professionnaliser les transactions financières. Au-delà du contrôle régulier des services de l'Etat sur la gestion des organismes et associations, il s'agira aussi d'institutionnaliser des mécanismes de contrôle citoyen à tous les niveaux.
316. en vertu du **principe de participation**, les bénéficiaires du système de protection sociale doivent être associés à toute décision les concernant personnellement, d'abord par leur participation aux instance de gestion de leurs mutuelles et institutions de sécurité sociale et par leur implication dans les organes de pilotage et de promotion de la stratégie qui seront mis en place. La cogestion sera érigée en modalité principale

de participation.

317. En vertu du **principe d'équité**, l'égalité des droits et la dignité des personnes en particulier des groupes vulnérables doivent être garanties. Il s'agira en particulier de veiller à ce que les mécanismes mis en place pour assister les groupes vulnérables ne perpétuent la stigmatisation et l'exclusion. L'assistance aux groupes vulnérables sera intégrée dans le même dispositif. Il s'agira aussi de prendre en compte les différences de genre, les inégalités sociales, régionales et locales.

318. en vertu du **principe de complémentarité et de synergie**, la stratégie doit viser la combinaison efficiente des différents systèmes existants en établissant des liens formels et organiques ou contractuels entre eux. Il s'agit d'opter pour une approche multiservices (ou multi branches) depuis l'échelle de base (mutuelles, etc) jusqu'à l'échelle nationale (CSS, IPRES). Par les incitations notamment financières (mesures fiscales, subventions), l'Etat encouragera les différents organismes et services à établir les synergies nécessaires.

7.2 Pilotage et suivi de la mise en œuvre de la SNPS / GR

319. Le **pilotage stratégique** s'inscrit dans le dispositif de mise en œuvre de la stratégie de réduction de la pauvreté. Le caractère multisectoriel nécessite un pilotage impliquant les principaux ministères concernés, les organisations patronales, les syndicats, les acteurs de la société civile, les représentants des collectivités locale. Le comité de pilotage qui a conduit le processus sera maintenu et renforcé et aura pour principale mission le suivi de la mise en œuvre (pilotage des évaluations globales) et l'organisation des processus de révision. Il assure une fonction de «veille stratégique » et servira de cadre multisectoriel, interdisciplinaire et multi acteurs de concertation, notamment pour la préparation des conseils interministériels de suivi et d'orientation.

320. Le **pilotage opérationnel** sera assuré par les différents ministères concernés selon les axes stratégiques dans le cadre des dispositifs existants de suivi du DSRP (comités sectoriels, comités régionaux). Les projets et programmes mis en place seront suivis et évalués par les structures compétentes des ministères.

321. La cellule de suivi de la mise en œuvre du DSRP, assure la centralisation des données de suivi dans le cadre de sa mission, en portant une attention particulière au suivi des indicateurs quantitatifs et aux évaluations participatives. Elle appuie le comité de pilotage dans la préparation des rapports annuels.

7.3 Instruments et procédures de mise en œuvre de la SNPS

322. Après l'approbation par le gouvernement et ses partenaires de la stratégie nationale de protection sociale et de gestion des risques, le gouvernement engagera les études et travaux de réforme du cadre juridique, de mise en place des organes et de formulation des programmes retenus dans le plan d'action de la stratégie. Ces programmes serviront de cadre opérationnel pour les interventions des partenaires au développement et les autres acteurs (organismes, ONG, etc).

323. Ces programmes seront consolidés dans un Cadre de Dépenses en Moyen Terme (CDMT) et serviront de principaux instruments de mise en œuvre de la SNPS/GR dans le cadre de la stratégie nationale de croissance et de lutte contre la pauvreté. L'exécution de ces programmes sera confiée aux ministères, organismes et agences identifiés dans les plans d'actions de la stratégie.

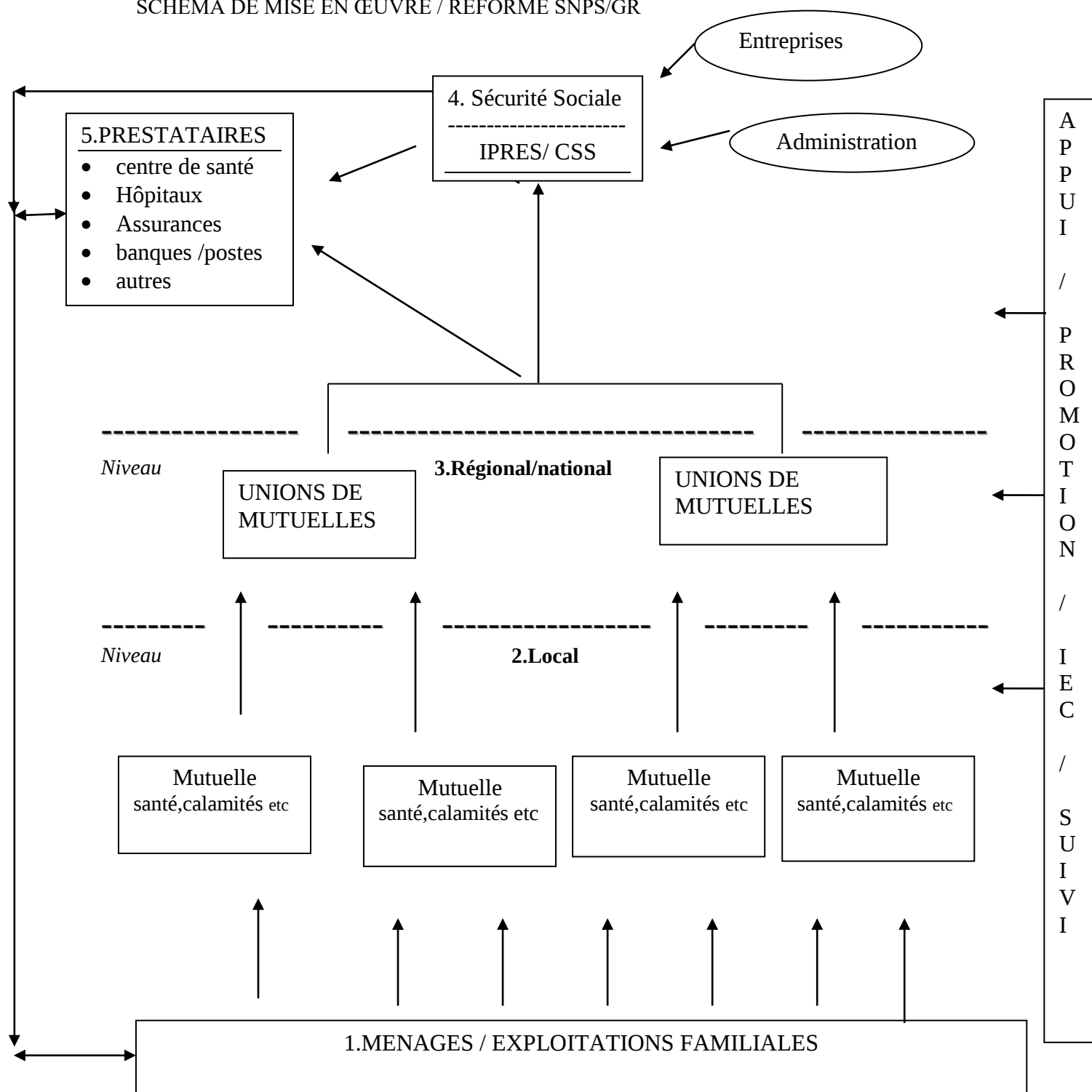
- 324.** Sur la base des principes directeurs ci-dessus, la mise en œuvre de la stratégie sera basée sur un schéma d'intégration entre les différents systèmes. Dans ce schéma, la base du système sera constituée par les associations communautaires de mutualisation⁵⁵ des risques comme les mutuelles de santé, les mutuelles d'assurance (pour les risques agricoles par exemple) etc. au niveau des quartiers et villages. Pour assurer un transfert direct des ressources publiques, assurer la transparence et promouvoir la qualité des services, l'Etat fera des mutuelles la principale porte d'entrée des interventions notamment l'octroi des subventions. L'Etat considère que ces mutuelles jouent et joueront d'avantage des fonctions de service public (accès aux SSB, IEC, services d'assistance sociale, renforcement solidarité, démocratie etc). A cet effet, l'Etat introduira une réforme pour favoriser l'adhésion des ménages à une mutuelle pour l'accès aux services de protection sociale subventionnés. Les subventions de l'Etat aux mutuelles seront un moyen puissant de créations d'emplois et de ciblage des interventions en relation avec les inégalités de revenu et de genre. Des études de faisabilité indiqueront les modalités, et procédures de mise en place des mécanismes.
- 325.** Conformément aux objectifs de solidarité et aux principes de proximité et de subsidiarité, les mutuelles seront structurées à l'échelle locale, régionale et nationale et établiront des contrats avec les fournisseurs de services de prestations (centres de santé, Hôpitaux, pharmacies, assurances privées etc) et organismes de sécurité sociale (CSS, IPRES)
- 326.** Pour assurer les synergies et complémentarité nécessaires, l'Etat mettra en place une structure «nationale de promotion de la prévention et de la protection sociale » qui assurera l'encadrement, le suivi, l'appui conseil aux mutuelles (y compris les IPM) en relation avec les structures existantes. Conformément aux principes de participation et de transparence, cette structure qui sera co-gérée de manière tripartite (Etat-secteur privé organisations de la société civile dont les syndicats) sera chargée : (i) de développer un système d'information uniformisé de gestion des IPM, mutuelles de santé, mutuelles de gestion des risques agricoles etc., (ii) d'assurer une surveillance électronique de l'affiliation de tous les travailleurs salariés et non salariés aux différents systèmes (iii) de mettre en place un programme de formation, de mise à niveau et de renforcement des capacités des gestionnaires des mutuelles, des IPM, etc ; (iv) de mettre en place un dispositif d'appui à l'organisation faîtière des IPM, des unions de mutuelles etc ; (v)d'organiser les négociations efficaces de convention avec les prestataires de soins et de services. Des contrats de performance seront établis en contrepartie des subventions de l'Etat (intégration de personnes des groupes vulnérables, qualité services, activités de sensibilisation, ratio des dépenses etc.).
- 327.** L'Etat renforcera (au cas échéant mettra en place) les structures administratives compétentes des ministères (ministère du travail, de la fonction publique et des organisations professionnelles, ministère de la santé et de la prévention, ministère du développement social, ministère de la solidarité nationale) en les dotant de moyens logistiques et juridiques appropriés pour mener les contrôles nécessaires, le suivi évaluation et le pilotage stratégique sectoriel.
- 328.** Les récents travaux du forum civil ont montré combien la corruption a gangrené le système de santé et constitue une menace pour toute politique dans ce secteur. En plus du renforcement du dispositif régulier de contrôle et d'audit de l'administration, il sera mis en place un dispositif de suivi évaluation participatif pour assurer un contrôle citoyen aussi bien de la performance des mutuelles que des prestations des services. Ce dispositif appuyé par des recherches indépendantes sur les questions de bonne gouvernance et de corruption permettra d'assurer la viabilité⁵⁶ du système.

⁵⁵ Le terme « mutuel » est utilisé ci après pour désigner toutes les associations communautaires de mutualisation des risques.

⁵⁶. Gouvernance et corruption dans le système de santé au Sénégal (Abdou Salam Fall)

- 329.** Un plan de formation et une stratégie de renforcement des capacités sera élaborée et mis en œuvre en vue d'assurer au système la disponibilité de ressources humaines de qualité. A ce propos les dispositions seront prises pour la création d'un **Institut de formation continue en Protection Sociale (IFOCPS)** et d'un Centre de Documentation. Dans cet institut seront dispensées entre autres, des modules relatifs à la gestion administrative de la Sécurité Sociale, des mutuelles à la technologie de l'information et de la communication, à l'actuariat, statistiques, financement et prévention des risques professionnels etc. Seront également dispensés des formations sur les mécanismes d'IEC et les techniques d'assurances complémentaires ou volontaires en vue de promouvoir et de soutenir les politiques d'élargissement d'extension de la protection sociale.
- 330.** Une importante stratégie de communication sera mise en œuvre pour accompagner tout le processus en vue d'assurer l'implication effective de tous les acteurs.

SCHEMA DE MISE EN ŒUVRE / REFORME SNPS/GR



1. A la base, les ménages ou les exploitations familiales adhèrent aux mutuelles en payant les frais d'adhésion et les cotisations liées aux services. Par leurs représentants, ils administrent leurs mutuelles
2. au niveau local (village, communauté rurale, quartier) les mutuelles gèrent les relations avec les services de proximité pour les besoins des membres (poste et centre de santé etc). Elles adhèrent à des Unions au niveau régional et nationales. Pour les mutuelles professionnelles créées de haut en bas, la structuration reste valable
3. les Unions au niveau régional et national définissent un paquet de services dont la gestion à ces échelles est plus pertinente et efficace (hôpitaux, relation avec CSS ou IPRES, assurances etc)
4. les institutions de prestation sociales proposent des services (retraite etc) pour le secteur non formel et négocient avec les Unions de mutuelle pour la faisabilité et l'organisation
5. les services de prestataires (santé, assurances, etc) fournissent les services au ménage sur demande des mutuelles de base ou des Unions selon l'échelle.

7.4 Indicateurs de suivi de la mise en œuvre de la SNPS⁵⁷

- 331.** La gestion des politiques par les résultats introduite par les DSRP constitue une opportunité pour placer la protection sociale au cœur des politiques de lutte contre la pauvreté, mais faudra- il au préalable disposer d'instruments adéquats de traduction de ces objectifs et de mesures des progrès avec des indicateurs pertinents, consensuels, fiables et disponibles.
- 332.** Le recours aux indicateurs pris avec les OMD et les DSRP une fonction d'outil de dialogue et de concertation sur les politiques, une pédagogie de définition consensuelle d'ambitions traduites en objectifs concrets, et de cibles annuelles sur lesquels les gouvernements, le secteur privé, les organisations de la société civile (y compris les syndicats), les partenaires au développement s'engagent en connaissance de cause. Un accord sur des indicateurs est un contrat sur des résultats mais devra permettre de donner corps aux engagements sur des principes qui constituent les conventions internationales. Ce qui fait de la question des indicateurs un enjeu stratégique d'autant plus que les réformes introduites par les DSRP tendent à privilégier l'appui budgétaire dans le cadre des financements extérieurs. Dans cette dynamique les indicateurs servent de référence pour les interventions de bailleurs et deviennent des « déclencheurs » des décaissements. On voit ainsi l'intérêt de disposer d'indicateurs pertinents, disponibles à temps, facile à calculer, sans équivoques sur les quels les gouvernements peuvent s'engager..
- 333.** Il est proposé les indicateurs suivants qui devront être stratifiés en vue d'intégrer dans la liste des indicateurs de suivi du DSRP

Les indicateurs d'impact⁵⁸

1. Taux de couverture générale de protection sociale
2. Dépenses publiques de protection sociale en pourcentage des dépenses publiques totales sur ressources intérieures.
3. Taux de croissance du montant des prestations familiales distribuées par l'Etat, les structures décentralisées et par les institutions de sécurité sociale.
4. Nombre d'emplois créés par l'extension du système de protection sociale⁵⁹

Les indicateurs de résultats (indicateurs intermédiaires)

1. Taux de croissance du nombre de structures de protection sociale communautaire (taux annuel)
2. Taux de couverture assurance maladie par rapport à la population totale : nombre de personnes couvertes par un système d'assurance-maladie ou qui ont accès aux services (publics ou privés) de santé selon les normes admises par l'OMS
3. taux de couverture assurance risques agricoles
4. Prise en compte de la prévention des risques et catastrophes dans les stratégies sectorielles et programmes de développement et de lutte contre la pauvreté.
5. Le taux « d'entreprises » (PME, PMI) immatriculées disposant d'une assurance contre les risques professionnels

⁵⁷ Cette partie reprend les résultats des travaux du BIT validés au cours de « l'Atelier technique sous-régional sur les indicateurs de suivi et d'évaluation de la protection sociale dans les documents de stratégies de réduction de la pauvreté (dsrp/cslp) » Décembre 2004.

⁵⁸ Il est proposé d'intégrer ces trois indicateurs dans la liste restreinte des indicateurs du DSRP.

⁵⁹ Il s'agit d'un impact indirect mais important dans le contexte actuel et qui renforce la pertinence de la stratégie d'extension basée sur la multiplication des mutuelles à la base et la mise en place de coordination régionales qui sont autant d'occasions de création d'emplois décents.

6. Nombre d'accidents mortels ou de maladies professionnelles mortelles au travail (taux pour 100.000 salariés) (BIT)
7. pourcentage des travailleurs de 60 ans et plus bénéficiant d'une couverture sociale en cas de maladie
8. Population de 60 ans ou plus couverte par un régime de protection sociale retraite
9. Pourcentage de budget affecté aux programmes d'assistance en faveur des groupes vulnérables.
10. Nombre de ménages couverts par les risques de décès du soutien de famille sur le nombre total de ménages
11. Le taux de prise en charge : proportion des frais pris en charge par les structures de protection sociale ou d'assurance ou de l'Etat par rapport aux soins de santé fournis
12. pourcentage de travailleurs bénéficiant de régime de prestations familiales
13. pourcentage de travailleurs ayant bénéficié de logement sociaux dans le cadre du fonds spécial géré par la CSS;
14. taux de fréquence des AT/MP
15. coefficient de charges techniques : Pourcentage des ressources consacrées au paiement ou à la prise en charge des prestations par rapport aux charges de fonctionnement.⁶⁰

7.5 Financement de la stratégie nationale de protection sociale

334. La stratégie nationale de protection sociale sera financée principalement par l'Etat et les bénéficiaires. La revue des dépenses publiques montre que l'Etat consacre déjà, travers plusieurs fonds (calamités, bonification, solidarité, etc) des ressources budgétaires importantes pour faire face aux besoins des groupes vulnérables, gérer les catastrophes etc. Par ailleurs les ménages contribuent également de manière très importante au financement du système de santé (IPM, Mutuelles et paiement directe) et de sécurité sociale (cas des institutions formels financés par les cotisations des travailleurs et employeurs. Par ailleurs, face aux catastrophes, les ménages dépensent également une partie importante de leurs ressources pour des stratégies post ante de d'atténuation des crises. La réorientation de ces ressources vers la prévention devra permettre de prendre en charge l'essentiel des besoins en financement du système à mettre en place. Les appuis des partenaires du Sénégal notamment pour la mise en place des infrastructures, la formation des ressources humaines pourront permettre de combler le gap.

335. le crédit de soutien à la réduction de la pauvreté (CSRP), principal instrument d'appui budgétaire de la banque mondiale qui appuie cette initiative devra permettre de prendre en charge les besoins immédiats et à court terme pour démarrer le processus, notamment pour mener les études de faisabilité et mettre en place les programmes pilotés. Les appuis budgétaires des autres partenaires devraient permettre de renforcer les capacités de l'Etat à faire face aux besoins de financement de la stratégie. L'appui technique du BIT dont le programme dans cette stratégie sera également d'un apport de taille pour mettre en place les études préalables de faisabilité et engager le processus de mise en place de la stratégie.

⁶⁰ en référence à une recommandation de bonne pratique (norme définie par la CIPRES)

ANNEXES