



# La protection sociale des enfants au Sénégal

Le Sénégal a réalisé des progrès significatifs en matière de réduction de la pauvreté, avec une diminution de la proportion de la population en dessous du seuil de pauvreté de 67,9% en 1994 à 50,6% en 2005<sup>1</sup>. Le Sénégal a aussi amélioré ses indicateurs de développement humain. Cependant, les chiffres nationaux agrégés cachent de grandes disparités géographiques, socio-économiques et de genre et, dans la plupart des cas, les progrès accomplis ne sont pas suffisamment rapides pour atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD).

Les politiques existantes sont encadrées par le deuxième Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté pour la période 2006-2010. Le DSRP-2 comprend quatre axes principaux, dont le troisième se consacre à la protection sociale et à la prévention et la gestion des risques et catastrophes. Cet axe est largement renseigné par la Stratégie Nationale de Protection Sociale 2005-2015 (SNPS). Néanmoins, une revue du DSRP-2 en 2007 indique que l'axe 3 a fait moins de progrès que les autres, à cause de retards dans la mise en place de programmes

opérationnels et de la faiblesse des ressources allouées à cet axe<sup>2</sup>.

Cette note d'information présente les résultats d'une étude sur la protection sociale des enfants au Sénégal<sup>3</sup>. Elle s'inspire d'un cadre conceptuel qui reconnaît la pluri-dimensionnalité des risques, d'ordre naturel ou environnemental, économique, sanitaire et social, auxquels les enfants font face. De plus, la vulnérabilité est plus accentuée pendant les premières années de vie. La vulnérabilité et les risques sont également affectés par le genre et l'appartenance ethnique ou de caste, ainsi que par le statut économique, le niveau d'éducation et la localité géographique du ménage. Dans le cas des enfants, les risques, la vulnérabilité et les privations sont étroitement liés à leur dépendance vis-à-vis des adultes.

### La pauvreté et la vulnérabilité chez l'enfant.

Les enfants et les mères sont particulièrement vulnérables à des risques de santé. Les taux de survie se sont améliorés entre 1995 et 2005, avec une diminution de la mortalité infanto-juvénile de

<sup>1</sup> République du Sénégal (2008), 'Revue Annuelle, Document de Stratégie pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté 2006-2010, Etat d'avancement de la Mise en Oeuvre du DSRP-2 en 2007', Dakar.

<sup>2</sup> Ibid.

<sup>3</sup> Ce programme de recherche a été parrainé par le Bureau Régional de l'UNICEF pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre et conduit par l'Overseas Development Institute (ODI) de Londres, avec la participation de chercheurs de la région. Cette note d'information est basée sur le rapport « La Protection sociale pour les enfants en Afrique de l'Ouest et du Centre, Etude de cas du Sénégal », par Paola Pereznioto et Abdou Salam Fall, qui a été publié par l'UNICEF en avril 2009.

135 à 121 décès pour mille naissances vivantes et une diminution de la mortalité maternelle de 510 à 401 pour 100.000 naissances vivantes. Néanmoins, les taux de mortalité sont pires dans les ménages ruraux et pauvres. Selon l'OMS, le taux de mortalité infanto-juvénile du quintile le plus pauvre de la population est 2,9 fois plus élevé que celui du quintile le plus riche<sup>4</sup>.

La malnutrition a diminué de 1992 à 2005, avec une réduction de l'incidence du retard de croissance de 20% à 17%<sup>5</sup>. Ces améliorations ont été attribuées à des programmes tels que le Paquet Intégré de Nutrition. Le Sénégal pourrait atteindre la cible de l'OMD1 de réduire de moitié le taux de malnutrition, mais la prévalence reste plus élevée en zones rurales. Le Sénégal a réalisé des progrès vers les OMD 2 et 3, avec des améliorations du taux de scolarisation, de l'achèvement de l'éducation primaire et de la parité du genre, quoiqu'il y ait toujours des disparités significatives. Le taux de fréquentation scolaire était de 74,7% en zones urbaines et de 47,2% en zones rurales en 2005, selon l'Enquête Démographique et de Santé (EDS). La qualité de l'éducation et les taux élevés de déperdition scolaire sont toujours des sujets d'inquiétude importants.

La violence, l'exploitation et l'abus sont une autre dimension de risques auxquels les enfants sont vulnérables. Selon l'EDS de 2005, 38% des enfants sont engagés dans des travaux domestiques de plus de quatre heures par jour et 11% sont engagés dans des activités économiques. La faible performance économique des zones rurales (et des pays voisins) a conduit de plus en plus d'enfants à l'exode vers les villes, où ils s'engagent dans des activités génératrices de revenus, souvent dans des conditions dangereuses, notamment dans la rue. La mendicité des enfants est devenue un problème majeur, accentué par des attitudes culturelles qui justifient la mendicité des talibé agissant pour le compte d'enseignants religieux.

Les vulnérabilités sont souvent aggravées par les inégalités de genre, bien que le gouvernement du Sénégal fasse des efforts pour changer le statut des femmes et des filles en accord avec la Stratégie Nationale d'Equité et d'Egalité de Genre. La pratique de l'excision est toujours fréquente dans certains groupes ethniques, même si elle est en voie de diminution.

### La protection sociale au Sénégal

Le système de protection sociale comprend les régimes de sécurité sociale pour les employés des secteurs privé et public, les mutuelles de santé (organisées à base communautaire ou professionnelle) et des programmes limités d'assistance sociale pour les plus pauvres et vulnérables. Cependant, moins de 20% de la population bénéficie d'un ou plus de ces programmes<sup>6</sup>. Seuls 16,6% de personnes âgées de plus de 65 ans reçoivent une pension de retraite, moins de 20% de la population est couvert par l'assurance santé et seuls 13,3% des enfants de moins de 15 ans bénéficient des allocations familiales<sup>7</sup>.

Le problème de fond est lié au fait que les régimes de sécurité sociale ne couvrent que très peu de personnes au-delà du secteur formel de l'économie, qui n'emploie qu'une petite minorité de la population économiquement active. Les efforts d'extension de l'assurance sociale au secteur informel n'ont produit que de faibles résultats à l'heure actuelle.

De plus, les programmes d'assistance sociale, qui se concentrent sur les indigents, sont extrêmement faibles et ne profitent qu'à quelques centaines de personnes sur une base ad hoc. Les services sociaux de protection des enfants sont limités et fragmentés, dépendant fortement des bailleurs de fonds pour les ressources et des ONG pour leur mise en œuvre.

Le programme de cantines scolaires et le Programme de Renforcement de la Nutrition, appuyés respectivement

<sup>4</sup> OMS (2008), World Health Statistics, Genève.

<sup>5</sup> République du Sénégal (2006), 'Suivi des Objectifs du Millénaire pour le Développement, Rapport OMD 2006', 2ème édition, Dakar.

<sup>6</sup> O. Sow (2008), 'Axe III: Protection sociale, Prévention et gestion des risques et catastrophes, Sous Composante: Extension de la protection sociale', Cellule de Suivi du Programme de Lutte contre la Pauvreté, Dakar.

<sup>7</sup> P. Annycke (2008), 'L'Analyse des prestations et des indicateurs de résultats de la protection sociale', Département de Sécurité Sociale, Bureau International de Travail, Genève.

# exclusion sociale

## réduction de la pauvreté

### Encadré 1. La Stratégie Nationale de Protection Sociale et le DSRP

La Stratégie Nationale de Protection Sociale 2005–2015 (SNPS) a été développée dans le but de renforcer et de mettre à l'échelle, d'une manière plus équitable, les instruments de protection sociale, en particulier d'étendre la couverture d'assurance maladie de 20% à 50% de la population et de mettre sur pied des mécanismes d'assurance contre les chocs qui affectent les populations travaillant dans l'agriculture et dans le secteur informel.

La SNPS classe les enfants comme un groupe vulnérable et comprend des dispositifs pour leur protection contre les abus, l'exploitation et la violence. D'autres groupes vulnérables identifiés par la SNPS incluent les handicapés, les femmes en circonstances vulnérables, les personnes âgées, les jeunes et les personnes déplacées et rapatriées.

La SNPS a été incorporée à l'axe trois du deuxième DSRP. Cependant la mise en œuvre s'est révélée difficile, malgré le lancement de certaines initiatives importantes pour l'amélioration de l'accès aux soins de santé, en particulier le Plan Sésame pour la gratuité des soins de santé des personnes âgées, qui a démarré en 2006, et des exonérations pour des services spécifiques, notamment les accouchements et le traitement du paludisme.

par le PAM et la Banque Mondiale, constituent des exceptions significatives. Ces programmes jouent un rôle important pour augmenter la fréquentation scolaire, bien qu'ils soient limités dans leur portée géographique et dépendent fortement de l'appui de bailleurs de fonds.

Les mécanismes informels de protection, basés sur des obligations traditionnelles de solidarité, sont toujours les plus importants, bien qu'ils se soient quelque peu affaiblis suite à la modernisation et l'urbanisation. Les fonds envoyés par des migrants sénégalais à l'étranger offrent une forme non négligeable de protection sociale pour les ménages pauvres.

Dans ce contexte, l'adoption de la SNPS et son incorporation dans le DSRP-2 (voir Encadré 1) constitue un pas important vers la construction d'un cadre de protection sociale qui s'adresse aux besoins des couches les plus pauvres et vulnérables.

Cependant, des problèmes ont été rencontrés dans la mise en œuvre. Le cadre organisationnel reste relativement faible et, malgré le besoin d'une approche

transversale de la protection sociale, la coordination entre les divers acteurs clés reste insuffisante. Par conséquent les progrès sont lents dans la traduction des objectifs de la SNPS en propositions concrètes de programmes opérationnels, ainsi que pour la mobilisation de ressources financières pour la protection sociale.

### L'espace budgétaire pour la protection sociale

L'économie sénégalaise s'est accrue d'environ 5% par an jusqu'en 2007. Cependant, malgré de réelles augmentations du revenu intérieur et de l'aide (y compris une réduction substantielle de la dette), les finances publiques continuent de montrer un déficit global important, fluctuant entre 3% et 6% du PIB (dons compris), et le pays est durement frappé par la triple crise alimentaire, énergétique et économique mondiale depuis 2008.

Le gouvernement a accordé une haute priorité aux dépenses dans les secteurs susceptibles de réduire la pauvreté, y compris la santé et l'éducation. Le DSRP-2 prévoit d'augmenter les dépenses des secteurs sociaux (qui s'élève déjà à 33% des dépenses gouvernementales en 2007) à 40% d'ici 2010.

Cependant, les dépenses spécifiquement octroyées à la protection sociale sont très limitées: seulement 0,5% des dépenses est consacré au Ministère de la Famille, de la Solidarité Nationale, de l'Entreprenariat Féminin et de la Microfinance (MFSNEFMF), qui a la charge principale des programmes de protection sociale.

Au vu des contraintes budgétaires, la réallocation des ressources allouées aux programmes de faible priorité et l'amélioration de l'efficacité de l'utilisation des ressources seraient les solutions les plus évidentes pour générer des ressources supplémentaires pour la protection sociale.

### Transferts monétaires pour faire face à la pauvreté chez l'enfant

La SNPS et l'Axe 3 du DSRP-2 décrivent les dispositifs pour la mise en place d'un programme de transferts monétaires comme un moyen de réduire les risques supportés par les pauvres et de « s'assurer l'accès des groupes vulnérables aux actifs et à la pleine jouissance de leurs droits ».

Une analyse de l'impact des politiques sur la pauvreté et le social (PSIA) conduite par le FMI en 2008 a montré qu'un programme de transferts monétaires serait plus efficace que les subventions gouvernementales alors en vigueur, en termes de réduction de l'impact de la crise alimentaire et énergétique sur les pauvres.

De plus, des simulations d'impact ont montré que l'octroi d'allocations monétaires (basées sur un transfert équivalent à 30% du seuil de la pauvreté extrême pour des enfants âgés de 0 à 14 ans) réduirait l'incidence de pauvreté de 15,2% ou de 16,9%, selon les deux options simulées (un programme universel et un programme ciblé sur les ménages en dessous du seuil de pauvreté)<sup>8</sup>. Le plus grand impact du programme universel s'explique par les erreurs techniques du ciblage.

<sup>8</sup> A. Barrientos et L. Bossavie (2008), 'The Poverty Reduction Effectiveness of Child-Focused Social Transfers in Mali and Senegal: Ex-Ante Simulations', Université de Manchester, Royaume-Uni, pour l'ODI et l'UNICEF.

### Encadré 2. Piloter un programme de transferts monétaires axé sur les enfants

Une étude de faisabilité, commanditée par l'UNICEF et le Gouvernement du Sénégal et conduite par l'Economic Policy Research Institute (EPRI) d'Afrique du Sud, a recommandé un programme de transferts sociaux monétaires pour tous les enfants de moins de 5 ans, à cause de leur degré élevé de vulnérabilité, surtout en termes de nutrition. Il est proposé de lancer un programme pilote dans des zones particulièrement démunies, basé sur une analyse de l'incidence de la pauvreté et de la malnutrition, avant un passage à l'échelle nationale.

Les transferts réduiraient la malnutrition et amélioreraient l'accès à l'éducation et aux services de santé, tout en contribuant également à la croissance économique et à la réduction de la pauvreté à long terme.

Les allocations seraient payées aux mères et seraient pour un maximum de trois enfants par ménage, avec la valeur du transfert variant de 3 800 francs CFA pour le premier à 2 500 francs CFA pour le troisième, pour tenir compte des économies d'échelle. Le but serait, à terme, de couvrir près de 2,5 millions d'enfants. Le programme serait accompagné de mesures complémentaires, notamment pour améliorer la nutrition, l'accès aux services de santé et l'enregistrement des naissances.

Avec un coût de 1,7% du PIB, le programme serait soutenable sur le plan budgétaire, s'il était mis à l'échelle graduellement et son financement planifié à moyen terme. A plus long terme, les coûts diminueraient grâce à la croissance de l'économie et la baisse de la fécondité.

Source: M. Samson et C. Cherrier (2009), 'Etude de faisabilité pour un programme de transferts sociaux monétaires comme instrument majeur d'une protection sociale centré sur l'enfant au Sénégal', Economic Policy Research Institute, Cape Town.

Compte tenu des contraintes budgétaires actuelles, une étude de faisabilité récente indique qu'il serait possible de mettre en place un programme plus limité, centré sur les enfants de moins de 5 ans (voir Encadré 2). La mise en œuvre exigerait principalement un engagement politique fort, basé sur des preuves de coût-efficacité, et une planification budgétaire à moyen terme pour allouer les ressources nécessaires.

### Assurance sociale de santé

Bien que le Sénégal ait fait des progrès pour réduire la morbidité et la mortalité chez les enfants, l'atteinte de l'OMD 4 (sur la mortalité infanto-juvénile) reste incertaine. Le taux de mortalité maternelle reste également très élevé. Des progrès plus rapides seront difficiles à réaliser sans améliorations significatives de l'offre, la qualité et l'utilisation des services de santé, ainsi que dans la nutrition et l'accès à l'eau potable et à l'assainissement.

Il est d'importance primordiale de réduire les barrières financières qui freinent l'accès aux services essentiels de santé. Dans le cas des enfants, le besoin de payer les frais de consultations et de médicaments (sauf pour le traitement du paludisme qui est exonéré) augmente le risque que ceux issus des familles les plus pauvres n'aient pas accès aux soins.

Comme il l'a été indiqué précédemment, le système actuel de sécurité sociale exclut la majorité de la population et principalement ceux qui sont les plus vulnérables aux risques sociaux, sanitaires et économiques. Le système d'assurance maladie mutualiste se développe depuis les années 90 comme un moyen alternatif de financer la santé pour la population qui se trouve en dehors du secteur formel, mais, étant donné sa nature contributive, il exclut toujours les plus pauvres et vulnérables. Les mutuelles de santé ne couvrent que 3,8% de la population<sup>9</sup>.

Le DSRP-2 vise à étendre la couverture de l'assurance santé dans le secteur informel, surtout à travers les mutuelles de santé, et d'assurer la protection des

plus vulnérables et des indigents. Le Plan Sésame assure la gratuité de la prise en charge médicale des personnes âgées de plus de 65 ans. Le gouvernement a aussi introduit la gratuité du traitement du paludisme chez les enfants et les femmes enceintes ainsi que la gratuité des accouchements dans toutes les régions sauf Dakar et des césariennes dans 5 régions.

Pour accélérer les progrès vers l'OMD 4, il faut s'intéresser aux mesures plus profondes, telles que la gratuité de soins pour les enfants de moins de cinq ans. Des leçons pourront être tirées du Plan Sésame afin de planifier le financement et la mise en œuvre d'une telle initiative et d'assurer la prestation adéquate de services.

### Renforcer les services de protection des enfants

La SNPS et le DSRP-2 soulignent le besoin de développer des mécanismes de protection des enfants contre les abus. Ils comprennent des mécanismes préventifs ainsi que de riposte. Il existe déjà un cadre législatif pour la protection des enfants qui est assez compréhensif. La Convention relative aux droits de l'enfant (CDE) a été incorporée dans la Constitution en 2001. Par ailleurs, il y a un appui de taille en faveur des droits de l'enfant au niveau le plus élevé, comme le témoigne la création de la Cellule d'Appui pour l'Enfance (CAPE), sous l'égide de la Présidence. La Direction pour la Protection des Droits de l'Enfant (DPDE) au MFSNEFMF est responsable de la prestation de plusieurs services et programmes opérationnels.

Néanmoins, il serait prématuré de conclure qu'un 'système' effectif de protection des enfants est déjà installé. La capacité administrative, la coordination inter-agences et le financement gouvernemental sont très limités. Il subsiste de graves défis dans l'application de la loi, notamment dans le cas des dispositifs légaux qui vont à l'encontre d'attitudes culturelles traditionnelles. La mise en œuvre des programmes demeure aussi toujours très dépendantes des bailleurs de fonds et des ONG.

<sup>9</sup> Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale (2008), 'Élaboration d'une Stratégie nationale d'extension de la couverture du risque maladie des Sénégalais', Cellule d'Appui au Financement de la Santé et au Partenariat, Dakar.

### Implications pour la politique

La SNPS et l'axe 3 du DSRP-2 ont apporté la vision nécessaire pour le renforcement de la protection sociale, en particulier pour assurer l'accès aux soins de santé. Les enfants ont été identifiés comme un groupe vulnérable clef ayant besoin de protection sociale. Néanmoins, beaucoup reste à faire pour traduire ces engagements politiques en programmes opérationnels et efficaces.

Ceci exige, premièrement, le développement de plans de faisabilité budgétisés, tels que le plan récemment élaboré pour les transferts sociaux monétaires. De tels plans fournissent une base solide pour la prise de décision et l'engagement de ressources budgétaires.

Le deuxième défi est de renforcer la coordination à travers les secteurs et agences, étant donné la nature pluridimensionnelle de la vulnérabilité, particulièrement dans le cas des enfants, et la multiplicité des acteurs impliqués. Comme les programmes se développent, cette coordination sera essentielle pour assurer la complémentarité et pour lier les bénéficiaires à de multiples sources d'appui.

Troisièmement, il est crucial de renforcer les capacités organisationnelles et en ressources humaines pour la planification, la budgétisation et la mise en œuvre de programmes au sein des agences en charge de la protection sociale et les droits de l'enfant, y compris les directions respectives du MFSNEFMF.

Quatrièmement, sur la base de l'expérience du Plan Sésame et les exonérations de frais introduites pour

des services spécifiques de santé maternelle et infantile, il serait opportun de prendre en considération des mesures plus étendues pour réduire les barrières à l'accès des pauvres aux soins de santé. Bien qu'elles constituent une approche complémentaire précieuse, il est peu probable que les mutuelles de santé deviennent un mécanisme viable pour assurer l'accès des pauvres aux soins de santé, compte tenu des cotisations requises, à moins qu'elles ne soient transformées en système d'assurance santé nationale obligatoire fortement subventionnée par l'Etat, comme c'est le cas au Ghana. Une solution alternative serait d'introduire la gratuité des services essentiels de santé pour les enfants et les mères, accompagnés par le renforcement du financement et de l'offre de ces services.

Cinquièmement, dans la situation actuelle de crise économique mondiale et de niveau d'appui politique important pour le renforcement de la protection sociale, il serait opportun de commencer la mise en œuvre du programme envisagé de transferts sociaux centré sur les enfants. Un plan détaillé et budgétisé a été préparé, fournissant une base solide pour la prise de décisions sur son financement et sa mise en œuvre.

Sixièmement, il sera crucial d'établir des mécanismes de suivi et d'évaluation afin de pouvoir mesurer les impacts des programmes sur le bien-être de l'enfant et sur la réduction de la pauvreté, ainsi que le rapport coût-efficacité des programmes. De telles évidences sont nécessaires pour assurer l'appui politique et les engagements financiers requis pour la mise à l'échelle et la durabilité à long terme.

---

**UNICEF Bureau Régional pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre**  
wcaro@unicef.org • www.unicef.org/wcaro

avec **UNICEF Sénégal**  
B.P. 429, Dakar, Sénégal  
dakar@unicef.org

**Overseas Development Institute**  
111 Westminster Bridge Road  
London SE1 7JD, Royaume-Uni • www.odi.org.uk

© UNICEF, 2009. Produit avec le financement de l'Agence Suédoise de Coopération Internationale au Développement (ASDI).

Les résultats, interprétations et conclusions exprimés sont ceux des auteurs et ne reflètent pas nécessairement les politiques ou les points de vue de l'UNICEF et de l'ODI.

**Mise en page & graphisme :** Julie Pudlowski Consulting/ Rita Branco • **Photographie :** © UNICEF/WCARO/2009/Pudlowski