



RÉPUBLIQUE DU SÉNÉGAL



SITUATION DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS AU SÉNÉGAL

DIAGNOSTIC ET ANALYSE

unicef 

pour chaque enfant

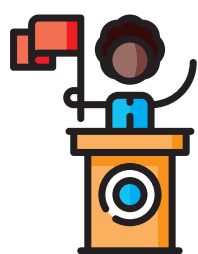


FÉVRIER 2018

SITUATION DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS AU SENEGAL

DIAGNOSTIC ET ANALYSE





PRÉFACE

Le Sénégal s'est inscrit depuis 2012 dans un nouvel agenda de transformations institutionnelles, économiques et sociales en vue d'atteindre l'émergence d'ici l'horizon 2035.

Avec la mise en œuvre du Plan Sénégal Emergent (PSE), nouveau référentiel en matière de politique économique et sociale, le Sénégal prend en compte toute la dimension de l'enfant et de l'adolescent(e) dans l'axe 2 du PSE « capital humain, protection sociale et développement durable ». L'Etat du Sénégal s'est fixé comme objectif, en instaurant un tel axe, de disposer d'un capital humain de qualité en renforçant le capital santé, la nutrition, la qualité et le niveau d'éducation des populations notamment des plus vulnérables y compris les enfants. En outre, le Gouvernement s'est résolument engagé à renforcer l'offre d'infrastructures et de services sociaux de base, d'assurer la protection sociale et l'autonomisation des groupes vulnérables dans un souci de lutter contre les inégalités et d'atteindre des conditions nécessaires pour un développement durable (PSE, 2014).

Tout compte fait, il s'est imposé à nous la nécessité d'évaluer les progrès et obstacles rencontrés dans la mise en œuvre des actions concernant le respect des droits des enfants au cours de ces dernières années.

C'est dans cette perspective que l'UNICEF, dans un souci constant d'atteindre de meilleurs résultats sur le respect des droits des enfants, s'est proposé en collaboration avec le Ministère de l'Economie, du Plan et de la Coopération de réaliser la présente analyse sur la Situation des Enfants et des adolescent(e)s au Sénégal (SITAN). Cet exercice a permis de faire un diagnostic et une analyse approfondie des avancées concernant le respect et l'atteinte des droits des enfants et des adolescent(e)s sur une base d'évidences pertinentes et crédibles allant dans le sens d'une amélioration des conditions de vie des groupes vulnérables en général.

Il ne fait pas de doute que ce rapport sur la situation des enfants et des adolescent(e)s a été une occasion pour faire la situation d'exécution des politiques publiques, d'identifier les contraintes afin de formuler des recommandations pour un développement inclusif et durable du secteur de l'enfance et de l'adolescence.

Au bout du compte, nous sommes d'avis que la présente analyse a permis de cerner étroitement les facteurs favorisant la pérennisation des interventions et la durabilité des résultats acquis pour le développement de l'enfant et de l'adolescent(e) au Sénégal mais également d'identifier les contraintes pour leur plein épanouissement.

A l'orée du trentième anniversaire de la ratification par notre pays de la convention internationale sur les droits des enfants (CDE), il nous plaît de rappeler que le Sénégal s'est orienté vers un futur prospère en direction des jeunes générations d'aujourd'hui. Le Gouvernement a davantage pris en compte la cible enfant et adolescent(e) dans les politiques publiques notamment dans le second Plan d'Actions Prioritaires du PSE. Ainsi, la SITAN est une opportunité pour le Gouvernement de contribuer au changement souhaité. Le Gouvernement s'engage à mettre l'accent sur la mise en œuvre de programmes qui répondent davantage aux besoins des enfants et des adolescent(e)s et dans le plus strict respect de leurs droits grâce aux recommandations formulées dans ce document de référence conçu de façon participative, avec tous les acteurs qui œuvrent pour le bien-être des enfants et des adolescent(e)s.

Ces politiques contribueront naturellement à la réalisation des droits de l'enfant et à l'atteinte des Objectifs de Développement Durable avec tout le bénéfice économique et social qu'on peut en tirer, pour le rayonnement du pays à travers un développement inclusif et durable.

Monsieur Amadou HOTT
MINISTRE DE L'ÉCONOMIE,
DU PLAN ET DE LA COOPÉRATION


Ministère de l'Économie,
du Plan et de la Coopération
Le Ministre
Amadou HOTT

Madame Silvia DANAILOV
REPRÉSENTANTE DE L'UNICEF



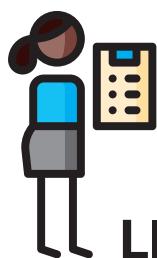


TABLE DES MATIERES

LISTE DES ILLUSTRATIONS	10
LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS	12
METHODOLOGIE	15
REMERCIEMENTS	15
RESUME	16
1 I CONTEXTE DU PAYS	25
<u>I. Situation administrative, politique et socio-économique</u>	26
1.1 Situation politico-administrative	26
1.2 Tendances démographiques et système urbain	26
1.3 Situation économique	28
1.4 Pauvreté des ménages et groupes vulnérables	29
<u>II. Politiques et orientations économiques et sociales</u>	32
2.1 Politique socio-économique et dépenses publiques consacrées aux enfants et adolescents	32
2.1.1 Politique socio-économique	32
2.1.2 Dépenses publiques consacrées aux secteurs sociaux	32
2.2 Investir sur les enfants et adolescents pour renforcer le dividende démographique	37
2.2.1 Le Sénégal et les conditions du dividende démographique	37
2.2.2 Vers une stratégie de résilience : les mesures face à l'insécurité alimentaire, à la pauvreté et au changement climatique	38
<u>III. Cadre législatif et réglementaire pour le respect des droits de l'enfant</u>	45
2 I ETATS ET TENDANCES DU SECTEUR DE L'EDUCATION	47
<u>I. Etat et tendance du secteur de l'éducation</u>	48
1.1 Demande et offre d'éducation	49
1.1.1 La petite enfance	49
1.1.2 Demande et offre de l'éducation primaire	53
1.1.3 Demande et offre de l'éducation au moyen et au secondaire	56
1.1.4 Enseignement supérieur /technique et professionnel	59
1.2 Secteur éducatif non formel	60
<u>II. Défis du secteur de l'éducation et analyse causale</u>	62
2.1 Défis du secteur	62
2.2 Analyse causale de l'éducation	62
3 I ETATS ET TENDANCES DES SECTEURS DE LA SANTE, DE LA NUTRITION, DE L'EAU, L'HYGIÈNE ET DE L'ASSAINISSEMENT	65
<u>I. Etat et tendance du secteur de la santé et de la nutrition</u>	67
1.1 Mortalité maternelle et santé de la mère	67
1.1.1 Niveaux et tendances de la mortalité maternelle	67
1.1.2 Santé de la mère et déterminants de la mortalité maternelle	68
1.2 Mortalité et santé des enfants de moins de cinq ans	71
1.2.1 La mortalité du nouveau-né et de l'enfant	71
1.2.2 Santé des enfants et état nutritionnel	74
1.3 La santé des adolescent(e)s/jeunes	79
<u>II. Défis du secteur et analyse causale</u>	83
2.1 Les défis de la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent/jeune	83
2.2 Analyse causale des mortalités maternelle et infanto-juvénile et de l'adolescent/jeune	83
<u>III. Situation des secteurs de l'eau potable, de l'assainissement et de l'hygiène</u>	85
3.1 Sous-secteur de l'eau potable	85

TABLE DES MATIERES

3.2	Sous-secteur de l'assainissement	89
3.3	Sous-secteur de l'hygiène	92
IV.	<u>Défis des secteurs et analyse causale</u>	95
4.1	Défis des secteurs et analyse causale	95
4	ETATS ET TENDANCES DES SECTEURS DE LA PROTECTION DE L'ENFANCE	97
I.	<u>Etat et tendance en protection de l'enfant</u>	98
II.	<u>Le non enregistrement à l'état civil</u>	101
2.1	Situation et tendances	101
2.2	Analyse causale	105
III.	<u>Pratiques Traditionnelles néfastes</u>	106
3.1	Les mariages d'enfant	106
3.2	Les mutilations génitales féminines/excisions	108
IV.	<u>Séparation familiale, maltraitance et violence</u>	110
4.1	Séparation familiale, circulation des enfants en dehors de la sphère familiale, mobilité	110
4.2	Les risques de maltraitance chez les enfants talibés	111
4.3	La situation des enfants vivant/évoluant dans la rue	114
4.4	Les violences physiques à l'encontre des enfants	116
4.5	Analyse causale abus, maltraitance, violence, pratiques néfastes	117
V.	<u>Travail abusif ou dangereux</u>	118
5.1	Situation et tendances	118
5.2	Analyse causale	120
VI.	<u>Enfants en conflit avec la loi et/ou en danger</u>	121
6.1	Situation et tendances	121
6.2	Analyse causale	123
VII.	<u>Opportunités, contraintes, et perspectives pour l'ensemble de la Protection de l'enfant</u>	125
5	LA DECENTRALISATION, UN LEVIER POUR REDUIRE LA PAUVRETE DES GROUPES	127
I.	<u>La gouvernance territoriale, un levier pour réduire la pauvreté des groupes vulnérables</u>	128
1.1	Processus de la décentralisation : quelques éléments de contexte	128
1.2	Capacités des collectivités dans la prise en charge des groupes vulnérables	128
II.	<u>Enjeux territoriaux des politiques pro-pauvres : essai de caractérisation régionale</u>	130
2.1	Approche méthodologique	130
2.2	Caractérisation des régions	132
2.2.1	Régions cumulant moins de risques pour les enfants	132
2.2.2	Régions caractérisées par des risques moyens pour les enfants	133
2.2.3	Régions cumulant des risques élevés	133
2.2.4	Région spécifique avec prévalence d'enfants ne vivant pas avec leurs 2 parents biologiques	134
2.2.5	Régions cumulant les risques les plus élevés pour les enfants	135
2.3	Des collectivités territoriales au service de l'équité et de la cohésion sociale pour le bien-être des enfants : donner du sens à l'Acte 3 de la décentralisation	136
	CONCLUSIONS ET PRIORITES	137
	ANNEXE 1 : Bibliographie	146
	ANNEXE 2 : Base de données cartographiques	148
	ANNEXE 3 : Base de données analyse ACP	152
	ANNEXE 4 : Liste des personnes rencontrées	155



LISTE DES ILLUSTRATIONS

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Evolution du budget général de l'Etat et du budget social	25
Tableau 2 : Bénéficiaires de mesures de protection sociale entre 2014 et 2015	33
Tableau 3: Indicateurs de Protection sociale en 2015 et 2016	34
Tableau 4 : Rappel des cibles de l'ODD 4	41
Tableau 5 : Evolution des établissements du préscolaire selon le type	43
Tableau 6 : Evolution de l'indice de parité au primaire et par région	49
Tableau 7 : ODD liés à la santé, l'eau, l'hygiène et l'assainissement	58
Tableau 8 : Mortalité maternelle par région au Sénégal en 2013	60
Tableau 9 : Formes de malnutrition	68
Tableau 10 : Lavage des mains selon les conditions socio-économiques	84
Tableau 11 : ODD se référant à la protection des enfants	88
Tableau 12 : Enregistrement des naissances des enfants de moins de 5 ans à l'état civil (%)	91
Tableau 13 : Produits de la mendicité forcée des enfants	100
Tableau 14 : Effectif des enfants retirés de la rue	101
Tableau 15 : Origine des enfants retirés de la rue	102
Tableau 16 : Récapitulatif de la Typologie des régions	117

LISTE DES GRAPHIQUES

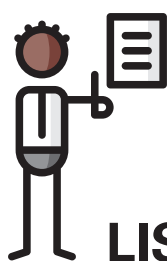
Graphique 1 : Evolution de la croissance économique	21
Graphique 2 : Part des dépenses dans le budget général de l'Etat	25
Graphique 3 : Répartition sectorielle du budget social	26
Graphique 4 : Répartition en pourcentage des structures en 2016	42
Graphique 5 : Evolution du taux brut de scolarisation	45
Graphique 6 : Taux net de scolarisation (TNS) au primaire par région	46
Graphique 7 : Evolution des établissements abritant le Secondaire entre 2007 et 2016	49
Graphique 8 : Evolution du taux net de fréquentation au Primaire – Secondaire	51
Graphique 9 : Evolution de la mortalité maternelle au Sénégal	57
Graphique 10 : Taux de fécondité par groupe d'âges pour 1 000 femmes	70
Graphique 11 : Pourcentage de femmes de 15-19 ans qui ont déjà commencé	71
Graphique 12 : Evolution des taux d'accès à l'eau potable (global, urbain, rural)	74
Graphique 13 : Traitement de l'eau selon le milieu de résidence des ménages	76
Graphique 14 : Aucun traitement de l'eau de boisson	77
Graphique 15 : Taux d'accès aux toilettes selon le type	78
Graphique 16 : Accès à des toilettes améliorées selon le milieu de résidence	78
Graphique 17 : Evolution du taux de défécation à l'air libre selon le lieu de résidence	79
Graphique 18 : Villages ATPC grâce à l'appui UNICEF entre 2010 et 2016	81
Graphique 19 : Taux d'enregistrement des enfants de moins de 2 ans et des enfants de 2-4 ans	89
Graphique 20 : Taux d'enregistrement des enfants de moins de 5 ans	89

LISTE DES ILLUSTRATIONS

Graphique 21 : Evolution de l'enregistrement des naissances des enfants	90
Graphique 22 : Pourcentage de femmes en première union avant d'atteindre l'âge de 15 ans	93
Graphique 23: Pourcentage d'enfants	97
Graphique 24 : Pourcentage d'enfants	97
Graphique 25 : % d'enfants de 1-14 ans selon les méthodes de discipline appliquées durant le mois dernier	103
Graphique 26 : Evolution des statistiques des enfants en conflit avec la loi et en danger confiés aux AEMO	107
Graphique 27 : Répartition de la population carcérale des mineurs selon le type d'infraction	109

LISTE DES CARTES

Carte 1 : Poids démographique des régions du Sénégal
Carte 2 : Incidence de la pauvreté
Carte 3 : Taux brut de préscolarisation selon le sexe et par région
Carte 4 : Taux brut de scolarisation élémentaire par région
Carte 5 : Taux brut de scolarisation secondaire général par région
Carte 6 : Utilisation de méthodes de contraception
Carte 7 : Mortalité infanto-juvénile
Carte 8 : Couverture vaccinale 2016
Carte 9 : Accès à l'eau potable par système AEP
Carte 10 : Taux d'accès à l'assainissement amélioré
Carte 11 : Taux de défécation à l'air libre
Carte 12 : Taux de non enregistrement des naissances
Carte 13 : Mariage d'enfants % des femmes de 20-24 ans dans une union
Carte 14 : Pourcentage d'enfants de moins de 18 ans ne vivant avec aucun parent biologique
Carte 15 : Pourcentage d'enfants de 5-17 ans ayant travaillé au cours de la semaine précédant l'enquête
Carte 16 : Répartition par sexe des mineurs en conflit avec la loi confiés aux services de l'AEMO



LISTE DES SIGLES ET ABBREVIATIONS

3D	Décentralisation, Démédicalisation et Démocratisation
ACHPR	Commission Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples
ACIEHA	Approche Communautaire Intégrée pour l'Eau, l'Hygiène et l'Assainissement
ACT	Analyse à Composantes Principales
AEMO	Services de l'action éducative et de la protection sociale en milieu ouvert
AEP	Adduction d'Eau Potable
AGETIP	Agence d'exécution des travaux d'intérêt Public
AME	Allaitement Maternel Exclusif
ANSD	Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie
APD	L'Aide Publique au Développement
ATPC	Assainissement Total Piloté par les Communautés
BCG	Bacille de Calmette et Guérin (vaccin contre la tuberculose)
BFEM	Brevet de Fin d'Études Moyennes
BIT	Bureau international du travail
BTP	Bâtiments et Travaux publics
CADBE	Charte Africaine des Droits et du Bien-être de l'Enfant
CAPE	Cellule d'Appui à la Protection de l'Enfance
CDE	Convention relative aux Droits de l'Enfant
CDPE	Comité Départemental de Protection de l'Enfant
CEFOREP	Centre de formation et de recherche en santé de la reproduction
CEPOD	Centre d'études de politiques pour le développement
CESE	Conseil Économique, Social et Environnemental
CGLU	Cités et Gouvernements locaux unis
CLM	Cellule de Lutte contre la Malnutrition

CM2	Cour Moyen deuxième année
CMU	Couverture Maladie Universelle
CNEC	Centre National d'État Civil
CNLTP	Cellule nationale de lutte contre la traite des personnes
CONAFE	Coalition nationale des associations en faveur des Enfants
CPN	Consultation Prénatale
CPoN	Consultation Post-natale
CRFPE	Centres Régionaux de Formation de Personnels de l'Éducation
CVPE/ CQPE	Comité Villageois de Protection de l'Enfant/Comité de Quartier de Protection de l'Enfant
DALN	Direction de l'Alphabétisation et des Langues Nationales
DCMS	Direction du Contrôle Médical Scolaire
DEMSG	Direction de l'Enseignement Moyen Secondaire Général
DEPS	Direction de l'Enseignement préscolaire
DGPPE	Direction Générale de la Planification et des Politiques Économiques
DGPPE	Direction de la Gestion et de la Planification des Ressources en Eaux
DP	Direction de la planification
DPEE	Direction de la Prévision et des Études Économiques
DPG	Division de la planification générale
DPRE/ DSP	Direction de la Planification et de la Réforme de l'Éducation
DPSE	Division de la planification sectorielle et de l'évaluation
DSMT	Dépenses Sectorielles à Moyen Terme
DSRSE	Direction de la Santé de la Reproduction et de la Survie de l'Enfant
DTC	Diphtérie, Tétanos et Coqueluche
ECPSS	Enquête Continue sur la Prestation des Services de Soins de Santé

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

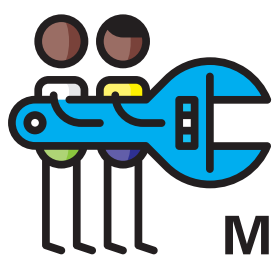
EDS	Enquête Démographique et de Santé
EDS-C	Enquête Démographique et de Santé Continue
EDS-MICS	Enquête Démographique et de Santé à Indicateurs multiples
ENPS	Enquête Nationale sur le Paludisme au Sénégal
ENPS	Enquête Nationale sur le Paludisme au Sénégal
EQJA	Éducation Qualifiante des Jeunes et des Adultes
ESAM	Enquête Sénégalaise Auprès des Ménages
FBR	Financement Basé sur les Résultats
FDAL	Fin de la Défécation à l’Air Libre
FDR	Feuille de Route
FED	Fonds Européens de Développement
FMI	Fonds monétaire international
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la Population
GEEP	Groupe pour l’Étude et l’Enseignement de la Population
GIRE	Gestion Intégrée des Ressources en Eau
HBB	Helping Babies Breathe (initiative Aider les bébés à respirer)
HCCT	Haut Conseil des Collectivités Territoriales
HSB	Hommes ayant des rapports Sexuels avec d’autres Hommes
HTA	Hypertension Artérielle
ICP	Infirmier Chef de Poste
IDH	Indicateur de Développement Humain
IRA	Infections Respiratoires Aiguës
IRD	Institut de Recherche et de Développement
IRMA	Indicateur Rayon Moyen d’Action
ISF	Indice Synthétique de Fécondité
IST	Infection Sexuellement Transmissible
JMP	Joint Monitoring Programme for Water Supply and Sanitation

MAG	Malnutrition Aiguë Globale
MEFP	Ministère de l’Économie des Finances et du Plan
MEN	Ministère de l’Éducation Nationale
MESR	Ministère de l’Enseignement Supérieur et de la Recherche
MFEEF	Ministère de la Femme, de l’Enfant et de l’Entrepreneuriat féminin
MFPAA	Ministère de la Formation professionnelle, de l’Apprentissage et de l’Artisanat
MGF/E	Mutilations Génitales Féminines/Excision
MHA	Ministère de l’Hydraulique et de l’Assainissement
MILDA	Moustiquaires Imprégnées à Longue Durée d’Action
MSAS	Ministère de la Santé et de l’Action Sociale
OCB	Organisation Communautaire de Base
OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Economique
ODD	Objectifs de Développement Durable
OFOR	Office des Forages Ruraux
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
ORLECOL	Les enfants hors ou en marge du système scolaire classique au Sénégal
PAP	Plan d’Actions Prioritaires
PAQUET-EF	Programme d’Amélioration de la Qualité, de l’Équité et de la Transparence du secteur de l’Éducation et de la Formation
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l’Enfance
PDEF	Programme Décennal de l’Éducation et de la Formation
PECMA	Prise En Charge de la Malnutrition Aiguë

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

PEPAM	Programme Eau Potable et Assainissement du Millénaire
PEPAM	Programme d'Eau Potable et d'Assainissement du Millénaire
PEPAM-AQUA	Programme Eau Potable et Assainissement du Millénaire- Appui à l'amélioration de la qualité de l'eau dans le Bassin Arachidier
PEV	Programme Élargie de Vaccination
PF	Planification Familiale
PFTE	Pires Formes de Travail des Enfants
PGAC	Politique de Gratuité de l'Accouchement et de la Césarienne
PGIRE	Projet de Gestion Intégrée des Ressources en Eau
PIB	Produit Intérieur Brut
PMH	Pompe à motricité Humaine
PNBSF	Programme National des Bourses de Sécurité Familiale
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNPF	Plan d'action National de Planification Familiale
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
POPAEN	Plan Opérationnel de Passage à l'Échelle Nationale des interventions à haut impact
PPAC	Plan Pluri Annuel Complet
PPS	Point de Prestation de Services
PSE	Plan Sénégal Émergent
PSP	Participation du Secteur Privé
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
RAC	Revue Annuelle Conjointe
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
RGPHAE	Recensement Général de la Population, de l'Habitat, de l'Agriculture et de l'Élevage

RNU	Registre National Unique
SDE	Société Des Eaux
SENN	Soins Essentiels du Nouveau-né
SES	Situation Économique du Sénégal
SITAN	Situation des Enfants et des Adolescents au Sénégal
SMART	Spécifique-Mesurable-Atteignable-Réaliste-Temporellement défini
SNAR	Stratégie Nationale de l'Assainissement Rural
SNEEG	Stratégie Nationale pour l'Équité et l'Égalité de Genre
SNPE	Stratégie Nationale de Protection de l'Enfant
SNPS	Stratégie Nationale de Protection Sociale
SNU	Système des Nation Unies
SNVBG	Stratégie nationale de lutte contre les violences basées sur le genre
SONES	Société Nationale des Eaux du Sénégal
SONU	Soins Obstétricaux et Néo-nataux d'Urgence
SR	Santé de la Reproduction
SRAJ	Santé de la Reproduction des Adolescents et Jeunes
TBS	Taux Brut de Scolarisation
TDCI	Troubles Dues à la Carence en Iode
TNS	Taux Net de Scolarisation
TPC	Taux de Prévalence Contraceptive
TPIG	Traitement Préventif Intermittent du paludisme pendant la grossesse
UCAD	Université Cheikh Anta Diop de Dakar
UDSEN	Usagers de Drogues au Sénégal
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	Agence des États-Unis pour le développement international
VBG	Violences basées sur le genre
VIH SIDA	Virus de l'Immunodéficience Humaine/ Syndrome d'Immunodéficience Acquise

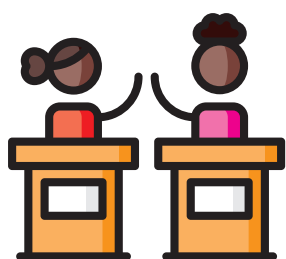


METHODOLOGIE

L'analyse de la situation des enfants et des adolescents au Sénégal 2018 (SITAN 2018) est le résultat d'un processus participatif suite à une série de consultations avec les acteurs de développement et les partenaires intervenant dans la promotion des droits des enfants au Sénégal, ainsi que d'un travail analytique appuyé par l'équipe des consultants de GERAD et par l'équipe des Programmes de l'UNICEF Sénégal.

Le document de la SITAN 2018 a été sujet de discussion et de validation dans le Comité de pilotage co-présidé par le Ministère de l'Economie des Finances et du Plan / Direction Générale de la Planification et des Politiques Economiques et UNICEF Sénégal.

Les travaux se sont déroulés sur la période aout 2017- mars 2018 et ont inclus 3 réunions du Comité de pilotage, des interviews avec les acteurs clés, la revue de la littérature et l'analyse des données et des informations clés concernant les enfants au Sénégal sur la période 2012-2017.



REMERCIEMENTS

L'UNICEF Sénégal est particulièrement reconnaissant à tous les représentants du Gouvernement, de la société civile, des partenaires techniques et financiers, et du Système des Nations Unies qui ont apporté leurs contributions à l'amélioration de l'analyse de la situation et des adolescents au Sénégal.

Les départements et les structures suivantes sont remerciés particulièrement pour leurs contributions :

- Ministère de la Sante et de l'Action Sociale
- Ministère de l'Education Nationale
- Ministère de la Femme, Famille et Genre
- Ministère de la Bonne Gouvernance et Protection de l'Enfant
- Ministère de la Justice
- Ministère du Travail
- Centre de Lutte contre la Malnutrition
- Délégation Générale a la Protection sociale et a la Solidarité Nationale
- Assemblée Nationale
- CAPE
- ANSD
- BOS
- BOM
- CONAFE
- Save the Children
- Handicap international
- Plan international
- Association Sénégalaise de l'Evaluation



RESUME

L'analyse de la situation des enfants et adolescents au Sénégal (SITAN) vise à fournir des données actualisées concernant l'évolution du bien-être des enfants et des adolescents/jeunes. Elle dresse un état des lieux sur la situation de la réalisation des droits, des politiques et des programmes concernant les enfants et les adolescents et porte sur le diagnostic des stratégies de mise en œuvre, en vue d'en tirer des enseignements, capitaliser sur les acquis et identifier les contraintes à la réalisation de leurs droits. Les conclusions serviront de cadre de référence pour fixer les priorités pour le nouveau Programme de Coopération Gouvernement du Sénégal-UNICEF; le nouveau Plan Cadre des Nations Unies pour l'Assistance au Développement du Sénégal; puis le Programme d'Actions Prioritaires du Plan Sénégal Émergent (PAP/PSE) 2019-2023.

La SITAN trouve sa pertinence dans le contexte sociodémographique actuel du Sénégal marquée par la jeunesse de sa population. La proportion des moins de 5 ans représente 16,65% et les moins de 15 ans, 43,19% de la population totale, suivant les données du Recensement Général de la Population, de l'Habitat, de l'Agriculture et de l'Elevage (RGPHAE 2013). Avec cette jeune population, le Sénégal va enregistrer les effets maximums du dividende démographique s'il met en œuvre une approche de développement intégré qui optimise simultanément des investissements dans le domaine économique, de l'éducation, de la planification familiale, de la santé, de la protection sociale et de la gouvernance. Toutefois, les ressources consacrées à ces secteurs demeurent faibles malgré les efforts consentis. Le rapport sur l'analyse des dépenses publiques dans les secteurs sociaux au Sénégal sur la période 2006-2013 (MEFP/DGPPE et UNICEF, 2016) avait mentionné la nécessité d'allouer davantage de ressources aux secteurs sociaux.

Le Sénégal a adopté depuis 2014 un nouveau modèle de développement pour accélérer sa marche vers l'émergence inscrite dans le « **Plan Sénégal Émergent (PSE)** ». L'axe 2 du PSE « **capital humain, protection sociale et développement durable** » constitue le socle autour duquel s'articulent les politiques sectorielles (santé, éducation, protection sociale, protection de l'enfant, etc.) Ainsi la SITAN se propose de fournir des évidences par rapport à la réalisation des engagements du PSE pour faciliter la prise de décision dans le cadre de la formulation de la phase 2 du PSE. Au terme de la collecte et de l'analyse des données, les résultats obtenus de cette analyse situationnelle sont :

Dans le domaine de la protection sociale des groupes vulnérables, les enfants vivant dans les ménages pauvres sont plus exposés aux risques d'état nutritionnel déficitaire, à un faible accès aux services sociaux de base (santé, éducation, etc.), de non enregistrement à l'état civil, au travail abusif et aux pratiques néfastes. Ceci est conforté par les résultats de la SN-MODA de décembre 2014 (MEFP/ANSD/UNICEF) qui révèle qu'en 2011, l'incidence de la pauvreté monétaire des enfants du groupe d'âge 0-5 ans est de 50,6% alors qu'elle est de 48,8% pour la tranche d'âge des 5-14 ans¹, et qu'un tiers des enfants subissent la pauvreté monétaire et multidimensionnelle à la fois.

Les enfants et les jeunes sont d'autant plus vulnérables qu'ils sont confrontés au manque de services de protection sociale. Les systèmes traditionnels de solidarité communautaire ou familiale dans le cadre de la famille élargie s'effritent progressivement. Les principaux gaps sont les suivants :

- le déficit de protection sociale qui ne couvre pas encore toutes les couches vulnérables dans un

contexte d'effritement des mécanismes traditionnels, familiaux et communautaires de solidarité ;

- la persistance de la pauvreté surtout en zone rurale ;
- la non scolarisation et l'abandon scolaire en cours d'année ou entre les cycles d'apprentissage qui limitent le développement du capital humain ;
- la malnutrition chez les enfants en cas de précarité des conditions de vie des ménages ;
- un accès insuffisant aux services sociaux de base et la faiblesse des revenus des parents.

C'est dans ce contexte de vulnérabilité et de faiblesse des mécanismes de protection sociale d'une frange importante de la population que le Gouvernement a mis en place la Stratégie Nationale de Protection Sociale (SNPS) qui vise à réduire l'impact des chocs qui menacent directement les groupes les plus vulnérables en aidant les ménages à mieux gérer les risques et en favorisant leur accès aux services sociaux de base. Ces efforts devront néanmoins être renforcés en vue d'un accès universel à la protection sociale et aux différents services sociaux.

Pour la santé maternelle, néonatale/infantile et juvénile, l'analyse a montré que beaucoup d'efforts ont été fait dans ce domaine avec :

- une baisse du taux de mortalité maternelle passant de 392 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2010 (EDS-MICS, 2010-2011) à 315 décès selon les estimations du Système des Nations Unies (Count-down 2017) ;
- une baisse progressive du taux de mortalité néonatale de 21‰ naissances vivantes en 2016, alors qu'il était de 29‰ naissances vivantes en 2010 ;
- pendant la période 2011 à 2016, 36‰ enfants nés vivants sont décédés avant d'atteindre leur premier anniversaire dont 21‰ entre 0 et 1 mois et 15‰ entre 1 et 12 mois ;
- le quotient de mortalité infanto-juvénile de 115‰ selon l'EDS-MICS 2010-2011, passé à 51‰ selon l'EDS-C 2016, soit une baisse de 64 points de pourcentage.

Cependant, beaucoup d'efforts restent à faire pour réduire les taux de mortalité maternelle, néo-natale, infantile et infanto-juvénile qui se situent toujours à des niveaux très élevés au Sénégal en raison de la persistance des barrières socioculturelles et religieuses. Ceci nécessite des réponses multiples et coordonnées en faisant focus sur le niveau communautaire où la prévalence est plus importante. En effet, il est constaté :

- un gap par rapport aux cibles des OMD qui étaient de 253 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes. Le risque de décès et de morbidité maternels est plus élevé chez les adolescentes que chez les femmes de plus de 20 ans ; l'objectif fixé en 2015 qui est d'un taux de mortalité néonatale de 16‰ naissances vivantes n'a pas pu être atteint. De plus, la part de la mortalité néonatale dans la mortalité infanto-juvénile est très élevée de 40%.
- une forte prévalence de la malnutrition caractérisée par un taux conséquent d'enfants ayant un retard de croissance ;
- une insuffisance de l'offre de services diversifiés pour la prise en charge des besoins adaptés aux adolescents/jeunes ;
- une forte prévalence de mariages d'enfants et de grossesses précoces chez les adolescents/jeunes, etc.

Ceci nécessite des réponses multiples et coordonnées en faisant focus sur le niveau communautaire et la persistance des barrières socioculturelles et religieuses etc.

RESUME

En matière d'eau, d'hygiène et d'assainissement, les résultats du diagnostic, basés sur l'EDS-C 2016 ont montré que le taux d'accès en 2016 s'établit comme suit :

- source d'eau améliorée : 81,7% des ménages ;
- toilettes améliorées non partagées : 44,7% des ménages ;
- toilettes améliorées partagées : 23,3% des ménages ;
- lavage des mains avec de l'eau et du savon : 67,4% des ménages.

Les objectifs fixés par le Sénégal pour l'atteinte des cibles 1, 2 et 3 de l'ODD 6 est un taux d'accès universel à l'eau potable respectant les qualités bactériologiques et d'améliorer le taux d'accès à des systèmes d'assainissement appropriés afin d'avoir un taux de 80% en 2025 et de réduire le taux de défécation à l'air libre à 11% en 2025. L'ampleur des gaps en matière d'accès et de comportements inadaptés en matière d'hygiène s'établit comme suit :

- 17,9% des ménages ont recours à des sources d'eau non améliorées ;
- 16,7% des ménages utilisent des latrines traditionnelles ;
- 14,7% des ménages ont recours à la nature ;
- 7,6% des ménages ne disposent pas d'eau, ni de savon, encore moins de produit nettoyant pour le lavage des mains.

En matière d'éducation/formation, l'exploitation des différents rapports nationaux sur la situation de l'éducation a permis faire les constats suivants :

- le taux brut de préscolarisation est de 17,5% en 2016, alors qu'il était de 10,7% en 2010 ;
- le taux brut de scolarisation au primaire est passé de 94,4% en 2010 à 86,1% en 2016 ;
- le taux brut de scolarisation au moyen a connu une légère hausse en passant de 45% en 2010 à 54,4% en 2016 ;
- le taux brut de scolarisation au secondaire était de 19,4% en 2010, contre 34,1% en 2016, soit une hausse de 14,7 points de pourcentage entre 2010 et 2016.

L'analyse de la situation de l'éducation a révélé des offres d'éducation faibles quel que soit le niveau d'enseignement et variables selon les régions en raison, entre autres, des structures, systèmes et normes socialement établis par les communautés. Ceci se traduit par des inégalités dans les statuts et capacités de décision et d'accès des enfants au système éducatif formel. D'ailleurs, l'étude nationale sur les enfants et les jeunes hors du système éducatif au Sénégal a mis en évidence l'ampleur des gaps, avec :

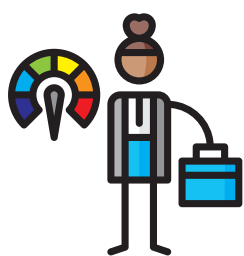
- 37% des enfants et jeunes âgés de 6 à 16 ans, soit un effectif de 1.498.286 qui étaient hors du système éducatif en 2016, ce qui représente plus d'un enfant sur trois. Ce taux est fortement tiré par les garçons (57%) ;
- 20 % des enfants et jeunes de 6 à 16 ans scolarisés qui sont à risque de décrochage scolaire en 2016 du fait de multiples causes (facteurs socioculturels, pauvreté-éloignement et indisponibilité des écoles, désaffection à l'égard de l'école éprouvée par l'enfant, manque de moyens financiers/frais de scolarité élevés, normes sociales relatives au sexe de l'enfant et les échecs répétitifs...) ;
- une stagnation des taux nets de scolarisation et d'achèvement au cours des dernières années et qui sont en dessous des cibles fixées par l'Etat ;
- une importante déscolarisation qui caractérise le système scolaire, ce qui est révélatrice de difficultés structurelles, etc.

Pour la protection de l'enfant, alors que les engagements des ODD visent un enregistrement universel et gratuit des enfants à la naissance, l'abandon total de l'excision et du mariage d'enfant, l'éradication de la violence à l'encontre des enfants et du travail des enfants sous toutes ses formes, les dernières données de l'EDS et les résultats de l'analyse indiquent les défis suivants restant à relever :

- près de 30% des enfants de moins de 5 ans ne sont pas enregistrés à l'état civil, avec des disparités importantes entre les régions, et entre le milieu rural (39,5%) et le milieu urbain (12,8%) ;
- le mariage d'enfants persiste encore dans le pays (3,7% des filles de 12-14 ans et 21,3% des adolescentes de 15-19 ans) même si la prévalence nationale a légèrement baissé (en 2016, le pourcentage de femmes mariées avant l'âge de 15 ans est de 9,6%, alors que ce taux était de 15,1% en 2010-2011 ;
- 13,6% des filles âgées de 15-19 ans sont excisées selon l'EDS-C 2016 ;
- 15% des enfants de moins de 18 ans ne vivent avec aucun de leurs parents ;
- 6 % des enfants de moins de 18 ans sont orphelins de père et/ou de mère ;
- 30.000 enfants talibés à Dakar pratiquent la mendicité plus de 5 heures par jour, tandis que la situation reste méconnue sur le reste du territoire ;
- 24,3% des enfants âgés de 5-17 ans effectuent un travail préjudiciable à leur santé et/ou leur développement ;
- 4,1% de la population carcérale est constituée de mineurs, sans automatiquement une stricte séparation d'avec les adultes ;
- Pour atteindre les objectifs visés, les efforts doivent s'accélérer pour stimuler la demande d'état civil et renforcer l'accès à des services d'état civil de qualité, et s'intensifier pour mettre fin aux comportements abusifs ou dangereux pour les enfants et répondre de manière adaptée et selon les standards internationaux, aux besoins de protection et de réhabilitation des enfants victimes ou ayant besoin d'une protection spéciale, à travers : une communication adaptée et ciblée pour le changement de normes sociales et de comportements ; un renforcement de la détection et de l'accès des enfants à des services de protection de qualité, y compris de l'état de droit pour les enfants – en termes d'accès à la justice et de répression des abus commis à leur encontre.

Les résultats de l'analyse de la situation des enfants et des adolescents ont permis de caractériser les territoires selon leurs spécificités afin de mieux orienter les prises de décisions. Ils ont également permis de formuler des recommandations dont la synthèse se présente comme suit :

- améliorer la qualité de l'enseignement/l'apprentissage avec un accent particulier sur la formation continue des enseignants, l'amélioration de la pertinence des cursus scolaires pour le développement économique, l'élaboration et la mise en œuvre d'un système d'assurance-qualité et de suivi/évaluation des intrants, processus, de la performance et de l'impact de l'apprentissage ;
- poursuivre les activités de renforcement de capacités de dialogue et de plaidoyer jusqu'aux plus hautes instances du gouvernement sur des questions parfois sensibles liées à la santé et aux droits humains des enfants, le plus souvent dépendants des structures, systèmes et normes socialement établis par leurs communautés ;
- atténuer de manière substantielle les fractures spatiales constatées en matière d'accès aux services sociaux de base et de prévalence de pratiques et d'attitudes non conformes aux normes en matières d'hygiène et potentiels vecteurs de pathologies d'origine hydrique ;
- renforcer les moyens d'actions et de décision des structures de protection de l'enfance, avec une logique décentralisatrice qui passe par la responsabilisation des collectivités territoriales.



QUELQUES INDICATEURS CLES

ODD	DONNEES	EDS-MICS 2010/2011	EDS-C 2015	EDS-C 2016
DEMOGRAPHIE				
<i>Sources : ANSD-projections/ RGPHAE 2013/Rapport sur le Développement Humain</i>				
	Population (en milliers d'habitants)	13 508	nd	14 321
	Taux d'accroissement annuel de la population (2002 – 2013)	2,2%	nd	nd
	Population urbaine (en milliers d'habitants)	6 102	nd	6 839
	Population de moins de 5 ans (en milliers d'habitants)	2 125	nd	2 384
	Population de 5-14 ans (en milliers d'habitants)	3 344	nd	3 801
	Population de 15-24 ans (en milliers d'habitants)	2 433	nd	2 919
	Indice du développement humain (IDH)	0,459	0,494	nd
	Classement selon IDH sur 177 pays	155 ^{ème}	162 ^{ème}	nd

PAUVRETE

Sources : SN-MODA de décembre 2014, MEFP/ANSD/UNICEF

1.2	Taux de pauvreté monétaire des enfants de moins de 18 ans	49,2%	nd	nd
1.2	Taux de pauvreté monétaire des enfants de moins de 5 ans	50,6%	nd	nd
1.2	Taux de pauvreté monétaire des enfants de 5 à 14 ans	48,8%	nd	nd
1.2	Taux de pauvreté monétaire des enfants de 15 à 17 ans	47,5%	nd	nd

QUELQUES INDICATEURS CLES

ODD	DONNEES	EDS-MICS 2010/2011	EDS-C 2015	EDS-C 2016
SURVIE DE LA MERE ET DE L'ENFANT				
<i>Sources : EDS-MICS 2010-2011/ EDS-C 2016</i>				
3.1	Taux de mortalité maternelle (nombre de décès maternels pour 100 000 naissances vivantes)	392	nd	315
3.2	Couverture en penta3 (0-11 mois)	83%	nd	87,6%
3.2	Pourcentage d'enfants ayant une pneumonie traitée par antibiotique	26,2%	nd	34,5%
3.2	Couverture en RR1 (0-11 mois)	82,1%	nd	70,8%
3.2	Pourcentage cas de diarrhée pris en charge par SRO+Zinc chez les enfants de 6-59 mois	22,6%	nd	27,3%
3.2	Pourcentage d'enfants de 0-5 ans ayant dormi sous MILDA la nuit précédant l'enquête	34,5%	nd	65,8%
3.2	Taux de décès néonatal (enfants nés vivants mais décédés entre la naissance et le 28e jour de vie)	29‰	nd	21‰
3.2	Taux de Mortalité Infantile (enfants de moins de 1 an pour 1000 naissances vivantes)	47‰	39‰	36‰
3.2	Taux de Mortalité Infanto Juvénile (enfants de moins de 5 ans pour 1000 naissances vivantes)	115‰	59‰	51‰

SANTE DE LA MERE ET NOUVEAU NE*Sources : EDS-MICS 2010-2011/EDS-C 2015/EDS-C 2016/Spectrum, 2016*

3.7	Taux d'achèvement en CPN ou proportion des femmes ayant terminé leur 4 CPN selon les normes	50%	47%	54%
3.7	Taux d'accouchements effectués dans les structures sanitaires	73%	75%	76%
3.7	Pourcentage d'accouchements assistés par un personnel qualifié	65,1%	53%	59%
3.7	Taux de couverture en CPON 1	64%	74%	67%
	Pourcentage des nouveau-nés de faible poids à la naissance	16%	nd	17%
3.7	Taux de prévalence contraceptive	12%	21%	23%
3.7	Besoins non satisfaits en Planification Familiale	39,10%	25%	24%
3.3	Taux de couverture en traitement ARV chez les femmes enceintes	nd	nd	67%
3.3	Taux de couverture en traitement ARV chez les enfants vivant avec le VIH	nd	nd	33%

QUELQUES INDICATEURS CLES

ODD	DONNEES	EDS-MICS 2010/2011	EDS-C 2015	EDS-C 2016
NUTRITION				
<i>Sources : EDS-MICS 2010-2011/EDS-C 2015/EDS-C 2016</i>				
2.2	Prévalence de la malnutrition aiguë chez les enfants de moins de 5 ans		7,8%	17%
2.2	Prévalence de la malnutrition chronique	27%		17%
2.2	Prévalence d'enfants de 6 -59 mois présentant une anémie	76%	66%	66%
2.2	Pourcentage de nouveaux nés mis au sein une heure après l'accouchement, ou dans l'heure qui suit l'accouchement	48%	31%	29%
2.2	Pourcentage de bébés de moins de 6 allaités exclusivement au sein	39%	33%	36%
2.2	Pourcentage d'enfants 6 -23 mois qui ont reçu la diversité alimentaire minimum	24,5%	nd	23%
2.2	Pourcentage de ménages disposant de sel iodé		58%	64,7%
2.2	Taux de couverture des enfants de 6-59 mois supplémentés en Vit A	78,4%	nd	76,9%
2.2	Pourcentage enfants 12 -59 mois déparasités en Albendazole	55,5%	nd	nd

SANTE DE LA REPRODUCTION DES JEUNES ET DES ADOLESCENTS*Sources :EDS-MICS 2010-2011/EDS-C 2015/EDS-C 2016*

3.3	Pourcentage de Filles adolescentes 15-19 qui ont fait le test VIH et ont récupéré les résultats	nd	18,9%	nd
3.3	Pourcentage de Garçons adolescents 15-19 qui ont fait le test VIH et ont récupéré les résultats	nd	10,8%	nd
3.7	Taux de fécondité des adolescentes 15 -19 ans pour 1000 femmes	93‰	80‰	72‰
3.7	Pourcentage de femmes de 20-24 ans ayant accouchés avant l'âge de 18 ans	21,5%	nd	17%
3.7	Pourcentage d'adolescents 15 19 ans qui ont déclaré qu'un condom avait été utilisé lors du dernier rapport sexuel	nd	52,7%	nd
3.7	Pourcentage d'adolescentes 15 19 ans qui ont déclaré qu'un condom avait été utilisé lors du dernier rapport sexuel	nd	47,5%	nd
3.3	Pourcentage d'adolescentes 15-19 ans qui ont des connaissances complètes sur le VIH-Sida	27,3%	22,2%	nd
3.3	Pourcentage d'adolescents 15-19 ans qui ont des connaissances complètes sur le VIH-Sida	30,7%	26,7%	nd
3.3	Prévalence du VIH chez les adultes âgés de 15 à 49 ans	0,7 %	nd	nd
3.3	Prévalence du VIH chez les jeunes filles de 15-24 ans	0,3 %	nd	nd
3.3	Prévalence du VIH chez les jeunes de 15-24 ans	0,1 %	nd	nd

QUELQUES INDICATEURS CLES

ODD	DONNEES	EDS-MICS 2010/2011	EDS-C 2015	EDS-C 2016
EDUCATION				
<i>Sources : RN 2010/ EPT 2015 / RNSE 2016</i>				
4.2	Taux brut de préscolarisation	10,7%	16,5%	17,5%
4.2	Indice de parité au préscolaire	1,1		1,6
4.1	Taux brut de scolarisation au primaire	94,4%	84,4%	86,1%
4.5	Indice de parité au primaire	1,09	1,14	1,15
4.1	Taux d'achèvement du primaire	59,1%	59,3%	59,9%
4.5	Poids des locaux aménagés pour handicapés dans les écoles publiques	nd		18,2%
4.1	Taux brut de scolarisation au moyen	45,0%	58,4%	54,4%
4.5	Indice de parité au moyen	0,91		1,15
4.1	Taux de réussite au BFEM	47,5%	43,20%	51,85%
4.1	Taux brut de scolarisation au secondaire	19,4%	33,2%	34,1%
4.5	Indice de parité au secondaire	0,76	0,88	0,97
4.1	Taux de réussite au baccalauréat	38,10%	31,80%	36,76%
4.1	Pourcentage d'enfants de 6-11 ans n'ayant jamais été scolarisé	43,4%	nd	nd
4.1	Taux net de scolarisation au primaire (EDS-C)	54,2%	50,7%	49,8%
4.5	Taux net de scolarisation au moyen (EDS-C)	28,4%	nd	nd
4.5	Taux net de scolarisation au secondaire (EDS-C)	nd	28,9%	26,1%

EAU, HYGIENE ET ASSAINISSEMENT*EDS-MICS 2010-2011/EDS-C 2015/EDS-C 2016*

6.1	Taux d'accès à une source d'eau améliorée	78,9%	74,2%	81,8%
6.3	Pourcentage de ménages qui utilisent une source d'eau non améliorée	19,5%	20%	17,9%
6.3	Pourcentage de ménages qui n'effectuent aucun traitement de l'eau de boisson	66,4%	71,2%	75,2%
6.2	Taux d'accès à des toilettes améliorés partagées ou non partagées	60%%	65,1%	78,0%
6.2	Taux de défécation à l'air libre	17,7%	14,4%	14,7%
6.2	Taux de lavage des mains avec du savon (ménages)	44,8%	70,0%	67,4%

QUELQUES INDICATEURS CLES

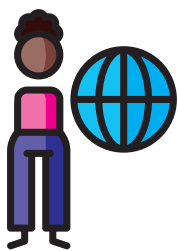
ODD	DONNEES	EDS-MICS 2010/2011	EDS-C 2015	EDS-C 2016
PROTECTION DE L'ENFANCE				
16.9	Taux d'enregistrement à l'état civil des enfants de moins de 5 ans	74,6	80,4%	70,4%
16.9	Taux d'enregistrement à l'état civil des enfants de moins de 2 ans	73,8%	81,4%	69,6%
16.9	Taux d'enregistrement à l'état civil des enfants de 2-4 ans	75%	79,8%	70,9%
16.9	Taux d'enregistrement à l'état civil des enfants de moins de 5 ans en milieu urbain	89,3%	86,2 %	87,2%
16.9	Taux d'enregistrement des naissances en milieu rural	65,9%	77,2%	60,5%
5.3	Pourcentage de femmes de 15-19 ans actuellement mariées ou en union	23,8%	21,3%	
5.3	Pourcentage de filles de moins de 15 ans excisées		14,6%	13,6%
5.3	Pourcentage de femmes de 15-19 ans excisées	24%	22,2%	20,6%
5.3	Pourcentage de filles excisées avant l'âge de 5 ans	72,4%	67,6%	72,2%
5.3	Pourcentage de filles excisées à l'âge de 5-9 ans	13,7%	17,2%	13%
5.3	Pourcentage de filles excisées à l'âge de 10-14 ans	6,3%	6,6%	6, %
8.7	Pourcentage d'enfants de 5-17 ans qui participent à des activités économiques et domestiques		23%	24,3%
8.7	Pourcentage d'enfants de 5-11 ans ayant participé à des activités économiques pendant au moins une heure		19,7%	20%
8.7	Pourcentage d'enfants de 12-14 ans ayant participé à des activités économiques pendant moins de 14 heures		14,1%	16,4%
8.7	Pourcentage d'enfants de moins de 18 ans ne vivant avec aucun des deux parents	15,1%		15% %
8.7	Pourcentage d'enfants de moins de 18 ans orphelins avec un ou les deux parents décédés	7,2%		6%



CONTEXTE DU PAYS



1 | CONTEXTE DU PAYS



SITUATION ADMINISTRATIVE, POLITIQUE ET SOCIO-ECONOMIQUE

1.1 Situation politico-administrative

Sur le plan politique, le Sénégal constitue un État démocratique, stable, caractérisé par le multipartisme. Le pays a déjà enregistré deux alternances sur la base d'élections libres respectivement en 2000 et en 2012. Sur le plan administratif, une nouvelle Constitution a été adoptée en avril 2016² et l'organisation territoriale comprend, avec l'avènement de l'Acte 3 de la décentralisation³, des circonscriptions administratives composées de 14 régions, 45 départements, 117 arrondissements et des collectivités territoriales comprenant 42 départements et 557 communes. Avec ce découpage, l'objectif est «d'organiser le Sénégal en territoires viables, compétitifs et porteurs de développement durable» et à renforcer les responsabilités des collectivités territoriales en consacrant la territorialisation comme levier de performance des politiques publiques ce 1) en supprimant la région collectivité locale, 2) en érigeant les départements en collectivités locales, 3) en érigeant les anciennes communautés rurales et communes d'arrondissement en communes de plein exercice. Les objectifs de l'Acte 3 de la décentralisation sont d'ailleurs au cœur du Plan Sénégal Émergent, le cadre de référence en matière de politiques publiques.

1.2 Tendances démographiques et système urbain

La population sénégalaise est marquée par une croissance rapide, avec des disparités spatiales et un sexe ratio légèrement favorable aux femmes (50,1%). Près de la moitié de la population (48,6%) est âgée de moins de 18 ans (RGPHAE, 2013).

D'après le dernier recensement, la population actuelle est de 13 508 715 habitants (RGPHAE 2013) contre 9 858 482 en 2002, soit un taux d'accroissement annuel moyen inter-censitaire de 2,5%. Les régions de Dakar (3,4%), et de Diourbel (3,8%)⁴ ont les taux d'accroissement les plus élevés largement au-dessus de la moyenne nationale qui est de 2,5% (ANSD, Situation Économique et Sociale Dakar et Diourbel 2014).

La structure par âge montre l'extrême jeunesse de la population, avec la tranche d'âge 0-14 ans qui représente 41,8% de la population (ANSD projections, 2017) tandis que la tranche d'âge de 0-4 ans représente 16,2% de la population nationale.

Cette tendance démographique est favorisée par un niveau de fécondité qui reste élevé, malgré une légère diminution au cours des dernières décennies. En effet, l'Indice Synthétique de Fécondité (ISF) est de 4,6 enfants par femme en âge de procréer (EDS-C, 2016), alors qu'il était de 6,03 enfants par femme dans l'Enquête Démographique et de Santé (1992-1993). L'ISF varie, en 2016, selon le milieu de résidences (3,5 en milieu urbain et 5,9 en milieu rural), le quintile de bien-être économique (7,1 pour le quintile le plus bas et 3,4 pour le quintile le plus élevé) et la situation géographique (5 au Nord, 3,7 à l'Ouest, 5,5 au Centre et 5,6 au Sud).

2. Loi n°2016-10 du 05 avril 2016 portant révision de la Constitution.

3. Loi n°2013-15 du 28 décembre 2013 portant Code des collectivités locales.

4. Dakar en termes de poids démographique est la région la plus peuplée du Sénégal et Diourbel qui accueille un important foyer religieux la troisième région selon le dernier recensement (ANSD, 2014) (Cf. carte 1).

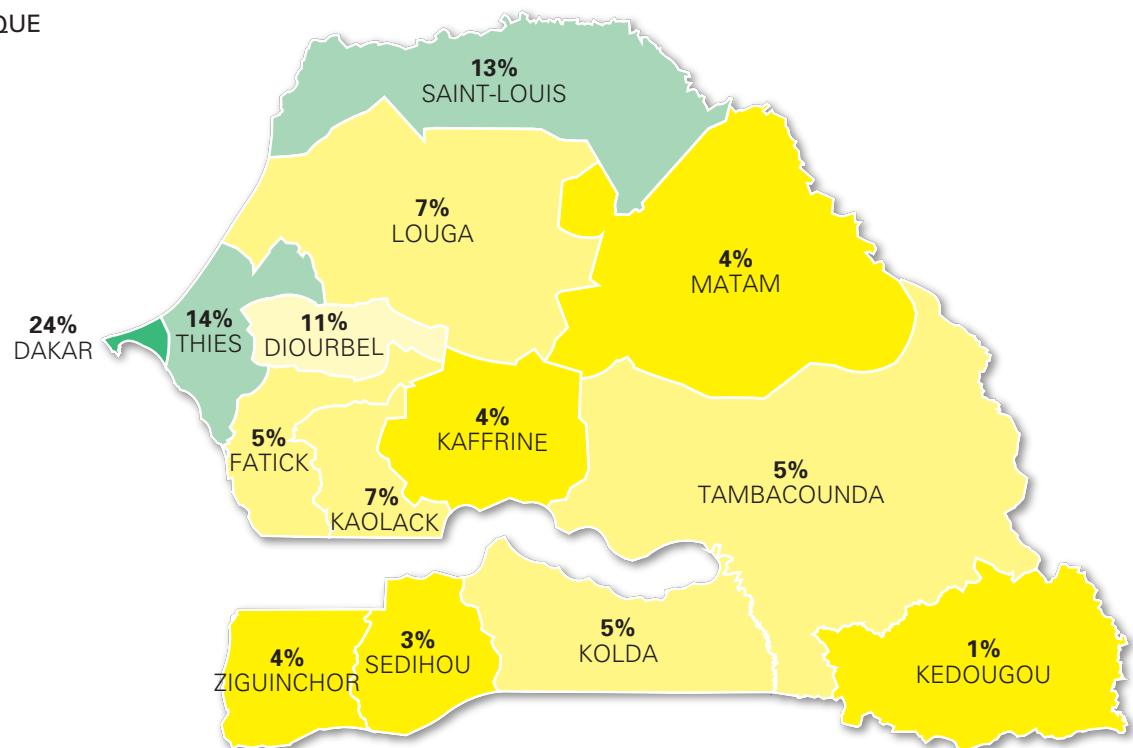
CONTEXTE DU PAYS I 1

La carte de la répartition de la population montre des disparités avec une nette représentation démographique des régions de Dakar, Thiès et Diourbel. Ces régions concentrent 48% de la population du Sénégal avec de fortes densités de peuplement Dakar (5735 habitants /km²), Diourbel (311 habitants/km²) et Thiès (268 habitants/km²), selon le RGPHAE de 2013. Parallèlement, les régions situées dans la zone Est du pays présentent les plus faibles densités : Kédougou (9 habitants /km²), Tambacounda (16 habitants /km²) et Matam (19 habitants /km²).

Carte 1 : Poids démographique des régions du Sénégal

POIDS DEMOGRAPHIQUE

- de 1 à 4%
- de 5 à 7%
- de 8 à 11%
- de 12 à 14%
- de 15 à 24%



Source : RGPHAE 2013/ANSD

A ces déséquilibres spatiaux dus aux inégalités de développement économique observées entre villes et campagnes en général et, entre la capitale (Dakar) et le reste du pays en particulier, s'ajoute une urbanisation rapide particulièrement dans les régions situées dans la partie Ouest du pays. Le taux d'urbanisation a pratiquement doublé presque 5 décennies passant de 23% en 1960 à 45% en 2013 (RGPHAE, 2013). Le taux d'urbanisation de la région de Dakar est de 96,5%, alors que celui de la région de Kaffrine s'élève à 15,1% (ANSD, SES-Dakar et SES- Kaffrine 2014), un processus d'urbanisation alimenté par une importante vague d'immigration avec un exode rural notable dans les régions périphériques. Cette situation pose un défi de taille pour le Sénégal en raison de l'ampleur de la demande sociale qu'elle induit en termes de création d'emplois, de logements décents, d'infrastructures et d'équipements socio-éducatifs d'accueil mais aussi en matière de politique sanitaire et de protection sociale, de transports publics, de sécurité, entre autres. En résumé, le dispositif de gouvernance territoriale sénégalais notamment dans sa structure urbaine est marqué par un déséquilibre aigu. Il s'organise et fonctionne à partir de l'agglomération dakaroise qui constitue ainsi le premier niveau de complexité de la hiérarchie urbaine.

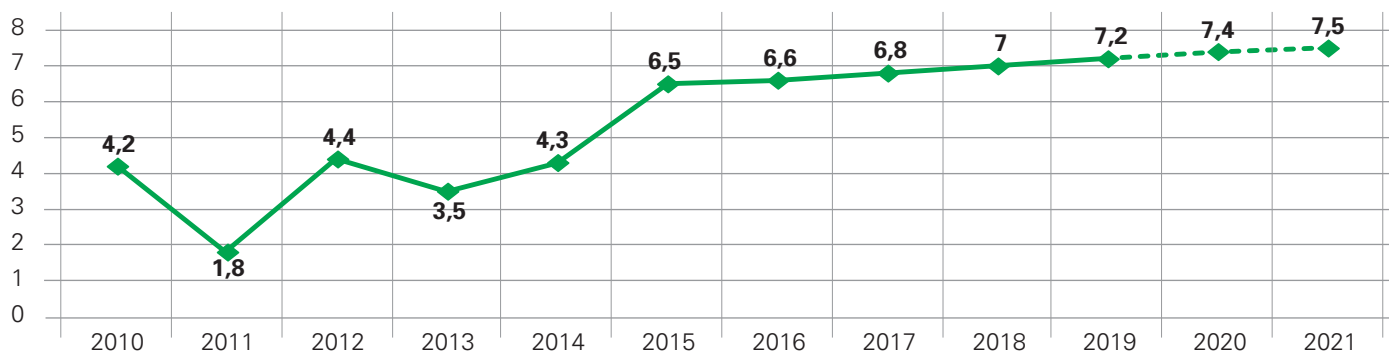
1 | CONTEXTE DU PAYS

1.3 Situation économique

En plus des contraintes démographiques qui indiquent conséquemment les besoins à satisfaire, l'analyse de la situation économique et financière du pays est le préalable pour une bonne mise en œuvre d'une politique sociale notamment dans les secteurs de l'éducative, de la santé et de l'action sociale. En effet, le développement de ces secteurs est lié à la disponibilité de ressources nationales et la capacité à mobiliser des ressources externes.

Le Sénégal fait désormais partie des pays d'Afrique subsaharienne à croissance rapide avec un taux de croissance économique passant de 3,2 % en 2000 à 3,5% en 2013. Il a enregistré un bond de 6,6% en 2016 avec une inflation maîtrisée à moins de 1% ; cette croissance est essentiellement due à la réalisation de projets d'infrastructures publiques et à la performance de nos politiques agricoles avec les résultats positifs obtenus par nos différentes campagnes⁵.

Graphique 1 : Evolution de la croissance économique



Source : DPEE, projections 2017-2021

Le secteur tertiaire représente 57% du Produit Intérieur Brut (PIB) suivi respectivement du secondaire (23%) et du primaire (20%) (CCA, 2018). Les performances économiques notées ces dernières années sont sans nul doute liées aux réformes entreprises par l'Etat conformément au Plan Sénégal Emergent (PSE) en 2014. Le PSE décline clairement les ambitions du Gouvernement qui consiste à transformer structurellement notre économie de façon durable, pour améliorer significativement le bien-être de nos concitoyens et à enclencher une dynamique de croissance soutenable lui permettant de bâtir une société solidaire dans un Etat de droit et de faire partie des pays émergents à l'horizon 2035.

Toutefois, selon l'OCDE (2017), l'atteinte de notre émergence économique est, pour le moment, freinée par les contraintes majeures ci-après :

- les faiblesses des rendements du système éducatif qui entravent les capacités du Sénégal à avoir une main d'œuvre qualifiée pénalisant ainsi la compétitivité de nos entreprises, la productivité des travailleurs, l'employabilité des jeunes, une protection sociale efficace pour les couches vulnérables, l'accès aux financements pour des initiatives communautaires de développement pour lutter contre la pauvreté des ménages et groupes vulnérables ;
- les dysfonctionnements du régime fiscal et de son administration quant à sa capacité à concilier la nécessité de la mobilisation des ressources pour financer le développement et la nécessité voire l'obligation, pour le secteur privé, à alléger les procédures fiscales, à faciliter par des politiques d'incitation avec le système d'exonération par exemple pour une promotion de l'activité économique ;
- Au plan socio-économique, la persistance de la pauvreté, des inégalités sociales entravent l'atteinte des objectifs de bien-être pour tous. En effet, les villes et la frange côtière occidentale sont favorisées

comparativement aux zones rurales et au reste du pays. Au cours des deux dernières décennies, les niveaux de pauvreté ont connu des fluctuations significatives liées aux changements au niveau du contexte socio-économique et des politiques dans ce domaine.

- Le poids de la dette estimé à 62,3% (RAC/DGPPE, 2017) proche du seuil fixé par l'Union régionale à 70% freine également les possibilités de financement de l'Etat pour les projets structurants et les projets sociaux et destinés pour le bien-être des enfants. Le Fonds Monétaire International (FMI) interpelle le Gouvernement à davantage surveiller la progression de la dette même si l'institution financière juge faible le risque de surendettement du Sénégal (FMI, 2017).

1.4 Pauvreté des ménages et groupes vulnérables

Les résultats de la 2^{ème} Enquête de suivi de la pauvreté au Sénégal (ANSD, 2013) font état d'un taux de pauvreté estimé à 46,7 % en 2011, alors que le seuil de pauvreté était de 55,2% en 2001 et de 48,3% en 2006. Près de la moitié des ménages sénégalais vivent donc en deçà du seuil de pauvreté avec une prégnance très marquée de cette pauvreté en milieu rural avec un taux de 57,1% en dépit de l'augmentation du taux de croissance économique.

La disparité sur le plan inter-régional est marquante : les régions situées au Sud du pays, qui recèlent pourtant de potentialités agricoles et minières, présentent les niveaux de pauvreté les plus élevés (Kolda, 76,6% ; Kédougou, 71,3% ; Sédhiou, 68,3% et Ziguinchor, 66,8%). Certaines régions, notamment celle de Fatick située au Centre-ouest a les mêmes caractéristiques avec un taux de 67,8%. Les régions situées à l'Ouest du pays caractérisées par une urbanisation plus rapide ont les niveaux de pauvreté les plus faibles : Dakar a un taux de pauvreté de 26,1 %.

Carte 2 : Incidence de la pauvreté

INCIDENCE DE LA PAUVRETE

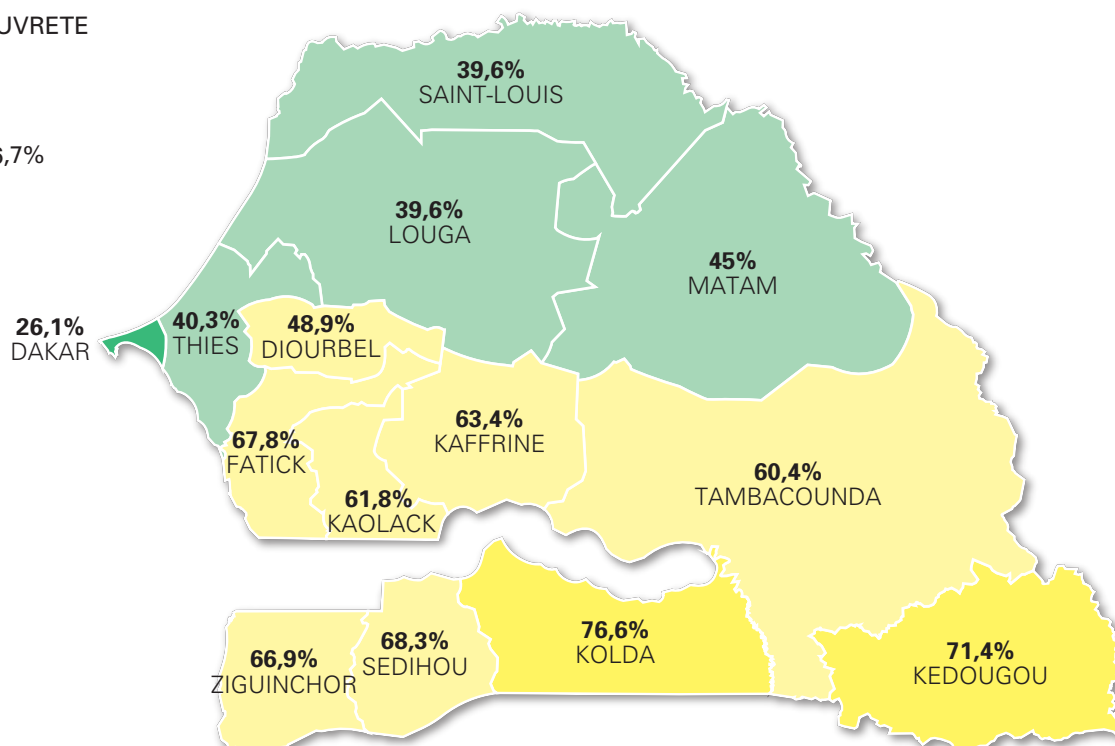
■ de 25 à 30%

■ de 31 à 48%

moyenne nationale 46,7%

■ de 49 à 70%

■ de 71 à 80%



Source : ESPS II/ ANSD-2013

1 | CONTEXTE DU PAYS

Pour la pauvreté déclarée, plus de la moitié des ménages du Sénégal (56,5%) s'estiment pauvres parmi lesquels 45,7% se considèrent très pauvres⁶. La pauvreté est plus importante en milieu rural (69%) qu'en milieu urbain (53,7% dans les villes hormis Dakar). Au cours de l'année 2014, plus du tiers des ménages sénégalais (36%) ne pouvait pas nourrir convenablement leurs enfants âgés de moins de 15 ans en raison du manque de ressources notamment les ménages ruraux dont 44% ont été dans cette situation (ANSD, 2015). Ainsi, 37,4% des ménages confrontés à la situation de pauvreté ont dû en priorité procéder à un rationnement des repas servis à leurs enfants de cette tranche d'âge.

En résumé, la pauvreté déclarée demeure donc importante au Sénégal surtout en milieu rural et elle est corrélée à ce sentiment d'insatisfaction sur le plan du bien-être et des conditions de vie.

L'enquête villages de 2009 révélait déjà que seuls 77% des villages avaient accès aux services sociaux de base⁷ : eau potable à moins d'un km du village, école primaire à moins de 3 km, poste de santé à moins de 5 km, lieu de commerce à moins de 5 km, route bitumée ou latéritique à moins de 5 km.

Signalons que le calcul de l'indice d'accès moyen intègre aussi bien l'accès que de la fonctionnalité de l'infrastructure.

Ces indicateurs sont révélateurs de l'importance de la pauvreté des ménages. Le rapport sur le développement humain du PNUD de 2013 affirme que le Sénégal se trouve dans la catégorie des Pays à Développement Humain Faible, avec un indice de développement Humain (IDH) de 0,470. Cette situation s'explique par les indicateurs sociaux évoqués plus haut qui ont peu évolué. En effet, l'indice de pauvreté multidimensionnelle pour la période 2010-2011 s'établit à 0,439 et concerne 74,4% de la population. Le rapport révèle également que 33,5% de la population vivent avec un revenu inférieur au seuil de pauvreté de 1,25\$ par jour.

Les enfants vivant dans les ménages pauvres sont plus exposés aux risques d'état nutritionnel déficitaire, à un faible accès aux services sociaux de base (santé, éducation, etc.), de non enregistrement à l'état civil, au travail abusif et aux pratiques néfastes. Ceci est conforté par les résultats de la SN-MODA de décembre 2014 (ANSD/UNICEF) qui révèle qu'en 2011, l'incidence de la pauvreté monétaire des enfants du groupe d'âge 0-5 ans est de 50,6% alors qu'elle est de 48,8% pour la tranche d'âge des 5-14 ans⁸. Cette pauvreté monétaire chez les enfants varie selon les régions avec un maximum de 77,9% dans la région de Kolda. En termes de pauvreté multidimensionnelle, environ 80% des enfants de moins de 5 ans sont privés d'un de leur droit fondamental (soit la santé, soit l'éducation, etc.).

En d'autres termes, les enfants et les jeunes sont d'autant plus vulnérables qu'ils sont confrontés au manque de services de protection sociale. Les systèmes traditionnels de solidarité communautaire ou familiale dans le cadre de la famille élargie s'effritent progressivement. Le cercle vicieux pauvreté/vulnérabilités conduit souvent les ménages dans une situation de précarité chronique dont les enfants sont les premières victimes. Les risques économiques, sociaux, naturels, sanitaires, entre autres, entretiennent ce cercle vicieux. La non scolarisation et l'abandon scolaire en cours d'année ou pendant les cycles d'apprentissage limitent le développement du capital humain. Les enfants sont, à cet effet, souvent les plus touchés par la malnutrition avec la précarité des conditions de vie. Ces vulnérabilités sont aggravées par la faiblesse des mécanismes de protection sociale malgré les efforts constatés ces dernières années avec les programmes comme la couverture maladie universelle, les bourses de sécurité familiale, la carte d'égalité des chances, entre autres.

6. ANSD, 2015, Pauvreté et conditions de vie des ménages

7. Projet d'Appui à la Stratégie de Réduction de la Pauvreté (PASRP)/Union Européenne – ANSD - DFEGVgenhy

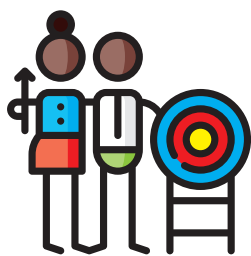
8. Il s'agit de la proportion d'enfants vivant dans des ménages monétairement pauvres

CONTEXTE DU PAYS I 1

D'autres divers facteurs sont également susceptibles d'affecter le bien-être des enfants. En plus d'un accès insuffisant aux services sociaux de base et de la faiblesse des revenus des parents comme évoqué plus haut, il s'y ajoute "la transmission intergénérationnelle" de la pauvreté en raison d'un statut socio-économique chroniquement faible. En plus de la pauvreté monétaire des ménages dans lesquels vivent les enfants vulnérables, leur situation de vulnérabilité peut également être appréhendée à travers l'approche par les privations. Cette approche considère qu'un enfant est pauvre lorsqu'il est durablement privé de l'alimentation ou de l'accès à l'eau potable, à l'assainissement, à la santé, au logement, à l'éducation, à l'information. Ainsi, un enfant est considéré comme absolument pauvre lorsque deux ou plus de deux de ces privations graves sont constatées.



1 | CONTEXTE DU PAYS



II. POLITIQUES ET ORIENTATIONS ECONOMIQUES ET SOCIALES

2.1 Politique socio-économique et dépenses publiques consacrées aux enfants et adolescents

2.1.1 Politique socio-économique

Pour réaliser l'émergence économique et les droits humains durables, les politiques publiques se sont adossées aux trois piliers du PSE dont l'axe 2 portant sur « le capital humain, la protection sociale et le développement durable » qui vise à promouvoir, entre autres, des services sociaux de base de qualité et en quantité tels que l'élargissement de l'assiette d'accès aux soins, à l'école et à une couverture sociale.

Tous les programmes de développement social se sont inspirés des orientations du PSE dans son axe 2, socle autour duquel sont articulées toutes ces politiques sectorielles. On peut citer, à titre d'illustration, la Stratégie Nationale pour l'Equité et l'Egalité de Genre révisée (SNEEG 2016-2026), le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS), le Plan stratégique intégré de la santé maternelle, néonatale, infanto-juvénile et des adolescent(e)s/jeunes 2016-2020, le Programme d'Amélioration de la Qualité, de l'Equité et de la Transparence du secteur de l'Education et de la Formation (PAQUET-EF) 2013-2025 pour le secteur de l'éducation, la Stratégie Nationale de Protection Sociale (SNPS 2002-2005), la Stratégie Nationale de Protection de l'Enfant (SNPE 2016-2018), etc.

La revue de la mise en œuvre de ces différentes politiques et stratégies constitue une occasion pour faire la situation d'exécution de ces politiques publiques, d'en identifier les contraintes afin de formuler des recommandations pour un développement inclusif et durable du sous-secteur de l'enfance et de l'adolescence.

2.1.2 Dépenses publiques consacrées aux secteurs sociaux

L'analyse des dépenses publiques consacrées aux enfants et adolescents est un aspect fondamental qui peut être appréhendé à travers les investissements réalisés dans la santé, la nutrition, l'éducation, la protection sociale, l'eau et l'assainissement, et la justice. Elle permet également d'apprécier le niveau de priorité accordé par le Gouvernement à ces cibles et secteurs sociaux pour une croissance économique inclusive. Les investissements importants dans ces secteurs sociaux sont des préalables pour une émergence économique durable à l'horizon 2035.

L'analyse de l'évolution des dépenses publiques consacrées aux secteurs sociaux, montre une légère progression entre 2013-2015.

Le tableau 1 indique qu'elles sont passées de 735 milliards en 2013 à 815 milliards en 2015⁹ soit une augmentation globale en valeur absolue de 80 milliards. Cette majoration est soutenue par l'accroissement qui s'est produit entre 2013 et 2014 faisant passer le budget de 735 milliards à 849 milliards soit un gain de 114 milliards. Entre 2014 et 2015 le budget alloué aux secteurs sociaux a subi une baisse de 34

milliards passant de 849 milliards à 815 milliards. En somme, le taux de croissance annuel moyen des dépenses publiques consacrées aux secteurs sociaux a été ainsi de 3,4% entre 2013 et 2015.

Tableau 1 : Evolution du budget général de l'Etat et du budget social

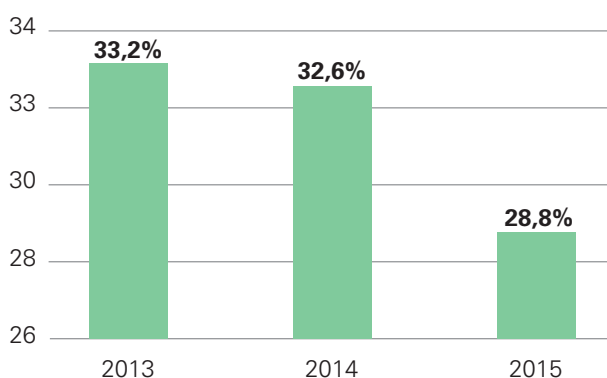
Années	Budget général de l'Etat exécuté (Milliards FCFA)	Budget consacré aux dépenses sociales (Milliards FCFA)
2013	2 216	735
2014	2 600	849
2015	2 825	815

Source DGF, MEFP citée par UNICEF, 2017

Dans le même temps, le budget total de l'Etat a connu une progression importante passant de 2216 milliards en 2013 puis 2600 milliards en 2014 à 2825 milliards en 2015 soit une croissance moyenne annuelle de 8% ; un taux 2,3 fois supérieur à la croissance du budget alloué aux secteurs sociaux (3,4%).

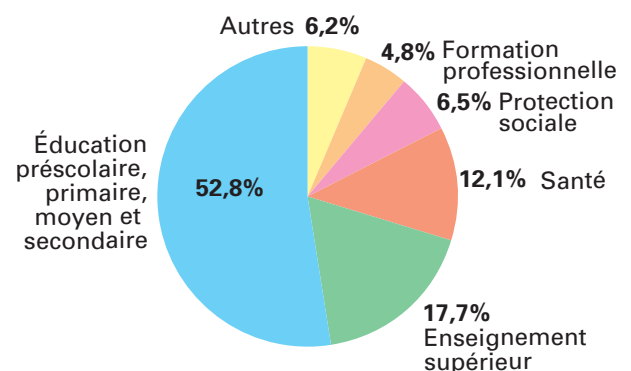
L'évolution de la part du budget de l'Etat consacré aux secteurs sociaux indique une baisse relativement persistante. Le graphique ci-dessous montre, en effet, que cette part qui s'élevait à 33,2% en 2013 est passée à 32,6% en 2014 pour chuter ensuite jusqu'à 28,8%. Cette réduction progressive des dépenses sociales s'inscrit dans une stratégie du gouvernement visant à contenir le budget social à moins de 30% du budget total de l'Etat.

Graphique 2 Part des dépenses dans le budget général de l'Etat



Source DGF, MEFP citée par UNICEF, 2017

Graphique 3 : Répartition sectorielle du budget social



Source DGF, MEFP citée par UNICEF, 2017

Le graphique présente la distribution des dépenses entre les différents sous-secteurs-sociaux. Il est illustratif des grandes disparités dans l'allocation des ressources en mettant en évidence les grandes options du gouvernement en matière de politique sociale. L'éducation préscolaire, primaire, moyen et secondaire s'arroe plus de la moitié des ressources puis suivent l'enseignement supérieur et la santé etc.

1 I CONTEXTE DU PAYS

L'EDUCATION

Les tendances générales des dépenses publiques consacrées à l'ensemble des niveaux d'éducation (l'enseignement préscolaire jusqu'à l'enseignement supérieur y compris l'enseignement technique et professionnel) indiquent qu'elles représentent en moyenne annuellement (2013-2015), 22% du budget total de l'État. Ce qui correspond en moyenne à 7% du PIB. Cette forte propension se traduit au niveau de la répartition sectorielle du budget social (graphique n°3) mettant en évidence la très forte prédominance de l'éducation préscolaire, primaire et moyen secondaire qui totalise, en 2015 plus de la moitié (52,8%) des dépenses allouées au secteur social. Cette proportion s'élevait à 53,7% en 2013 et 50,1% en 2014. L'importance de ces dépenses doit être mise en relation avec le profil démographique du pays. En effet, la population sénégalaise est très jeune avec environ 42,1% de la population âgée de moins de 15 ans. Le rythme de la croissance démographique (2,5%) et les projections de croissance de la population de l'ANSD (22 millions d'habitants en 2030 et 39 millions en 2050) continueront à nécessiter l'accroissement des dépenses allouées à ce sous-secteur pour ne pas compromettre les chances du Sénégal à atteindre d'ici 2030, l'ODD n°4 qui vise à « Assurer l'accès de tous à une éducation de qualité, sur un pied d'égalité, et promouvoir les possibilités d'apprentissage tout au long de la vie ».

La part la plus importante du budget de l'éducation est mise à disposition pour le financement de l'enseignement préscolaire et élémentaire. Ces deux ordres d'enseignement totalisent 33% du budget consacré à ce secteur. L'enveloppe budgétaire utilisée à cet effet, s'élevait à 176 milliards en 2013 et 193 milliards en 2014. En 2015, elle a légèrement baissé passant à 188 milliards de FCFA.

Toutefois, en dépit de ces investissements importants consacrés à l'éducation, une faible portion est réservée pour financer le développement de la petite enfance (la cible 3 à 5 ans). Entre 2013 et 2015, le budget consacré au préscolaire n'a jamais dépassé 2 milliards de FCFA ; ce qui représente moins de 2% de l'enveloppe budgétaire allouée dans le secteur de l'éducation. Ce budget modeste ne milite pas en faveur de l'atteinte de l'objectif fixé par le gouvernement qui est de porter le taux de préscolarisation à 50% à l'horizon 2025. Le rapport de l'UNICEF sur l'analyse du budget social au Sénégal (2013-2015) note «qu'il aurait fallu investir 102,5 milliards de FCFA en 2013 pour rendre l'enseignement préscolaire universel».

L'enseignement élémentaire qui cible la cohorte (6 à 11 ans) bénéficie de la priorité des autorités sénégalaise. L'essentiel des ressources est consacré à ce secteur ; sur une enveloppe de 188 milliards, en 2015, environ 98% lui sont affectés. Toutefois, cela n'a pas permis au Sénégal d'atteindre le deuxième Objectif du Millénaire pour le Développement (OMD) qui visait à donner à tous les enfants, garçons et filles, les moyens d'achever un cycle complet d'études primaires à l'horizon 2015. Le rapport de l'UNICEF sur l'analyse du budget social au Sénégal (2013-2015) note qu'il existe environ 500.000 enfants de 6 à 11 ans qui étaient hors de l'école en 2013. Un montant de 42 milliards aurait été nécessaire pour intégrer et scolariser ces enfants pendant une année.

Le sous-secteur de l'enseignement moyen secondaire qui cible la cohorte 12 à 18 ans bénéficie de ressources publiques très modestes. Les dépenses de ce sous-secteur sont passées de 74,3 milliards en 2013 à 83,3 milliards en 2014 avant de tomber à 70 milliards en 2015. En moyenne, seulement 13,3% des dépenses totales d'éducation sont consacrées à l'enseignement moyen secondaire sur la période 2013-2015. A travers ces statistiques on perçoit que la même priorité ne lui est pas accordée par rapport à l'enseignement élémentaire.

L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR

Le graphique relatif à la répartition du budget social montre que ce sous-secteur occupe la deuxième place et concentre, en 2015, 17,7% de l'enveloppe budgétaire. Sa part dans le budget social s'élevait à 20,5% en 2013 et 22,7% en 2014. Le volume des montants alloués à ce secteur est passé, entre 2013 à 2014 de 140 milliards à 175 milliards de FCFA soit une hausse de 25% ; en 2015, le montant a baissé à 143 milliards. Le rythme des dépenses est conditionné par l'augmentation de la scolarisation dans le supérieur qui a presque doublé entre 2005 à 2015, passant de 5,4% à 10,4%. L'Etat continue de fournir des efforts pour soutenir ce dynamisme en élargissant la carte universitaire pour un accès à l'enseignement supérieur avec la création de nouvelles universités.

L'ENSEIGNEMENT TECHNIQUE ET LA FORMATION PROFESSIONNELLE

La tendance à la hausse du niveau et de la proportion des dépenses publiques d'éducation allouées au sous-secteur de l'enseignement technique et de la formation professionnelle (ETFP) est constatée sur la période 2013-2015. Cependant, ces dépenses publiques ne représentent qu'une faible proportion de la dépense totale en éducation de l'État ; soit 5,3% en moyenne par an sur la période considérée. Ces chiffres indiquent la place marginale de ce sous-secteur au Sénégal. La conséquence est la faiblesse des taux bruts de scolarisation dans l'Enseignement Technique et la formation professionnelle. En 2013, le nombre d'apprenants au niveau professionnel et technique était de 48 116 ; en 2014, ce nombre est passé à 51 965, puis à 54 318 en 2015. Ce qui correspond à 1,5% en moyenne de la population totale des élèves et étudiants. En conséquence, l'État du Sénégal devra concevoir et mettre en œuvre des politiques appropriées pour le financement de l'Enseignement Technique et la formation professionnelle afin d'aligner l'offre de formation sur les besoins et objectifs cibles tels que déclinés dans le PSE. En effet, les indicateurs de suivi-évaluation du PSE (pour la période 2014-2018) spécifient, qu'en matière de formation professionnelle et technique, les effectifs des apprenants devraient augmenter de 25% en 2013, 30% en 2014 et 35% en 2015 pour tendre vers une offre suffisante de formation professionnelle et technique capable de fournir des ressources humaines répondant à la demande du marché du travail.

LA SANTE

Elle occupe la troisième place sur le graphique de la répartition du budget social avec 12,1% des dépenses en 2015 ; sa part était de 14,4% en 2013 avant de baisser à 12,2% en 2014. En volume, les ressources injectées annuellement dans le secteur de la santé ont connu de très faibles variations. Les montants alloués à ce secteur s'élevaient en 2013, à 129 milliards de FCFA et sont passés à 136 milliards en 2014 avant de chuter à 132 milliards en 2015. Ces montants couvrent aussi bien, les dépenses directes de la santé qui sont destinées à produire et dispenser des biens, des services et des soins médicaux, que celles qui sont liées aux services généraux et qui représentent 37% de l'enveloppe globale. Entre 2013 et 2015, la part du budget de l'Etat consacré à la santé représentait en moyenne annuellement 5,2%. Elle est passée de 6% en 2013 à 4,7% en 2015 soit une baisse de 1,3 point. Cette faible performance est très éloignée de l'objectif de 15 % recommandé par la résolution d'Abuja des chefs d'Etat Africain en 2011 à consacrer leur budget national au secteur de la santé. La part des dépenses publiques de santé dans le PIB est restée faible : elle représentait 1,8% et a baissé à 1,6% en 2015. Si on considère uniquement les dépenses directes consacrées à la santé, les performances sont encore modestes. Entre 2013-2015, elles ont représenté 3,6% du budget total de l'Etat et 1,2% du PIB. A titre de comparaison, pour la même période d'observation, l'éducation représentait en moyenne annuellement 22% du budget total de l'Etat, ce qui correspond à 7% du PIB.

1 | CONTEXTE DU PAYS

L'analyse montre aussi que les dépenses publiques de santé par habitant ont légèrement diminué, en termes tant nominaux que réels, entre 2013 et 2015. En termes nominaux, les allocations publiques de santé par habitant sont passées de 9500 Francs CFA en 2013 à 9760 Francs CFA en 2014 avant de chuter à 9200 Francs CFA en 2015. Les dépenses réelles publiques de santé par habitant sont passées de 9130 Francs CFA en 2013 à un sommet de 9440 Francs CFA en 2014, puis à 8877 Francs CFA en 2015, soit une baisse de 6 %. Les dépenses publiques de santé par habitant sont encore faibles et nettement inférieures au coût minimum de 40 dollars US par personne et par an estimé par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) pour relever les défis dans ce secteur.

Par ailleurs, la contribution des collectivités territoriales dans le financement de la santé sur fonds propres est de 1 % selon les comptes nationaux de la santé de 2013. Les résultats de ces comptes nationaux pour la même année révèlent que seuls 9,6% des dépenses courantes de santé sont consacrées à la santé de la mère et de l'enfant. Ils montrent également que les régions du Sud-est qui ont des taux de mortalité infanto-juvénile les plus élevés du pays bénéficient de moins de ressources. Une part importante des financements liés aux services de Santé Reproductive, Maternelle, Néonatale, Infantile et des Adolescents (SRMNIA 2016-2020) est concentrée dans un triangle Dakar-Thiès-Kaolack, régions qui ont les taux de mortalité maternelle et infanto-juvénile les moins élevés. Ce gap important est atténué par l'appui financier des partenaires au développement qui, selon le rapport de la stratégie nationale de financement de la santé (juin 2017), couvre 81% du financement des dépenses courantes de santé de la mère et de l'enfant. Les gaps sont relatifs au sous-financement par l'Etat du sous-secteur de la santé de la mère et de l'enfant, ce qui ne favorise pas l'atteinte des objectifs affichés aussi bien par les pouvoirs publics que la communauté internationale (ODD 3) en matière de baisse des niveaux de mortalité infantile, juvénile et maternelle.

POUR LA PROTECTION SOCIALE, une forte augmentation du volume de ressources publiques allouées à ce secteur est notée. Entre 2013 et 2015, le budget de la protection sociale a augmenté de près de 140%. La part du sous-secteur de la protection sociale (y inclus les ressources allouées à la Couverture Maladie Universelle (CMU)) dans les dépenses globales de l'Etat pour la santé et la protection sociale est ainsi passée de 14% en 2013 à 19% en 2014, puis à 28% en 2015. Sur la même période, les dépenses publiques de protection sociale par habitant sont passées de 1500 Francs CFA à près de 3500 Francs CFA en valeur réelle, ce qui représente une augmentation de plus de 130%. En dépit des efforts consentis par les pouvoirs publics, le défi de la protection sociale pour toutes les catégories de la population reste à relever.

Cette analyse fait suite au rapport précédent sur les dépenses publiques dans les secteurs sociaux au Sénégal sur la période 2006-2013 (MEFP/DGPPE et UNICEF, 2016) qui avait mentionné la nécessité d'allouer davantage de ressources à ces secteurs pour l'atteinte des objectifs des documents stratégiques de politiques sociales de l'Etat et ses engagements dans le domaine des OMD. En effet, ce rapport avait montré que même si le volume des dépenses publiques destinées aux secteurs sociaux avait augmenté de 68% entre 2006 et 2013, la part relative de ces dépenses, par rapport aux dépenses totales de l'Etat, demeurait constante et serait autour de 33%.

En résumé, les gaps de financement se posent avec beaucoup plus d'acuité dans les sous-secteurs de l'éducation préscolaire, l'enseignement technique, la formation professionnelle, la santé de la mère et de l'enfant. Concernant la protection sociale, une forte augmentation des ressources publiques consacrées à ce secteur est notée au cours des dernières années indiquant son repositionnement stratégique même si d'importants efforts devront encore être consentis en vue d'une couverture sociale plus large de toutes les catégories de la population dans les secteurs formel et informel.

2.2 Investir sur les enfants et adolescents pour renforcer le dividende démographique

2.2.1 Le Sénégal et les conditions du dividende démographique

Le Dividende Démographique est le bénéfice économique que peut tirer un pays lorsque la proportion de sa population en âge de travailler est relativement importante, en raison de la baisse de la fécondité. Pour ce faire, il doit être accompagné d'investissements efficaces dans la santé, l'autonomisation, l'éducation et l'emploi par le biais de la participation des pouvoirs publics et privés. En d'autres termes, il se rapporte aux avantages que les économies seraient susceptibles de tirer d'une phase particulière de la transition démographique durant laquelle l'évolution des structures d'âge conduit à maximiser la proportion en âge de travailler, source de richesses, et à minimiser corrélativement celle à charge, source de dépenses. Toutefois, la capture du dividende démographique n'est pas automatique, elle dépend de plusieurs conditions elles-mêmes liées à la mise en place de politiques appropriées.

Les facteurs favorables ci-après sont particulièrement importants :

- une baisse rapide de la fécondité, condition initiale nécessaire au changement de la structure par âge et donc à la diminution des taux de dépendance¹⁰ ;
- l'amélioration de la qualité du capital humain (éducation et santé) ;
- des réformes économiques visant une épargne importante et des investissements judicieusement choisis ;
- la capacité du pays à créer un nombre suffisant d'emplois décents et rémunérateurs notamment pour les jeunes ;
- la bonne gouvernance pour assurer l'effectivité des garanties juridiques et institutionnelles permettant aux acteurs économiques d'opérer dans des conditions satisfaisantes.

La structure par âge de la population sénégalaise représente une chance, voire une opportunité en termes de bonus démographique pour soutenir la croissance inclusive et assurer le développement si les actions pertinentes susmentionnées sont engagées pour accompagner les changements démographiques.

En d'autres termes, le Sénégal va enregistrer les effets maximums du dividende démographique s'il met en œuvre une approche de développement intégré qui optimise simultanément des investissements dans le domaine économique, de l'éducation, de la planification familiale (PF), de la santé ; de la protection sociale et de la Gouvernance. « L'impact du dividende démographique réalisé avec le scénario hardi-combiné¹¹ représente un gain de 9 points et de 16 points de pourcentage de l'IDH respectivement en 2035 et 2053 par rapport au scénario priorité à l'économie en raison des investissements supplémentaires consentis dans l'éducation, la planification familiale et dans la santé »¹².

Il convient de mentionner qu'en dépit des progrès enregistrés par le Sénégal dans le domaine économique et dans les investissements sociaux, des défis persistent notamment l'importante proportion de la population âgée de moins de 15 ans. A cet effet, le rapport susmentionné souligne que le premier défi pour bénéficier du dividende démographique est de poursuivre l'accélération de la transformation de la structure par âge afin de réduire de façon significative le taux de dépendance démographique qui se situe en 2013 à 84% en renforçant les investissements dans les domaines de la planification familiale, la santé, l'éducation et l'employabilité ainsi que l'alphabetisation des filles, jeunes et des femmes. Ces investissements sont relatifs aux espaces et services conviviaux dédiés aux jeunes dans les structures de santé, aux Centres conseils pour adolescents, à l'augmentation des collèges de proximité, des lycées, des classes d'alphabetisation,

10. Le ratio de dépendance démographique désigne le rapport du nombre d'individus supposés « dépendre » des autres pour leur vie quotidienne – moins de 15 ans et 65 ans et plus – au nombre d'individus âgés de 15 à 64 ans

1 | CONTEXTE DU PAYS

un développement de la petite enfance, l'éducation des jeunes/adolescents, la protection des enfants et la protection sociale mais aussi l'amélioration progressive de la situation nutritionnelle et des conditions de vie, d'hygiène et assainissement des populations, particulièrement des groupes vulnérables. En d'autres termes, le renforcement du dividende démographique pose le défi de l'amélioration du capital humain à travers des politiques volontaristes de développement de ressources humaines de qualité.

2.2.2 Vers une stratégie de résilience : les mesures face à l'insécurité alimentaire, à la pauvreté et au changement climatique

INSECURITE ALIMENTAIRE

Les résultats de l'enquête ERASAN 2014 mentionnés dans le document de la Stratégie Nationale de Sécurité Alimentaire et de Résilience montrent que sur les 42 départements concernés, 24 se trouvent dans une situation d'insécurité alimentaire plus critique que le niveau national. En outre, selon le secrétariat exécutif du Conseil National de Sécurité Alimentaire (CNSA), au Sénégal 42 000 ménages sont touchés par l'insécurité alimentaire dans les six départements classés dans la zone rouge (Bambey, Kanel, Goudiry, Tambacounda, Matam et Malem Hodar). Le taux de risque alimentaire selon la même source s'élève à 47% à travers le pays. Les déterminants de l'insécurité alimentaire au Sénégal sont structurels et conjoncturels : pauvreté, baisse de la production agricole, chocs récurrents y compris climatiques, enclavement, fluctuation des prix des denrées, etc.

La sécurité alimentaire constitue donc un important enjeu social, économique et politique. Ses trois piliers sont l'accès physique et économique aux aliments, leur disponibilité, stabilité et utilisation. Elle suppose que toutes les personnes doivent accéder à tout moment et en tout lieu à une alimentation saine et équilibrée leur permettant de satisfaire leurs besoins énergétiques et leurs préférences alimentaires pour mener une vie saine et active. Face au risque d'insécurité alimentaire, le Programme national d'appui à la sécurité alimentaire (PNSAR, 2018-2022) a été élaboré et s'inscrit dans le cadre de la mise en œuvre de la Stratégie Nationale de Sécurité Alimentaire et de Résilience (SNSAR, 2015-2035). Parmi les orientations stratégiques de la SNSAR, figure l'amélioration de l'état nutritionnel des femmes, des enfants de 0-5 ans et des personnes âgées ainsi que le renforcement de la résilience des populations vulnérables. Il convient également de mentionner le concept de « nouveaux terroirs résilients » et le système d'alerte précoce qui visent à prévenir et à trouver des réponses rapides face au problème de l'insécurité alimentaire.

CHANGEMENT CLIMATIQUE ET PRÉSERVATION DE L'ENVIRONNEMENT

Face au défi du changement climatique et de la préservation de l'environnement, le Sénégal a mis en place un cadre juridique de protection de la nature (code forestier, décrets...) et assure la protection de certaines zones classées comme patrimoine mondial. Il a aussi adopté la loi interdisant les sachets plastiques même si son application est encore mitigée. En ce qui concerne le cadre d'intervention stratégique, le gouvernement a élaboré la Lettre de politique de développement du secteur de l'environnement et du développement durable (2016-2020). Le Sénégal privilégie également la mise en œuvre de programmes d'adaptation au changement climatique pour atténuer l'effet de ce phénomène sur les secteurs socio-économiques et assurer la résilience des communautés notamment celles exposées à l'érosion côtière dans certaines zones comme la Langue de Barbarie à Saint-Louis et la zone côtière de Dakar et de Mbour.

En dépit de ces mesures, la gestion durable des ressources végétales et fauniques reste toujours confrontée

11. Il s'agit d'une stratégie combinant les réformes économiques et le développement des secteurs sociaux.

12. Ministère de l'Economie, des Finances et du Plan, 2017, En route pour engranger le dividende démographique au Sénégal. Dans ce rapport quatre scénarii (statut quo, modéré, accent économique, modéré et combiné) ont été présentés. Les simulations montrent un impact plus important pour engranger le dividende démographique pour le scénario combiné qui est le scénario le plus englobant intégrant les réformes dans la planification familiale, les investissements, le développement du capital humain.

CONTEXTE DU PAYS I 1

à de nombreux défis relatifs aux effets du changement climatique, aux pratiques agricoles et pastorales non durables et aux activités d'extraction des minerais. Le Sénégal n'a pas pu atteindre les différentes cibles de l'OMD 7 relatifs au cadre de la gestion des ressources naturelles et de l'environnement. Il est également confronté au problème de l'érosion côtière qui continue d'affecter le littoral sénégalais et menace à terme le développement du secteur touristique. Il s'y ajoute le problème des feux de brousse, de la déforestation qui se traduisent par la destruction progressive des forêts, des pâturages et des régions boisées. Les paysages les plus dégradés sont situés dans la zone sylvo-pastorale du nord, le bassin arachidier dans le centre et dans le Sénégal oriental. Par ailleurs, les pratiques de pêche non durables risquent de compromettre la pérennité de la ressource halieutique.

Les autres contraintes majeures sont liées aux activités d'extraction minière aussi bien artisanales qu'industrielles qui entraînent à travers leurs déchets, la dégradation des terres, le déboisement, la pollution de l'air, des sols et de l'eau. Les zones les plus concernées sont le Nord à Matam, l'Est à Kédougou, Tambacounda, le Centre-ouest dans le plateau de Thiès et dans les Niayes. Les impacts négatifs sont accentués par le non-respect des politiques de sauvegarde environnementale en vigueur au Sénégal dont la remise en état des sites et la végétalisation. Cette situation est aggravée par l'utilisation du mercure et de polluants organiques dans les zones agricoles et minières des Niayes, de Kédougou et dans le domaine pastoral du Ferlo.

LA PROTECTION SOCIALE FACE AU DÉFI DE LA PAUVRETÉ

C'est dans un contexte de vulnérabilité et d'absence de couverture sociale d'une frange importante de la population que le Gouvernement a élaboré la Stratégie Nationale de Protection Sociale (SNPS) qui opérationnalise le volet protection sociale du Plan Sénégal Emergent. 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 vie ou à des pertes irréversibles en capital et à favoriser leur accès aux services sociaux de base.

La protection sociale est l'ensemble des mécanismes de prévoyance collective permettant aux individus et aux ménages de faire face aux conséquences des risques sociaux. A ce titre, elle joue deux fonctions à savoir : (i) une fonction de filet de sécurité sociale qui devrait garantir à chaque membre de la société un niveau minimum de revenu en espèces et de services sanitaires et sociaux lui permettant de mener une vie décente et en préservant sa dignité, et (ii) 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. Au Sénégal, ces fonctions sont assurées à travers deux logiques de prise en charge : i) une logique d'assurance qui permet de couvrir les risques de perte de revenu liés au chômage, à un accident de travail, à une maladie, à la vieillesse. Les prestations sont financées par les cotisations des assurés sous forme de retenu sur leur salaire. En sont bénéficiaires les assurés et les ayants droits ; ii) une logique d'assistance, qui établit une solidarité au sein de la communauté pour lutter contre différentes formes de manifestation de la pauvreté. Cette solidarité est organisée au premier chef par l'Etat.

En ce qui concerne plus spécifiquement la protection sociale des enfants, elle repose sur une approche « droit » conformément à l'Article 26 de la Convention des Droits de l'enfant qui stipule que « L'enfant a le droit de bénéficier de la sécurité sociale, y compris les assurances sociales ». Il s'agit également de rompre le cycle de la transmission intergénérationnelle de la pauvreté à travers des interventions en faveur de

1 | CONTEXTE DU PAYS

l'enfance. Cet objectif est aussi en adéquation avec l'approche cycle de vie et la nécessité de réduire les vulnérabilités affectant les enfants qui sont liées entre autres, à l'insécurité alimentaire, à la malnutrition et à la prévalence des maladies infantiles.

La vision de la Stratégie Nationale de Protection Sociale (SNPS) est que : « d'ici 2035, le Sénégal disposera d'un système de protection sociale inclusif, solidement ancrée dans la culture nationale et garantie par l'Etat à travers des lois ». Sa stratégie d'intervention est l'agrégation-consolidation, la valorisation et l'innovation des interventions autour d'un minimum de programmes-phares centrés sur les risques liés au cycle de vie. L'Objectif Spécifique (OS 1) de la SNPS porte sur le soutien à la protection sociale intégrée pour tous les enfants avec des programmes-phares dans ce domaine (bourses de sécurité familiale, gratuité des soins pour les enfants de moins de 5 ans, sécurité alimentaire universelle pour les enfants, éradication de la mendicité infantile, du travail des enfants, etc.).

Tableau 2 : Bénéficiaires de mesures de protection sociale entre 2014 et 2015

Indicateurs	2014	2015
Nombre de ménages inscrits dans le Registre National Unique (RNU)	131 800	263 800
Nombre de bénéficiaires de bourses de sécurité familiale payée	99 980	197 751
Nombre d'élèves ayant bénéficié des cantines scolaires	938 521	634 497
Nombre d'organisations de femmes bénéficiaires de financement	478	237
Nombre d'organisations de jeunes bénéficiaires de financement	8505	8798
Nombre de personnes vivant avec un handicap et appareillées	1063	898
Taux de couverture de la population du Sénégal par les mutuelles de santé	12,4%	15%

Source : RAC 2016

REGISTRE NATIONAL UNIQUE (RNU) ET BOURSE DE SECURITE FAMILIALE

La Délégation Générale à la Protection Sociale et à la Solidarité Nationale (DGPSN) a mis en place une base de données sur les familles pauvres et vulnérables communément appelé le Registre National Unique (RNU) ayant pour objectif de fédérer les interventions en matière de ciblage des ménages pauvres et vulnérables. Le nombre de ménages inscrits dans ce RNU a sensiblement augmenté passant de 131 800 en 2014 à 263 800 en 2015 puis à 442 019 en 2016 (RAC 2017¹³).

Malgré les difficultés d'exclusion de certains ménages pré-identifiés et de certaines zones difficiles d'accès, le Programme National des Bourses de Sécurité Familiale (PNBSF) a octroyé des bourses à 99.980 en 2014 et 197.751 ménages en 2015 puis à 298.381 ménages en 2016 (RAC 2017). En dépit de ces progrès d'augmentation de la couverture, des difficultés liées au retard dans les procédures de transferts persistent. Le PNBSF, mis en œuvre au sein de la DGPSN, est une intervention de type transfert monétaire conditionnel destinée aux ménages pauvres et vulnérables, avec trois contreparties principales : i) inscrire et maintenir des enfants du ménage à l'école, ii) tenir à jour les carnets de vaccination des enfants de 0-5 ans et iii) enregistrer les enfants à l'Etat civil. Une quatrième a été ajoutée sur la participation des bénéficiaires aux séances de sensibilisation.

CONTEXTE DU PAYS I 1

Il s'agit essentiellement de l'octroi d'une Bourse de 25.000 FCFA par trimestre pour contribuer à la lutte contre la vulnérabilité et l'exclusion sociale des familles, à travers une protection sociale intégrée. La cible « enfant » est au cœur du dispositif qui intègre des mécanismes de suivi et évaluation dans l'accompagnement des familles.

Tableau 3: Indicateurs de Protection sociale en 2015 et 2016

Indicateurs	Réalizations		Cible 2016
	2015	2016	
Nombre de ménages inscrits dans le registre national unique (RNU)	263 800	442 019	450 000
Nombre de ménages bénéficiaires du PNBSF	197 751	298 381	300 000
Nombre de ménages bénéficiaires du PNBSF payés	191 432	277 150	300 000
% de ménages bénéficiaires ayant reçu 100 000 F	44,00%	92,50%	90,00%
Nombre d'élèves ayant bénéficié des cantines scolaires	897992	397471	906822
Nombre de cartes d'égalité de chances produites	30000	24355	40000
Proportion de personnes handicapées bénéficiaires de la carte d'égalité des chances	33,60%	46,90%	80,00%
Taux de couverture du risque maladie	46%	46,8%	63%
Taux de couverture de la population du Sénégal par les mutuelles de santé	15%	16%	33%

Source : Rapport RAC 2017

PROTECTION SOCIALE DES GROUPES VULNERABLES (PERSONNES HANDICAPES ET FEMMES)

Le rapport annuel conjoint de 2015 de la Politique économique et sociale (RAC 2015) révèle que le nombre d'organisations de femmes bénéficiant d'un financement est passé de 478 en 2014 à 237 en 2015, soit en dessous de la cible (1325). La tendance régressive s'explique par la baisse du financement due, en partie à la fin de certains projets. Par ailleurs, 8.505 jeunes et femmes ont été financés en 2014 contre 8.798 en 2015.

S'agissant de la prise en charge des personnes handicapées, 898 personnes ont été appareillées en 2015 contre 1063 personnes handicapées en 2014. Cette contre-performance s'explique en grande partie par les lenteurs dans les procédures de passation de marché.

COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE (CMU)

La lutte contre la mortalité des enfants et celles des mères est un défi majeur auquel des réponses concrètes et efficaces doivent être apportées afin de soulager la souffrance des milliers de femmes et d'enfants qui ont des difficultés d'accès aux soins et services de santé.

C'est dans ce cadre que le Gouvernement a lancé une initiative consistant à développer les mutuelles

1 | CONTEXTE DU PAYS

de santé et la « Couverture Maladie Universelle » afin d'offrir aux populations sénégalaises des soins et services efficaces, sûrs et humanistes. Ces initiatives visent l'accès pour tous à des soins de santé adaptés aux besoins, et à un coût abordable, que ce soit en matière de promotion de la santé, de prévention, de traitement ou même de réadaptation.

Dans le cadre de l'extension de la protection sociale aux ménages vulnérables, la couverture Maladie Universelle prend en compte la gratuité pour les césariennes, la gratuité des soins pour les enfants de 0-5 ans dans les postes et centres de santé, la dialyse, le plan Sésame pour les personnes âgées de 60 et plus, etc.

L'année 2016 a été la deuxième année de mise en œuvre de la CMU. Les résultats enregistrés montrent une évolution légèrement positive du taux de couverture du risque maladie qui est passé de 46% en 2015 à 46,8% en 2016. La couverture spécifique par les mutuelles de santé est passée de 15% en 2015 à 16% en 2016 (RAC 2017). Le succès de cette politique est assujéti à la maîtrise des défis comme les remboursements tardifs des prestations. Cette situation entraîne une dette exorbitante qui plombe le fonctionnement des structures de santé et impacte sur la qualité des services.

En résumé, la CMU est une initiative qui doit offrir aux personnes les plus démunies la possibilité de bénéficier d'une couverture de l'assurance maladie et de réduire les inégalités dans l'accès aux soins de santé. L'objectif dudit programme est d'atteindre une couverture maladie pour au moins 80% de la population à l'horizon 2021 avec un accent particulier sur le régime pour le secteur informel et le monde rural. Il est également prévu une couverture plus large des groupes sociaux professionnels par l'enrôlement de 375 000 mutuelles de santé.

PROGRAMME DE CANTINES SCOLAIRES

Le Sénégal a initié un programme d'appui alimentaire au profit de certains élèves à travers la mise en œuvre d'un programme de cantines scolaires. Le nombre d'élèves (petite enfance, élémentaire, moyen et secondaire) bénéficiant d'un appui alimentaire adéquat et régulier a régressé en passant de 897 992 en 2015 à 397 471 en 2016, soit près de 500 000 pensionnaires de moins (RAC 2017). La tendance baissière s'explique par la fermeture de nombreuses cantines dans les zones les plus défavorisées comme la zone du Ferlo avec le retrait progressif de certains partenaires stratégiques.

CARTE D'EGALITE DES CHANCES

La Carte d'égalité des chances (CEC) est mise en place pour faciliter aux personnes vivant avec un handicap l'accès aux services sociaux de base. Conformément à l'article 3 de la loi d'orientation sociale 2010-15 du 6 juillet 2010 relative à la promotion et à la protection des personnes handicapées. Elle offre une multitude de services dont la santé, l'appareillage, le transport, l'éducation, la formation, l'accès au financement, à l'emploi, etc. Elle a été, jusqu'ici, portée par le PNRBC qui vise le renforcement du système de protection sociale des personnes handicapées au Sénégal. A ce titre il a eu à intégrer comme neuvième axe d'intervention, la production de la carte d'égalité des chances dont il a appuyé la mise en œuvre.

La proportion de personnes handicapées bénéficiaires de la CEC a nettement augmenté entre 2015 et 2016, passant de 33,5% à 46,9% (sources : rapports DGAS 2015 et 2016), sans toutefois atteindre la cible de 80% fixée en 2016. Les progrès significatifs enregistrés en 2016 s'expliquent en partie par la mise en œuvre du Programme d'accélération de la production de la carte d'égalité des chances (PAPCEC), depuis 2014. Le nombre de personnes handicapées ayant accès à l'appareillage est de 1.090 personnes appareillées en

CONTEXTE DU PAYS I 1

2016 contre 1.063 en 2015. Cependant, des contraintes demeurent notamment la faiblesse des ressources financières, le faible niveau d'inscription de certaines personnes handicapées à l'état civil, mais aussi le manque de respect de certaines procédures pour la validation des dossiers de demande de Carte d'égalité de chances.

Les autres activités importantes liées à la CEC sont :

- le projet d'élaboration du plan d'action national sur le handicap 2017-2021 qui devrait constituer le cadre opérationnel pluriannuel de mise en œuvre du PNRBC dans le cadre d'une approche multisectorielle ;
- la validation d'un instrument national de mesure du handicap en novembre 2016. Toutefois, il se pose toujours la question du caractère inclusif de l'instrument afin qu'il intègre l'ensemble des handicaps, l'albinos et le handicap mental, entre autres ;
- l'élaboration du guide sur l'éducation inclusive «USAID/Education Priorité Qualité» destiné aux formateurs et enseignants pour mieux prendre en charge les besoins des élèves porteurs de handicap ;
- le renforcement en matériels et équipements sportifs en faveur des centres spécialisés dans l'éducation des enfants vivant avec un handicap.

Cependant, la question de l'assistance à domicile ou la prise en charge de l'enfant déficient mental demeure posée. Par ailleurs, le problème des enfants albinos qui sont un condensé des risques sociaux, sanitaires et économiques mérite considération.

Pour rappel, le Décret du fonds d'appui prévoit l'accès des enfants et des jeunes handicapés à des bourses de formation qualifiante. Les Articles 19 et 20 de la loi d'orientation sociale octroient les avantages suivants pour ceux qui sont en situation de scolarisation : (i) réduction des frais de scolarité ; (ii) Dérogation sur la limite d'âge et les renvois en milieu scolaire et formation ; délivrance d'une bourse complète même si la personne handicapée redouble une fois.

REGIME SIMPLIFIE POUR LES PETITS CONTRIBUABLES (RSPC)

Ce projet vise à octroyer une protection sociale aux petites unités de l'économie informelle et à les amener à se formaliser. Les principaux acquis dans ce domaine sont les suivants :

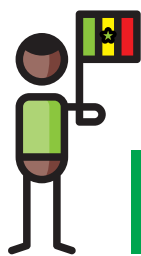
- Etudes de pré-faisabilité sur la branche santé, la branche retraite, les secteurs, métiers et filières concernés et l'administration du régime ;
- Etudes de faisabilité sur la branche santé, la branche retraite, le cadre juridique, et un avant-projet de loi sur le RSPC ;
- Des panels techniques tenus avec les organisations professionnelles de l'économie informelle ;
- Un plan d'action 2017-2021 élaboré et soumis au Bureau opérationnel de suivi du PSE pour inscrire le projet dans le PSE et faciliter la recherche de financement ;
- Elaboration d'un programme d'appui technique avec le BIT pour la mise en œuvre de la phase pilote du RSPC.

Dans la perspective, il s'agit de privilégier l'approche cycle de vie combinée au concept d'inclusion sociale et à la promotion d'un droit universel afin de corriger les clivages et disparités à tous les niveaux en matière de protection sociale. Il est également important de promouvoir la mise en synergie des interventions PNBSF/CMU/CEC compte tenu de la complexité des liens entre les différentes formes de vulnérabilités et pour accroître la résilience des groupes vulnérables. En dehors du ciblage, la Direction du Registre National Unique

1 | CONTEXTE DU PAYS

(DRNU) devrait mettre un accent particulier sur le développement du Système d'Information et de Gestion (SIG) en vue de permettre au RNU de contribuer à la gouvernance sectorielle et ainsi, renforcer la DGPSN dans son rôle de coordination. Par ailleurs, le handicap étant un facteur associé à la pauvreté chronique, au nom de l'approche droit, il faudrait diligenter l'effectivité de la loi d'orientation sociale 2010-15 du 6 juillet 2010 pour une jouissance intégrale de l'ensemble des avantages acquis au profit des personnes vivant avec un handicap et en vue de l'extension de la CEC. La SNPS qui vise aussi l'établissement d'un système intégré de sécurité sociale pour les personnes vivant avec un handicap devrait l'inscrire parmi ses priorités. Les ménages devraient être également accompagnés pour une meilleure appropriation du PNBSF à travers des activités de sensibilisation sur ce programme. En ce qui concerne la CMU, la principale recommandation porte sur l'amélioration de la gestion technique par des mesures renforçant la professionnalisation des mutuelles de santé. Enfin, il est nécessaire de procéder à la capitalisation des expériences et bonnes pratiques en matière de protection sociale en vue de leur extension ou généralisation.





III. CADRE LEGISLATIF ET REGLEMENTAIRE POUR LE RESPECT DES DROITS DE L'ENFANT

Le Sénégal a signé et/ou ratifié la plupart des instruments internationaux relatifs aux droits de l'enfant dont :

- la Convention relative aux Droits de l'Enfant (CDE) en 1990 ;
- la Charte Africaine des Droits et du Bien-être de l'Enfant (CADBE) en 1998 ;
- la Convention 138 de l'Organisation Internationale du Travail (OIT) sur l'âge minimum d'admission à l'emploi fixé à 15 ans en 1999 ;
- la Convention 182 sur les Pires Formes de Travail des Enfants (PFTE) en 2000.

Par ailleurs, un certain nombre de dispositions relatives aux droits de l'enfant sont contenues dans :

- la Constitution (éducation, santé, justice, etc.) ;
- le Code de la Famille (Loi n°87-010 du 1er août 1987) ;
- le Code Pénal (Loi n°65-60 du 21 juillet 1965 portant code pénal) ;
- le Code de Procédure Pénale (Loi n°65-61 du 21 juillet 1965 portant code de procédure pénale) ;
- le Code du travail (loi n°97-17 du 1er décembre 1997 portant code du travail) ;
- la loi n°2005-06 du 10 mai 2005 relative à la lutte contre la traite des personnes et pratiques assimilées et la protection des victimes ;
- la loi n°99-05 du 29 janvier 1999 modifiant le code pénal et interdisant l'excision, le harcèlement sexuel, la pédophilie, l'agression sexuelle et toutes les formes de mutilations sexuelles, les violences sexuelles et la corruption de mineurs ;
- Adoption de la Stratégie Nationale de la Protection Sociale ;
- Adoption du Plan Stratégique pour l'éducation et la formation ;
- Adoption de la Stratégie Nationale pour l'Égalité et l'Équité de genre ;
- Adoption de la Stratégie Nationale de la Protection de l'enfant ;
- etc.

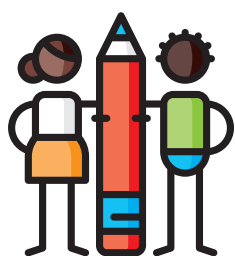
Selon les recommandations du Comité des droits de l'enfant en janvier 2016, des efforts doivent encore être réalisés pour garantir l'harmonisation de la législation conformément aux engagements internationaux que l'Etat du Sénégal a ratifié, en particulier en matière de filiation, autorité parentale, âge minimum au mariage pour les filles, Code Pénal, Code de procédure pénale, Défenseur des enfants, d'allocations budgétaire dans les secteurs sociaux. Des avant-projets de loi et de Code de l'enfant sont disponibles, en attente d'adoption.



ETATS ET TENDANCES DU SECTEUR DE L'EDUCATION



2 | ETATS ET TENDANCES DU SECTEUR DE L'EDUCATION



1. ETAT ET TENDANCE DU SECTEUR DE L'EDUCATION

Le secteur de l'éducation est pris en compte dans la définition des Objectifs de Développement Durable par l'ODD 4 qui vise à « **Assurer l'accès de chacun à une éducation de qualité, sur un pied d'égalité, et promouvoir les possibilités d'apprentissage tout au long de sa vie** ». Le Sénégal s'est engagé dans l'atteinte de cet ODD à l'horizon 2030 à travers son intégration dans les politiques publiques. Ainsi, l'alignement et l'intégration des ODD dans la planification et le suivi du développement national et des politiques publiques se sont faits par l'adoption d'une nouvelle stratégie pour l'émergence (Plan Sénégal Emergent). L'ODD 4 qui vise à permettre à chacun d'étudier, d'apprendre et de réaliser son potentiel est en parfaite adéquation avec l'axe 2 du PSE (Capital humain, Protection sociale et Développement durable) qui concerne l'amélioration de l'offre et de la demande de services sociaux et de la couverture sociale.

Tableau 4 : Rappel des cibles de l'ODD 4

ODD	Cibles pertinents pour les Gouvernements
4.1	D'ici à 2030, faire en sorte que toutes les filles et tous les garçons suivent, sur un pied d'égalité, un cycle complet d'enseignement primaire et secondaire gratuit et de qualité, qui débouche sur un apprentissage véritablement utile
4.2	D'ici à 2030, faire en sorte que toutes les filles et tous les garçons aient accès à des activités de développement et de soins de la petite enfance et à une éducation préscolaire de qualité qui les préparent à suivre un enseignement primaire
4.3	D'ici à 2030, faire en sorte que les femmes et les hommes aient tous accès dans des conditions d'égalité à un enseignement technique, professionnel ou tertiaire, y compris universitaire, de qualité et d'un coût abordable
4.4	D'ici à 2030, augmenter considérablement le nombre de jeunes et d'adultes disposant de compétences, notamment techniques et professionnelles, nécessaires à l'emploi, à l'obtention d'un travail décent et à l'entrepreneuriat
4.5	D'ici à 2030, éliminer les inégalités entre les sexes dans le domaine de l'éducation et assurer l'égalité d'accès des personnes vulnérables, y compris les personnes handicapées, les autochtones et les enfants en situation vulnérable, à tous les niveaux d'enseignement et de formation professionnelle
4.6	D'ici à 2030, faire en sorte que tous les élèves acquièrent les connaissances et compétences nécessaires pour promouvoir le développement durable, notamment par l'éducation en faveur du développement et de modes de vie durables, des droits de l'homme, de l'égalité des sexes, de la promotion d'une culture de paix et de non-violence, de la citoyenneté mondiale et de l'appréciation de la diversité culturelle et de la contribution de la culture au développement durable
4.a	Faire construire des établissements scolaires qui soient adaptés aux enfants, aux personnes handicapées et aux deux sexes ou adapter les établissements existants à cette fin et fournir un cadre d'apprentissage effectif qui soit sûr, exempt de violence et accessible à tous

Source : Objectifs de Développement Durable, ce que les Gouvernements locaux doivent savoir – Cités et Gouvernements Locaux Unis (CGLU)

Les engagements du Sénégal sont opérationnalisés par un ensemble de dispositifs juridiques et des programmes dont le programme d'amélioration de la qualité, de l'équité et de la transparence de l'éducation et de la formation (PAQUET-EF) qui vise l'horizon 2013-2025.

1.1 Demande et offre d'éducation

La demande de l'éducation est fortement influencée par la dynamique de la population. En effet, la composition de la population par âge ainsi que son évolution constituent des éléments importants de la politique éducative. Elles déterminent la taille de la population à scolariser, qui manifestement est le point de départ de la politique de l'éducation. De la connaissance de cette population découle à la fois l'estimation du nombre d'élèves mais aussi le nombre de structures éducatives à construire et le nombre d'enseignants à recruter. Ceci est d'autant plus important que selon les projections de l'ANSD faites sur la base du recensement de 2013, la population du Sénégal continuera de croître : elle passera de 22 millions en 2030, à 39 millions d'ici 2050 et 55 millions en 2063, ce qui induit une augmentation de la population en âge d'aller à l'école.

1.1.1 La petite enfance

SITUATION DE LA DEMANDE POTENTIELLE

La prise en charge éducative de la petite enfance est une problématique prioritaire pour le Gouvernement. En effet, la « petite enfance est une période clé dans le développement affectif, social et physique des enfants et, a de ce fait, un impact direct sur les adultes qu'ils deviendront » (EDS-C 2016).

Le rapport national du Ministère de l'Education nationale sur la situation de l'éducation en 2016, considère la petite enfance au moment où les enfants âgés de 3 à 5 ans fréquentent l'école préscolaire. Cependant, la petite enfance ou « prime enfance » concerne aussi la période de vie de l'enfant qui s'étend de la naissance à la fréquentation de l'école maternelle. En 2013, le RGPHAE estime le taux de la population infantile (0-3 ans) à 15,73%, soit 2.124.921 enfants ; selon les projections statistiques de l'ANSD, ce taux sera de 16,55% en 2019.

La satisfaction des besoins de ces « tout petits » en termes d'encadrement, d'entretien physique et psychologique, ainsi que les besoins de stimulation du développement est déterminante à leur épanouissement et de ce fait aura un impact direct sur leur futur. L'enjeu éducatif dont il est question ici est de créer les conditions nécessaires au développement de l'enfant reposant, entre autres, sur le triptyque santé-nutrition-stimulation précoce. En effet, l'enfant a besoin d'être aidé par des stimuli adaptés capables de développer sa motricité, son processus d'apprentissage cognitif pour sa croissance harmonieuse. L'enjeu éducatif est d'autant plus important qu'il s'inscrit dans un processus de changement profond par rapport au milieu familial. La participation au marché du travail et la redéfinition des rôles des hommes et des femmes obligent à réfléchir et à développer des stratégies efficaces sur la prise en charge de ces jeunes enfants.

Dans le rapport du Ministère de l'Éducation Nationale sur la situation de l'éducation en 2016, la demande potentielle concerne les enfants âgés de 3 à 5 ans : entre 2015 et 2016, elle est passée de 1.262.031 à 1.282.417, soit une augmentation de 1,6% et un sexe ratio en faveur des garçons (51,5%).

2 I ETATS ET TENDANCES DU SECTEUR DE L'EDUCATION

L'estimation de la demande potentielle doit intégrer de plus en plus la cohorte à venir (les enfants de 0 à 3 ans) afin d'asseoir une meilleure projection de l'offre. La demande potentielle passerait de 1 282 417 enfants en 2016 à 1 749 425 enfants en 2025, soit un taux d'accroissement de 3,51% (ANSD, projections 2013-2025).

Les disparités régionales en termes de demande potentielle sont très importantes. En fonction du poids démographique, les proportions les plus fortes sont notées dans les régions de Dakar (17,8%), Thiès (12,7%), Diourbel (12,4%) ; ce qui est largement supérieur à la moyenne nationale de 7,1%. Les régions de Sédhiou (3,9%), Ziguinchor (3,2%) et Kédougou (1,2%) présentent les proportions les plus faibles.

OFFRE DU DEVELOPPEMENT DE LA PETITE ENFANCE

L'offre du développement de la petite enfance concerne les établissements préscolaires fréquentés par les enfants âgés de 3 à 5 ans. Entre 2010 et 2016, le réseau d'établissement préscolaire est passé de 1958 à 3152 structures, soit un taux d'accroissement de 8,3%. Le tableau ci-dessous indique que ce réseau est composé de cases communautaires (8,88%), de cases des tous petits (21,48%), de classes préscolaires à l'élémentaire (10,69%), d'écoles maternelles (35,85%) et de garderies (23,10%)¹⁴. Les régions de Dakar et Thiès concentrent la majeure partie des structures de la petite enfance, soit 38,33% de l'ensemble des établissements du pays. Selon le milieu de résidence, les structures de la petite enfance sont plus présentes en zone urbaine (57%) qu'en zone rurale (43%).

Tableau 5 : Evolution des établissements du préscolaire selon le type

Types de structures	RNSE 2010	RNSE 2016	Evolution	
			Effectif	Taux de croissance
Case Communautaire	186	280	+ 94	7,1 %
Case des Tout Petits	446	677	+ 231	7,2 %
Ecole Maternelle	711	1130	+ 419	8,0 %
Garderie	615	728	+ 113	2,9 %
Classes à l'école primaire		337	+ 337	-
Total	1958	3152	+ 1194	8,3 %

Source : Rapport National sur la situation de l'éducation (RNSE) 2010 et 2016, Ministère de l'Education nationale

Face à une demande potentielle estimée à 1.282.417 enfants, l'offre en structures préscolaires est largement déficitaire. En effet, les 3152 établissements recensés en 2016 ne devraient recevoir que 283.680 enfants, en tenant compte de la norme de 90 enfants par structures (RNSE, 2016). Le gap à combler serait de 11.097 structures pour la prise en charge de l'ensemble des enfants. En tenant compte des projections (ANSD, 2013-2025), le nombre d'établissements préscolaires à prévoir serait de 15.783 structures en 2018, 17.120 structures pour la prise en charge des enfants en 2020 et 19.438 établissements préscolaires en 2025.

Concernant l'offre potentielle en salles de classes (dont la norme est de 35 élèves par éducateur) est estimée au préscolaire selon la variante « maintien des tendances » à 74 687 en 2018 et 109 136 salles en 2035.

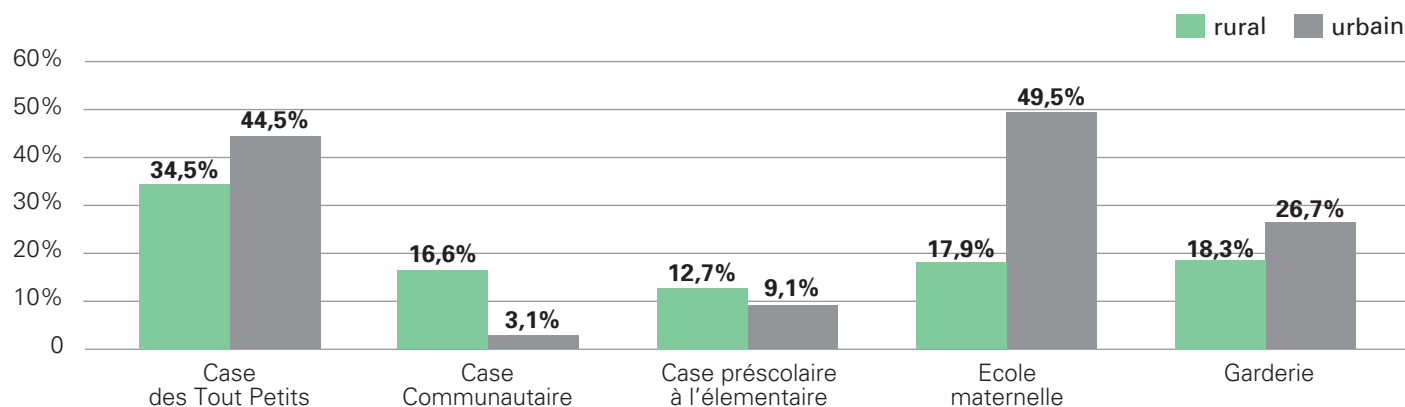
ETATS ET TENDANCES DU SECTEUR DE L'EDUCATION I 2

L'analyse de ce rythme de l'offre révèle une lenteur par rapport à la progression de la demande qui donne une évolution annuelle de 1,6%, ce qui pourrait entraîner, si cela persiste, la non atteinte des objectifs de préscolarisation universelle. Et mieux, avec la variante maintien des tendances, les dépenses s'élèveront à 230 milliards en 2032, et 188 milliards avec la variante Feuille de Route (ISF=2,6 avec une utilisation accrue de la Planification Familiale selon le rapport sur l'étude du dividende démographique) pour un budget sous sectoriel de 0,9% de celui de l'Etat.

Malgré ce déficit enregistré en 2016, les données recueillies à travers les différentes enquêtes et recensements laissent apparaître une évolution à la hausse des indicateurs scolaires, même si ces résultats enregistrés sont mitigés. En effet, les effectifs préscolarisés ont progressé entre 2000 et 2010, passant de 25 392 à 146 838 enfants, soit un Taux d'Accroissement Moyen Annuel (TAMA) de 19,2%. Entre 2010 et 2016, ce taux a connu une légère baisse, avec des effectifs préscolarisés qui sont passés de 146 838 à 224 617 enfants, soit un TAMA de 7,33%.

Cette légère hausse est tirée par les écoles maternelles, notamment au niveau des zones urbaines ; le milieu rural renfermant plus les cases des tout-petits, les cases communautaires et les classes préscolaires à l'élémentaire. Les données de l'EDS-C 2016 révèlent que 36,7% des enfants du quintile de bien-être économique le plus élevé fréquentent les jardins d'enfants. Il faut noter que ces dernières années ont été marquées par la percée des modèles alternatifs (Classes Préscolaires à l'Élémentaire, structures franco-arabe et autres initiatives privées de quartier non formalisées). La majeure partie des effectifs de la petite enfance est concentrée au Privé avec 43,5% contre 35,5% au Public et 21% au Communautaire et Associatif.

Graphique 4 : Répartition en pourcentage des structures en 2016



Source : Rapport National sur la situation de l'éducation 2016, Ministère de l'Education nationale

En ce qui concerne le taux brut de préscolarisation (TBPS), il a connu une légère progression passant de 10,7% en 2010 à 16,8% en 2015 et s'établit à 17,5% en 2016, soit un TAMA de 0,7% entre 2015-2016 (RNSE, 2010 et 2016). L'indice de parité pour la période est de 1.17 fille pour un garçon. Ce taux brut varie selon les régions. En effet, les données de routines de la DPPE/DSP en 2016 montrent que les régions de Ziguinchor (53,6%), Dakar (28,4%), Sédhiou (25,8%), Louga (23,4%) et Kédougou (18,2%) ont enregistré un TBPS supérieur à celui du niveau national (17,5%). Par contre, les régions de Kaolack (9,5%), Diourbel (7,6%) et Kaffrine (5,1%) ont les taux les plus faibles.

2 | ETATS ET TENDANCES DU SECTEUR DE L'EDUCATION

Carte 3 : Taux brut de préscolarisation selon le sexe et par région

TAUX BRUT DE PRESCOLARISATION

■ de 30 à 55%

■ de 21 à 29%

■ de 16 à 20%

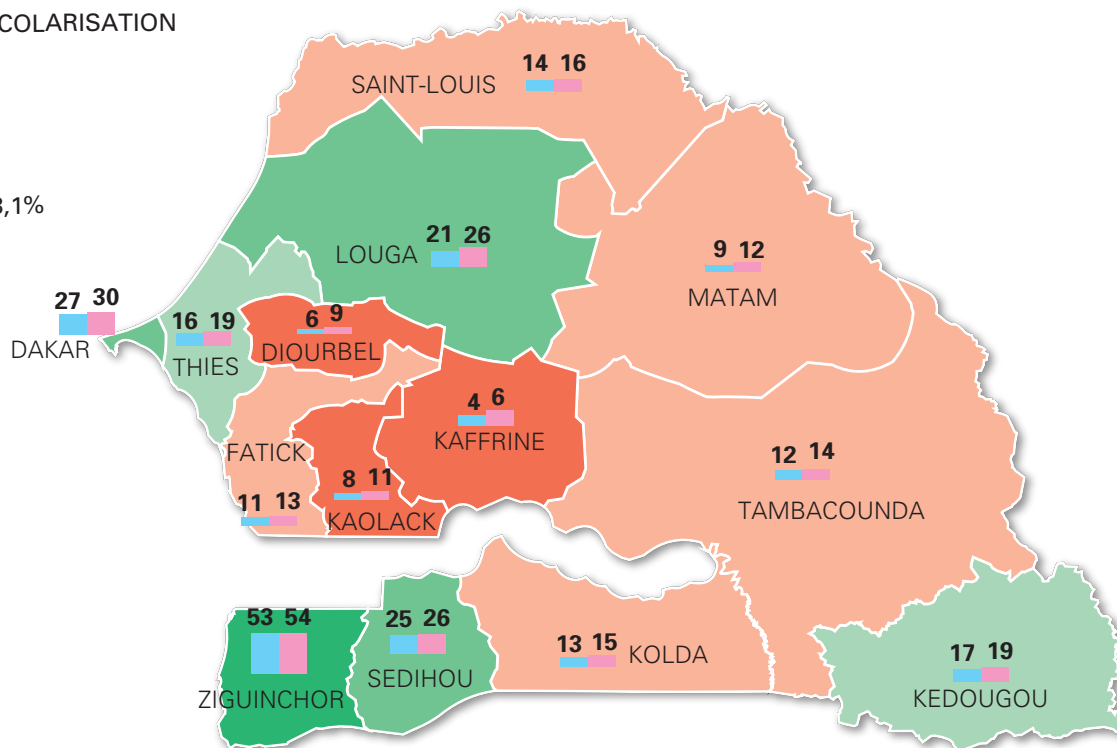
moyenne nationale 18,1%

■ de 11 à 15%

■ de 5 à 10%

■ % Garçons

■ % Filles



Source : Rapport National sur la situation de l'éducation 2016, Ministère de l'Education Nationale

Au niveau des établissements préscolaires, les données de routine de la DPPE/DSP montrent qu'en 2016, l'environnement d'apprentissage est assez satisfaisant, avec la présence de :

- cantines scolaires au niveau de 21,4% des 3152 établissements préscolaires en 2016 ;
- murs de clôture pour 76,2% des établissements préscolaires ;
- latrines au niveau de 76,2%, de l'eau (79,5%) et de l'électricité (61,96%) des établissements préscolaires.

Ces efforts participent à une offre de qualité conformément aux objectifs du Sénégal d'atteindre la norme de 30 enfants par groupe pédagogique afin d'assurer un encadrement de qualité dans les structures de prise en charge de la petite enfance. Les autorités ont également consenti des efforts à travers la requalification des personnels, la généralisation du curriculum de l'éducation avec la mise à disposition des guides et cahier d'activités, l'approche holistique et intégrée avec une généralisation du volet éveil. Ces options, qui ont pour finalité un objectif de développement visant l'éducation et non les enseignements, permettent de rester optimiste pour une amélioration progressive de qualité.

D'une manière générale, le préscolaire est en progression dans toutes les régions entre 2014 et 2016 mais, il laisse apparaître des défis importants à relever particulièrement :

- le réseau préscolaire caractérisé par un enjeu important en termes de structures à construire mais aussi à répartir selon les milieux de résidence. Il est noté une surconcentration de structures dans les centres urbains au détriment du milieu rural ;
- le taux de préscolarisation faible au niveau national et dans les régions du Centre et du Sud-est qui sont des foyers religieux importants où les enfants sont plutôt orientés vers l'éducation coranique à bas âge.

1.1.2 Demande et offre de l'éducation primaire

SITUATION DE LA DEMANDE POTENTIELLE AU PRIMAIRE

Selon le rapport national sur la situation de l'éducation en 2016, la population en âge d'aller à l'école primaire (6 à 11 ans) est estimée à 2 339 834 enfants, dont 48,5% de filles contre 2 175 687 en 2013 (48,4% de filles). La répartition géographique montre que les régions de Dakar (18,2%), Thiès (12,9%) et Diourbel (11,9%) concentrent 43% des effectifs en 2016. Les proportions les plus faibles sont notées dans les régions de Kaffrine (5,0%), Matam (4,7%), Sédhiou (3,8%) et Kédougou (1,2%).

Les résultats des projections de l'ANSD ont mis en évidence la forte évolution que connaîtra cette tranche d'âge avec une population scolarisable au primaire qui représentera 15,1% de la population totale du pays en 2018 (soit 2 440 587 individus). Elle passera à 3 113 620 enfants en 2025, avant d'atteindre 3 970 422 enfants en 2035.

Estimés à plus de 1 500 000 en 2013, les enfants hors de l'école représentent environ 47% de l'ensemble des enfants d'âge scolaire (lesquels regroupent en 2013, 3 332 809 enfants au Sénégal). Sur 10 enfants HE, près de 8 n'ont jamais été scolarisés (soient 1 248 258 enfants) ; tandis que 2 sur 10 enfants sont déscolarisés (324 834 enfants) (Etude ORLECOL, 2016). Les enfants des zones rurales où environ 60% sont hors de l'école sont les plus affectés par ce phénomène. La demande potentielle d'éducation primaire intègre aussi les enfants vivant avec un handicap, dont la proportion âgée de 7-12 ans est estimée à 24 513 en 2016, selon l'étude « ORLECOL »¹⁵. Sur cet effectif, 55,5% sont atteints de handicap léger alors que 44,5% souffrent d'un handicap lourd. L'étude a révélé aussi que 63,2% des enfants souffrant d'un handicap léger et 48,8% des enfants atteints de handicap lourds sont « hors école ». La prise en compte de cette proportion d'enfants dans la mise en place des structures éducatives s'avère importante afin de diminuer, ou même de résorber le taux d'enfants vivant avec un handicap et qui sont hors du système éducatif.

OFFRE D'EDUCATION AU PRIMAIRE

Le Sénégal a adopté une diversification de son offre éducative dans le but de répondre aux besoins éducatifs des différentes communautés en portant une attention particulière aux écoles et structures (i) dispensant, outre le programme d'enseignement en français, un enseignement en arabe, voire religieux, et ; (ii) accueillant également des enfants à besoins éducatifs spéciaux.

Cette stratégie de diversification de l'offre éducative a permis d'enregistrer des résultats relativement positifs. En effet, le nombre d'écoles fonctionnelles a progressé de façon spectaculaire en passant de 6 950 écoles en 2006 à 9 827 en 2016, soit un accroissement global de 41,4% (+ de 2877 écoles). En 2016, la part du Public représente 84,7% des écoles primaires réparties entre les écoles classiques (81,2%) et les écoles franco-arabe (3,6%). Pour la même année, la part du non public est estimé à 15,3% composé des écoles communautaires/associatives (0,4%), les écoles privées catholiques (1,4%), les écoles privées franco-arabe (5,0%) et les écoles privées laïques (8,5%). Il est à noter que le rythme d'augmentation varie d'une région à une autre. Les plus importantes hausses, entre 2015 et 2016, sont constatées dans les régions de Dakar (55%), Saint-Louis (42%), Kolda (33%) et Diourbel (30%).

Le taux brut de scolarisation a connu des fluctuations liées au changement d'orientation politique. En 1995, le gouvernement a opté pour une politique de massification à travers le recrutement des enseignants sous la forme du Programme des volontaires de l'éducation. Ce qui a permis d'améliorer de manière significative les chiffres de la scolarisation qui sont passés de 54,6% en 1995 à 94,4% en 2010 (MEN, 2010). Cependant, le constat de la baisse de la qualité de l'éducation a amené les pouvoirs publics à une réorientation soldée dans un premier temps par une baisse du TBS à 83% en 2013. A partir de cette date, comme le montre le graphique ci-dessous, l'impact de la politique de diversification de l'offre éducative a permis d'enclencher une nouvelle dynamique de hausse du TBS qui a atteint 86,10% en 2016 (RNSE, 2016)¹⁶.

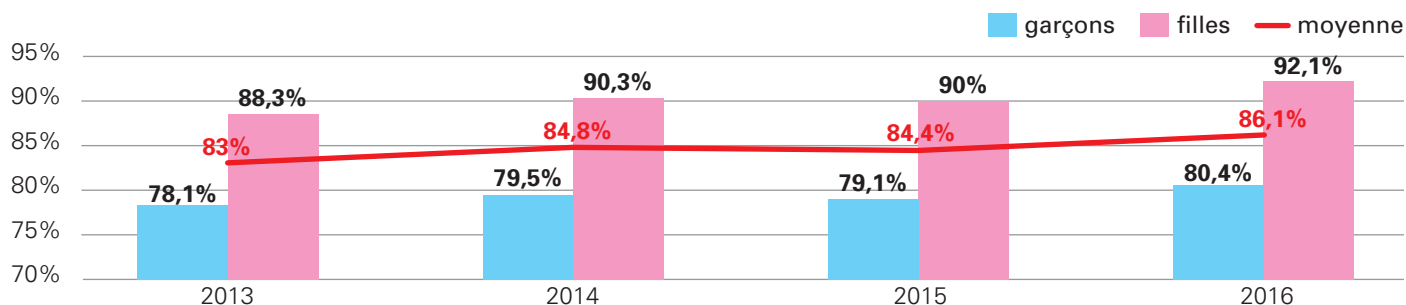
15. IRD, UCAD et UNICEF. 2016. Les enfants hors ou en marge du système scolaire classique au Sénégal. Etude "Orlecol" - Synthèse analytique

16. Ministère de l'Éducation Nationale, Direction de la Planification et de la Réforme de l'Éducation, 2016, Rapport sur la situation de l'éducation

2 | ETATS ET TENDANCES DU SECTEUR DE L'EDUCATION

Des variations du taux brut sont observées selon le sexe et la région de résidence. L'écart entre les filles et les garçons n'est pas très important (respectivement 76% et 74%) (DPRE/DSP 2016).

Graphique 5 : Evolution du taux brut de scolarisation

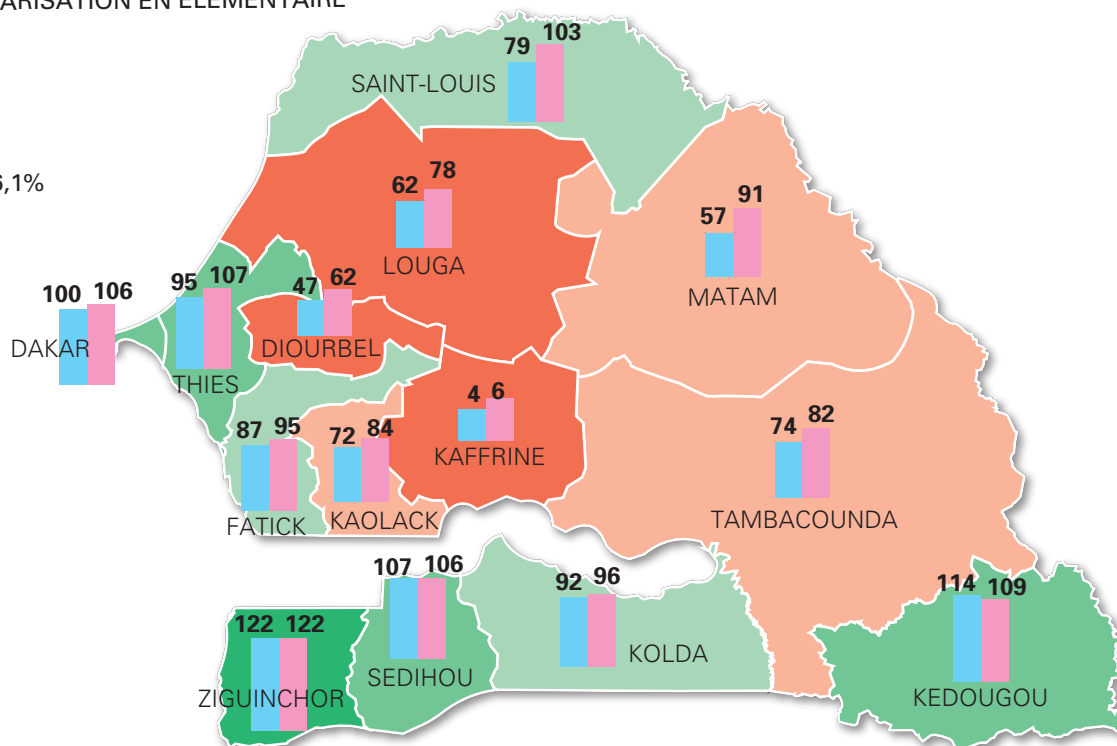
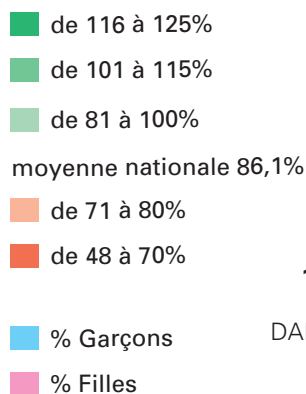


Source : Rapport National sur la situation de l'éducation 2016, Ministère de l'Education nationale

Le taux brut de fréquentation des enfants issus du quintile le plus élevé (ménages riches) est de 94% contre 53% de fréquentation pour les enfants issus des ménages pauvres. L'analyse selon le sexe révèle que le taux brut de scolarisation au primaire estimé à 86,1% en 2016 est largement tiré par les filles (92,1%) selon le rapport national sur la situation de l'éducation en 2016. Le taux brut de scolarisation au primaire est plus élevé en milieu urbain qu'en milieu rural (94% contre 62%). Les régions Ouest (92%) et Sud (86%) enregistrent les taux les plus élevés et à l'opposé, c'est au Nord qu'il est le plus faible (58%). Les régions de Louga, Diourbel et Kaffrine présentent les taux de scolarisations les plus faibles comme le montre la carte.

Carte 4 : Taux brut de scolarisation élémentaire par région - 2016

TAUX BRUT DE SCOLARISATION EN ELEMENTAIRE

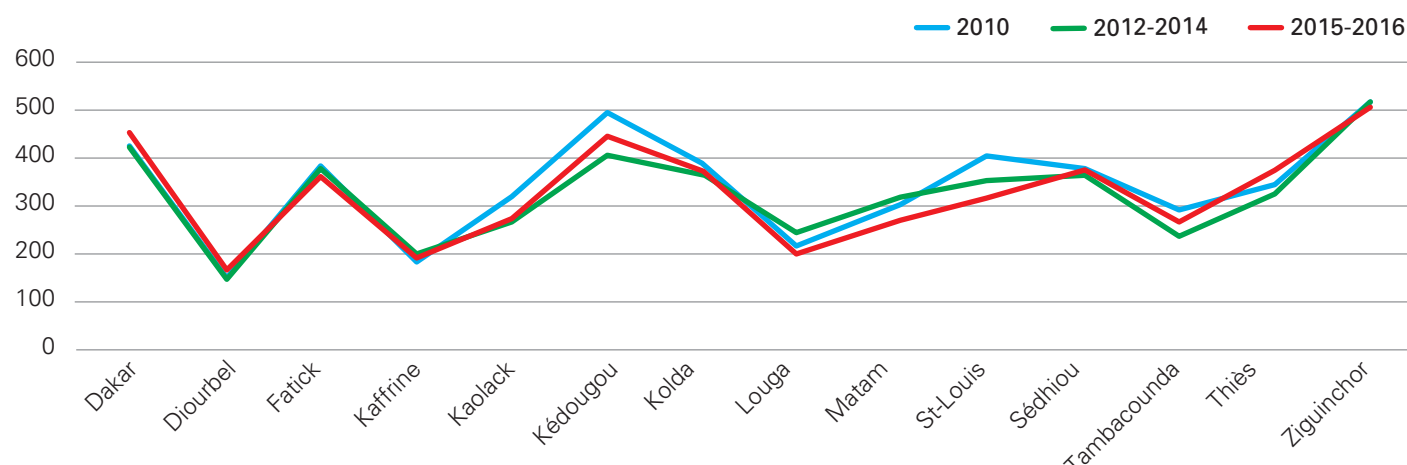


Source : Rapport National sur la situation de l'éducation 2016, Ministère de l'Education nationale

ETATS ET TENDANCES DU SECTEUR DE L'EDUCATION I 2

Taux Net de Scolarisation (TNS) à l'école primaire : il est passé de 50% en 2011 à 53,1% en 2016, selon l'EDS-C 2016. Autrement dit, plus d'un enfant sur deux en âge de fréquenter l'école primaire n'est pas scolarisé. Le taux net de fréquentation scolaire au niveau primaire varie selon les milieux de résidence avec respectivement 67% en milieu urbain et 39% en milieu rural. Aussi, est-il constaté des inégalités selon les régions avec respectivement 65% à l'Ouest et 57% au Sud. Les taux nets de fréquentation scolaire sont plus élevés dans les zones urbaines de l'ouest.

Graphique 6 : Taux net de scolarisation (TNS) au primaire par région



Source : Rapport National sur la situation de l'éducation 2016, Ministère de l'Éducation Nationale

L'indice de parité entre les sexes dans l'éducation primaire est de 1,03 (l'EDS-C, 2016). Toutefois, la région Sud, se démarque par un indice de parité favorable aux garçons (0,94). Quant aux régions de Matam et Diourbel, l'indice constaté peut s'expliquer par la forte présence de l'enseignement religieux, qui accueille plus les garçons. L'analyse évolutive montre une certaine inversion des tendances en matière de parité pour la majorité des régions du Sénégal, sauf pour Diourbel et Matam où la part des filles s'est renforcée durant ces deux périodes.

Tableau 6 : Evolution de l'indice de parité au primaire et par région

Régions	Indice 2011-2012	Indice 2015-2016	Régions	Indice 2011-2012	Indice 2015-2016
Matam	1.43	1.44	Kaffrine	1.24	0.98
Diourbel	1.19	1.27	Fatick	1.05	0.97
Kaolack	1.17	1.10	Kolda	0.90	0.96
Saint Louis	1.18	1.09	Kédougou	0.99	0.96
Dakar	1.01	1.07	Ziguinchor	1.07	0.95
Thiès	1.07	1.00	Tambacounda	1.19	0.92
Sedhiou	0.92	0.98	Louga	1.18	0.87

Source: EDS-MICS 2011-2012/EDS-C 2016

2 | ETATS ET TENDANCES DU SECTEUR DE L'EDUCATION

Le taux d'achèvement au primaire s'établit à 59,9% en 2016 selon l'EDS-C 2016, contre 59,3% en 2015 et reste en-deçà de l'objectif de 68% visé pour l'année 2016. L'étude évolutive montre néanmoins, que ce taux était de 49,7% en 2006. La spatialisation du taux d'achèvement au primaire en 2016 montre une forte hétérogénéité, avec les régions de Kédougou (88,2%), Ziguinchor (86,7%), Dakar (75,9%), Sédhiou (72,6%), Thiès (70,0%) et Kolda (66,6%) qui dépassent l'objectif national (59,9% en 2016). Les performances notées, quoique bonnes, restent encore en deçà de l'attente. Cette situation est tributaire, en bonne partie, des taux de redoublement et d'abandon encore élevés. Selon le RNSE 2016, le système éducatif demeure marqué par le taux encore élevé des abandons (9,8%). Sur 100 enfants scolarisés en 2016, les statistiques montrent qu'environ 3,9 redoublent et 9,8 sont sortis du système.

Les commodités sont assez prises en compte dans la mise en place des établissements primaires selon les données de la DPPE/DSP de 2016, avec notamment :

- 72,8% des écoles qui disposent de latrines, cependant, six des seize académies d'enseignement ont un pourcentage d'écoles disposant de latrines inférieures à la moyenne nationale ;
- 38,5% d'écoles primaires publiques avec des murs de clôtures dont 74,5% en milieu urbain et 30,5% en milieu rural. Les plus forts taux d'écoles clôturées se retrouvent à Dakar (97,3%), Pikine-Guédiawaye (94,7%) et Matam (85,4%) ;
- 67% d'écoles disposant de points d'eau réparties entre les zones urbaines (83,9%) et rurales (63,3%) ;
- 18% des écoles primaires sont aménagées pour les enfants en situation de handicap, selon le RNSE 2016, même si des aménagements en profondeur sont nécessaires pour s'assurer d'une bonne accessibilité.

Toutefois, l'enseignement primaire, à l'instar de tous les autres niveaux, est confronté à un certain nombre de défis qui compromettent la qualité de l'éducation, la formation et l'apprentissage. Ces défis sont entre autres, la résorption du fort taux d'abandon précoce. D'ailleurs, les plus forts taux d'abandon sont notés au niveau du CM1 (17,6%), du CI (10,8%) et du CE1 (8,5%), selon le RNSE 2016. Les abandons précoces sont en partie favorisés par les longues distances empruntées par les élèves surtout en milieu rural ou bien par les écoles à cycles incomplets qui ne permettent pas aux élèves, ayant de faibles capacités, de reprendre la classe.

1.1.3 Demande et offre de l'éducation au moyen et au secondaire

SITUATION DE LA DEMANDE D'EDUCATION AU MOYEN ET AU SECONDAIRE

Pour le moyen, la population âgée de 12 à 15 ans constitue celle de la demande potentielle de l'éducation. En 2016, cette tranche d'âge de la population est estimée à 1 370 658 individus¹⁷ (dont 48,53% de filles) contre 1 268 139 individus en 2013 (RGPHAE, 2013).

Pour le secondaire, la demande d'éducation concerne la population de la tranche d'âge 16-18 ans. Elle est estimée en 2016 à 935 610 personnes (dont 49% de filles) contre 606 334 en 2013 (RGPHAE, 2013).

La population âgée de 13 à 16 ans et vivant avec un handicap est estimée par l'étude « ORLECOL » à 10 857 personnes en 2016. Parmi cet effectif, 64,1% sont en situation de handicap léger et 35,9% sont atteints de handicap lourd. Sur l'effectif d'enfants en situation de handicap léger 71,6% sont en dehors de l'école et ce taux est de 72,6% pour les enfants en situation de handicap lourd.

La spatialisation de la population scolaire des niveaux du moyen et du secondaire montre qu'à l'exception des régions de Dakar et Diourbel, le pourcentage de filles est partout inférieur à 50%. La région de Dakar compte la plus forte demande potentielle d'éducation (184 343 individus) alors que Kédougou présente la plus faible part avec 10 177 individus, soit 1,1% du global.

Les projections faites par l'ANSD révèlent qu'en 2025, la population du moyen serait de 1 684 155 individus et devrait atteindre 2 354 385 individus en 2035. Pour ces mêmes périodes, la population scolaire du secondaire serait de 1 178 323 personnes en 2025 et de 1 615 045 personnes en 2035.

ETATS ET TENDANCES DU SECTEUR DE L'EDUCATION I 2

OFFRE DES ENSEIGNEMENTS MOYEN ET SECONDAIRE

Pour **l'enseignement moyen**, la mise en œuvre du PDEF et de la première phase du PAQUET a contribué à la densification du réseau d'établissements, dont le taux annuel de croissance a atteint 6,9% entre 2011 et 2016. En effet, entre ces deux dates, le nombre d'établissements est passé de 1373 à 1921, avec une option vers les collèges de proximité, notamment dans le secteur public. Cette volonté de mise en place des collèges de proximité a eu des impacts notoires sur le taux de transition CM2-Sixième passant de 60,10% en 2006 à 90,5% en 2010, selon le rapport national sur la situation de l'éducation en 2016. Toutefois, à partir de 2010, ce taux a connu une baisse continue du fait de l'option politique visant la promotion de la qualité dans l'enseignement. Cette situation est assez illustrative du niveau de déperdition scolaire.

Le taux brut de scolarisation au moyen est estimé à 54,4% en 2016, avec une forte prédominance des filles (58,3%). Ce taux a sensiblement diminué (56,1% en 2013), avant de monter jusqu'à 58,1% en 2014, pour atteindre son maximum en 2015 (58,4%). La spatialisation montre que les taux les plus faibles se retrouvent dans les régions de Kaffrine (23%), Diourbel (27,10%) et dans une moindre mesure Tambacounda (32,7%).

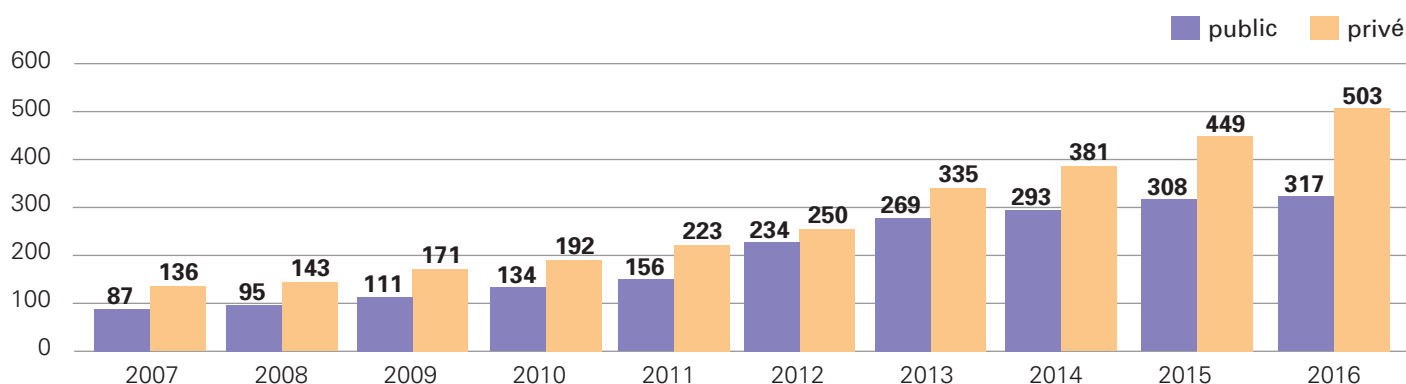
En ce qui concerne **le taux d'achèvement au moyen**, il est passé de 36,4% en 2013 à 37,2% en 2016, soit une légère hausse de 0,8 point de pourcentage. En 2016, ce taux est plus important chez les filles (39,7%) que chez les garçons (34,8%). Ce taux indique dès lors, qu'il y a lieu de mettre en œuvre des stratégies efficaces de lutte contre la déperdition scolaire.

Cette faible performance est liée à plusieurs facteurs, notamment l'inadéquation entre l'offre éducative et la spécificité culturelle et religieuse dans certaines zones, le faible niveau de maîtrise des compétences fondamentales dans les disciplines-outils en lecture et mathématiques, ainsi qu'à la mauvaise qualité de l'environnement des enseignements et apprentissages d'après le RNSE.

Les taux de réussite au BFEM sont assez illustratifs de cette situation, avec une évolution qui est passée de 40,3% en 2012 à 51,85% en 2016 (RNSE, 2016). Le taux de réussite de 2016 est légèrement tiré par celui des garçons qui a atteint 55,58% selon le rapport national sur la situation de l'éducation en 2016. La répartition géographique de ce taux montre que les académies de Ziguinchor, Kaffrine, Tambacounda et Sédhiou enregistrent des résultats supérieurs à la moyenne nationale.

Pour **l'enseignement secondaire**, l'analyse de l'offre permet de dire que le nombre d'établissements secondaire est passé de 757 en 2015 à 820 en 2016, ce qui correspond à un accroissement de 8,32% contre 12,3% entre 2014 et 2015 comme l'atteste le graphique ci-dessous.

Graphique 7 : Evolution des établissements abritant le Secondaire entre 2007 et 2016



Source : Rapport National sur la situation de l'éducation 2016, Ministère de l'Education nationale

2 I ETATS ET TENDANCES DU SECTEUR DE L'EDUCATION

Bien que les taux de scolarisation aient augmenté au cours des dernières années, ils restent encore faibles, avec très peu d'élèves se dirigeant vers les filières scientifiques ou techniques. En effet, le taux brut de scolarisation au secondaire était de 59,4% en 2013 (RGPHAE) contre 67% en 2016 (EDS-C), soit une légère hausse de 8 points de pourcentage entre 2013 et 2016.

Le taux brut présente, cependant des variations significatives selon les caractéristiques sociodémographiques du ménage de l'enfant mais aussi par rapport au milieu de résidence. En effet, Il varie de manière importante entre les milieux de résidence avec respectivement, 101% en milieu urbain et 42% en milieu rural. Ce faible TBS en milieu rural s'explique, entre autres, par les abandons, l'accessibilité géographique des établissements secondaires, etc. À titre illustratif, les régions qui présentent les taux bruts de scolarisation les plus faibles, présentent aussi de faibles taux d'urbanisation : Diourbel (TBS : 16,9% en 2016 selon le RNSE et taux d'urbanisation : 16,0% selon le RGPHAE-2013) et Kaffrine (TBS : 14,9% en 2016 selon le RNSE et taux d'urbanisation : 15,1% selon le RGPHAE-2013).

Ces disparités se confirment également au niveau régional avec Matam, Diourbel et Kaffrine qui présentent les taux bruts de scolarisation au secondaire les plus faibles comme illustré sur la carte ci-après. La région de Ziguinchor a le meilleur taux (71%) alors Dakar et Thiès présentent les pourcentages les plus importants (47 et 43%).

Cette tendance s'observe aussi pour l'indice de parité au secondaire qui montre une faible représentation des filles au cycle secondaire en milieu rural (0,92 en 2016), contrairement au milieu urbain (1,02 filles pour 1 garçon).

Carte 5 : Taux brut de scolarisation secondaire général par région

TAUX BRUT DE SCOLARISATION AU SECONDAIRE GÉNÉRAL

■ de 47 à 71%

■ de 35 à 46%

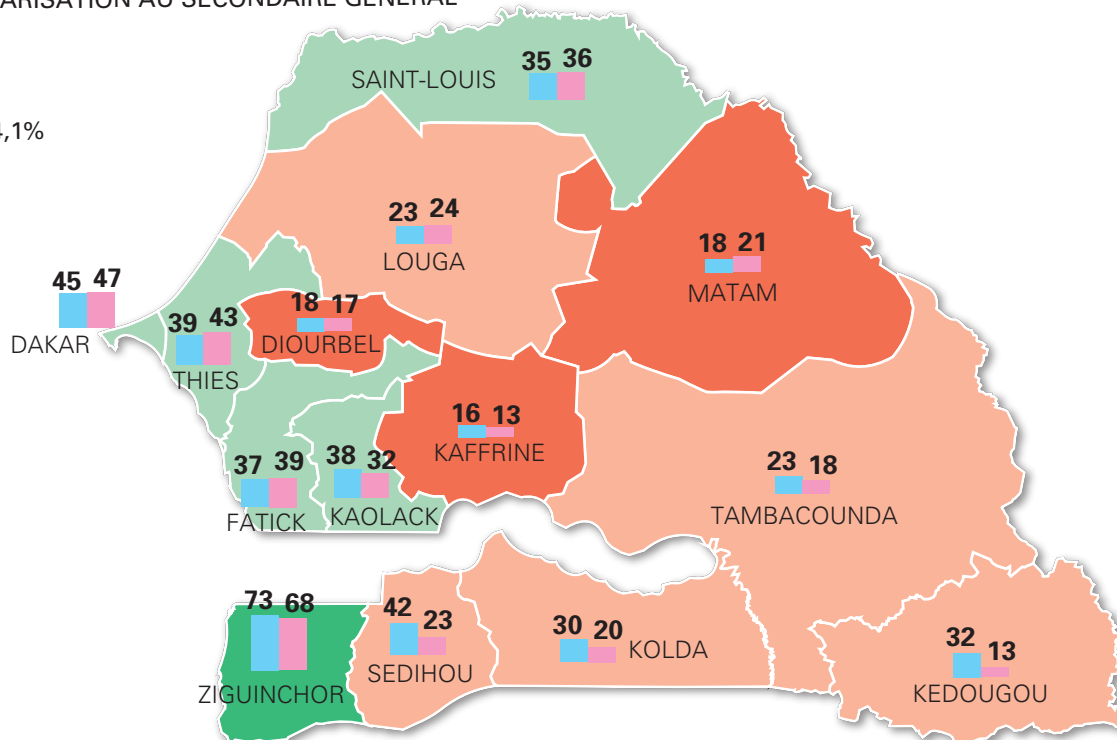
moyenne nationale 34,1%

■ de 21 à 34%

■ de 14 à 20%

■ % Garçons

■ % Filles



Source : Rapport National sur la situation de l'éducation 2016, Ministère de l'Éducation nationale

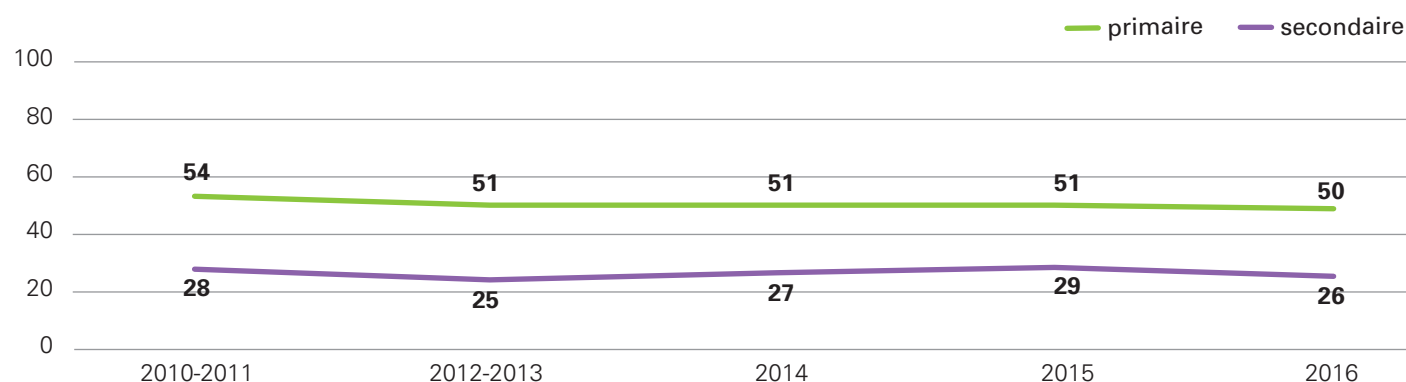
ETATS ET TENDANCES DU SECTEUR DE L'EDUCATION I 2

L'étude de l'environnement scolaire au niveau du secondaire montre la présence de latrines pour 91 % et de l'eau courante au niveau de 95% des établissements secondaires en 2016. Même si l'éclairage, la clôture et la cantine sont importants, l'eau et les latrines demeurent des critères vitaux pour le bien-être des élèves, notamment des filles.

Par ailleurs, la prise en compte des personnes vivant avec un handicap n'est pas systématique au niveau des établissements secondaires du Sénégal. Ceci induit un important taux d'abandon scolaire du fait des difficultés auxquelles elles font face dans l'environnement scolaire. Même si des dispositions juridiques et réglementaires pour l'élimination des divers obstacles pouvant réduire les chances des personnes handicapées et qui peuvent inclure des barrières physiques, sont prises par les autorités, force est de constater que le niveau d'application pose problème.

Les performances du secondaire, appréciées par le taux de réussite au Bac ont évolué en dents de scie durant les dix dernières années. Sur la période 2006-2016, l'indicateur a perdu 3,1 points de pourcentage en moyenne, annuellement. Son niveau le plus élevé (50,20%) a été atteint en 2006 alors que son plus bas niveau est de 31,8% enregistré en 2014 et qui est restée constant en 2015. Même si le taux de réussite a enregistré une augmentation de 7,8 points de pourcentage entre 2009 et 2010, il s'est dégradé de 10,4 points de pourcentage entre 2010 et 2015, passant ainsi de 42,2% à 31,8%. En 2016, le taux de réussite au Bac montre une nette avancée des garçons (38,84%) par rapport aux filles (34,48%). Durant cette même année, au niveau des Académies, dix sur les seize ont un taux inférieur au niveau national (36,76%). Les facteurs explicatifs d'une telle situation remontent au cycle primaire qui renferme les leviers faibles de survie au moyen et au secondaire.

Graphique 8 : Evolution du taux net de fréquentation au Primaire – Secondaire



Source : Rapport National sur la situation de l'éducation 2016, Ministère de l'Education Nationale

1.1.4 Enseignement supérieur /technique et professionnel

En 2012, les étudiants inscrits dans **l'enseignement supérieur** étaient de 122 970 ; cet effectif est passé à 147.957 en 2015 (ANSD, SESN 2012 et 2015). Il est prévu que les inscriptions atteignent 223 800 étudiants en 2018. Concernant le taux d'accès, il a connu une baisse entre 2015 et 2016 passant de 6,2% à 6% (RAC, 2017). Les universités publiques dominent le secteur de l'enseignement supérieur (80,7%, SESN-2014), malgré le rôle de plus en plus important du secteur privé.

En dépit de la création de nouvelles universités et de l'émergence d'établissements d'enseignement supérieur privés, la demande dépasse l'offre, ce qui conduit à la congestion de grandes universités publiques comme l'Université Cheikh Anta Diop de Dakar. Comme pour les autres niveaux d'éducation, la région de Dakar enregistre la grande majorité (84%) de toutes les inscriptions universitaires (universités publiques et privées).

2 | ETATS ET TENDANCES DU SECTEUR DE L'EDUCATION

Le défi auquel ce secteur fait face est son financement. En effet, le financement de l'enseignement supérieur au Sénégal est devenu insoutenable, puisque la plupart des étudiants est financé par le Gouvernement. En plus de l'offre insuffisante de l'enseignement supérieur, il se pose le problème d'une production limitée d'élèves ayant des compétences dans les domaines de la science, de la technologie et de l'innovation (seulement 21 à 33% sont inscrits dans des cursus liés à la science), tandis que la majorité (72 à 73%) est inscrite dans des cursus littéraires.

Pour relever ces défis, il est nécessaire d'améliorer l'accès et la qualité de l'enseignement supérieur, avec un accent particulier sur l'amélioration de l'innovation et le nombre d'étudiants qui suivent des cursus basés sur la science et la technique.

La Formation Professionnelle et Technique (FTP) est sous-développée et reste confrontée à de graves difficultés, malgré les efforts concertés déployés pour revitaliser le sous-secteur. À l'échelle nationale, seuls 5% des élèves admissibles sont inscrits dans ces établissements. La majorité des inscriptions (62,5%) sont dans la région de Dakar. Contrairement à beaucoup de pays où la FPT est offerte par le secteur public, le secteur privé au Sénégal assure une offre allant jusqu'à 79,3% de toutes les inscriptions dans la formation professionnelle. En raison du faible taux de scolarisation et des faibles niveaux d'utilisation des institutions techniques, les formateurs ont des volumes horaires en dessous des niveaux statutaires.

L'autre défi dans ce sous-secteur est que l'offre de la formation professionnelle et technique connaît souvent des dysfonctionnements dans l'adéquation avec les besoins du marché du travail en termes de personnel qualifié aussi bien en quantité qu'en qualité. Cela est dû, entre autres, à l'utilisation d'équipement et de structures obsolètes et de formateurs n'ayant pas de qualification requise pour enseigner à ce niveau. La politique de l'éducation doit donc adapter, en priorité, l'offre de la formation professionnelle aux besoins du développement économique, en partenariat avec le secteur privé. À cet effet, le Gouvernement prévoit de développer un partenariat solide avec le secteur privé et les organisations professionnelles pour élaborer et offrir des filières de formation professionnelle de qualité et qui sont adaptés aux besoins du marché. Ce qui représente un début de solution aux problèmes des enfants exclus du système éducatif.

1.2 Secteur éducatif non formel

L'éducation non formelle est un nouveau type d'enseignement dans lequel l'accent est mis sur l'intégration de l'alphabétisation fonctionnelle et de la post-alphabétisation, dans le cadre d'un programme global unifié avec un manuel de procédures sur le développement des écoles communautaires de base, sur la diversification de l'offre à travers l'Education Qualifiante des Jeunes et des Adultes (EQJA), sur la modernisation des daaras ainsi que la promotion des langues nationales. L'éducation non formelle trouve sa pertinence dans le taux d'**analphabétisme** qui est de 54,6% au niveau national en 2013 selon le dernier recensement.

L'éducation de base et l'alphabétisation sont offertes dans les écoles non formelles composé en 2016 d'écoles religieuses appelées *daara* (4 765), les écoles communautaires de base (190), les centres d'alphabétisation (495) et les écoles arabo-islamiques (827). L'éducation de base et l'alphabétisation est souvent un secteur sous-estimé avec un financement de moins de 0,5% dans le système d'éducation (RNSE, 2016), alors qu'elle sert de source d'enseignement pour une proportion significative de la population sénégalaise qui est soit, sous-scolarisée, soit n'a pas eu la possibilité de recevoir une éducation formelle.

Dans le secteur de l'éducation non formelle, le système d'éducation coranique se démarque par son ancrage historique, l'importance des effectifs d'enfants qui le fréquentent et l'attachement des populations

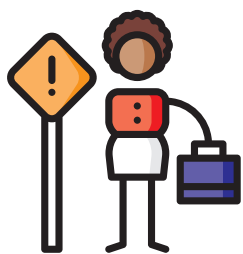
ETATS ET TENDANCES DU SECTEUR DE L'EDUCATION I 2

à l'enseignement du Coran et des principes de la religion islamique malgré les dérives qui lui sont associées (mendicité infantile, exploitation des enfants). Dans le secteur de la petite enfance, 10% des enfants âgés de 3-5 ans fréquentaient en 2010 un daara contre seulement 1,5% pour les cases de tout petits. En 2016, ces enfants sont estimés à 19,4% contre 1,4% pour respectivement les daaras et les cases de tout petits (EDS-MICS, 2010-2011 ; EDS, 2016).

Le système des daara recouvre aujourd'hui une réalité multiforme à l'échelle du pays. Au vu des évolutions, deux principaux types peuvent être distingués. Les *daaras* "classiques" que l'on retrouve autant en milieu urbain qu'en milieu rural. Ils sont sous la responsabilité d'un marabout et peuvent accueillir un grand nombre d'enfants en système d'internat. Et les *daaras modernes* qui se sont développés dans les villes au cours des dernières années constituent la réponse à une forte demande dans le domaine de l'enseignement coranique. Les deux systèmes peuvent accueillir des enfants en situation d'alternance entre le système formel et celui non-formel.



2 | ETATS ET TENDANCES DU SECTEUR DE L'ÉDUCATION



II. DEFIS DU SECTEUR DE L'ÉDUCATION ET ANALYSE CAUSALE

2.1 Défis du secteur

Malgré les performances enregistrées au cours des dernières années, des gaps importants sont à combler pour faire face aux importants défis :

- l'importance du taux d'enfants et de jeunes âgées de 6 à 16 ans (37%) hors du système éducatif, avec une forte présence des garçons qui représentent 57% de ce pourcentage ;
- le risque de décrochage scolaire qui concerne près de 20% d'enfants et de jeunes de 6 à 16 ans scolarisés ;
- le réseau préscolaire caractérisé par un enjeu important en termes de structures à construire mais aussi à répartir selon les milieux de résidence du fait d'une surconcentration de structures dans les centres urbains au détriment du milieu rural ;
- le faible taux de préscolarisation au niveau national (17,5%) plus particulièrement dans les régions de Diourbel (7,6%) et Kaffrine (5,1%) ;
- la très faible progression constatée au cours des dernières années des taux nets de scolarisation : 50% en 2011 et 53,1% en 2016 ;
- la stagnation du taux d'achèvement : 59,1% en 2010 contre 59,9% en 2016 pour un objectif de 68% fixé par l'Etat ;
- le PASEC 2014 révèle que dans les dix pays enquêtés, 71,4% des élèves n'ont pas atteint le seuil « suffisant » de compétences en langue après deux ans de scolarité primaire. Au Sénégal, la situation est globalement identique à celle-ci, 71,1% des élèves n'atteignent pas le seuil « suffisant » en langue en début de scolarité « 47,1% en maths) ;
- l'importance de la déscolarisation, caractéristique principale du système scolaire ; révélatrice de difficultés structurelles : 10 régions sur 14 ont un taux net de fréquentation scolaire en régression entre 2016 et 2010.
- l'insuffisance de l'offre de formation qui est inadaptée par rapport à la demande, etc.

2.2 Analyse causale de l'éducation

Au regard de l'analyse du secteur du préscolaire, du primaire et du secteur non formel, les problèmes majeurs soulevés sont relatifs à la non-scolarisation, la déscolarisation, la faible qualité des apprentissages dont les causes sont multiples et variées. Suite à l'état diagnostic du système éducatif, une analyse causale a été faite avec toutes les parties prenantes...

ETATS ET TENDANCES DU SECTEUR DE L'EDUCATION I 2

Problèmes			
Causes	Non-scolarisation	Déscolarisation	Non-maîtrise des seuils de maîtrise souhaités dans les apprentissages fondamentaux
Causes intermédiaires	- Certains parents n'inscrivent pas leurs enfants à l'école primaire - Certains parents n'inscrivent pas leurs enfants au préscolaire	- Certains parents retirent précocement leurs enfants de l'école - Certains enfants quittent prématurément l'école au primaire et au secondaire - Grossesses précoces	- Pauvreté de l'environnement lettré à l'école et dans les familles - Maîtrise insuffisante des méthodes d'enseignement de la lecture et des mathématiques - Maîtrise insuffisante des méthodes d'enseignement centrées sur l'enfant par les enseignants - Non effectivité des activités de remédiation et de soutien scolaire au bénéfice des élèves - Insuffisante préparation des enfants aux apprentissages de base
Causes sous-jacentes	- Coûts d'opportunités - Faibles revenus des familles - Perception négative de l'école formelle n'intégrant pas les valeurs culturelles - Faiblesse de l'offre d'éducation préscolaire - Méconnaissance de l'apport du préscolaire dans le développement de l'enfant - Décalage entre l'offre classique et les attentes des populations - Faiblesse de la couverture - Offre scolaire non adaptée aux enfants en situation de handicap - Manque d'état civil	- Travail des enfants - Coûts d'opportunités - Manque de suivi des enfants par les parents - Échecs répétitifs - Environnement scolaire insuffisamment protecteur - Insuffisante prise en compte de la santé de la reproduction à l'école - Non prise en charge de la spécificité des filles dans l'offre éducative (gestion de l'hygiène menstruelle) - Grossesses précoces chez les filles	- Insuffisance de matériels didactiques et supports pédagogiques - Prise en compte insuffisante des démarches centrées sur l'enfant, de l'évaluation et de la remédiation dans la formation des enseignants - Absence de données sur les résultats d'apprentissages au préscolaire et au moyen - Insuffisante préparation des enfants à l'entrée au Primaire dans les daaras - Insuffisance du temps d'apprentissage et des ressources consacrées à la lecture et aux mathématiques à l'école et dans les familles - Non fonctionnalité des organes de gestion - Déficit d'encadrement et de soutien des enseignants par le corps d'encadrement - Faible couverture de l'éducation pré-primaire

2 I ETATS ET TENDANCES DU SECTEUR DE L'EDUCATION

Causes structurelles	- Pauvreté des ménages - Attachement aux valeurs religieuses - Allocation et utilisation des ressources humaines, financières et matérielles non équitable et pas assez efficaces - Faible allocation budgétaire pour l'éducation pré-primaire - Absence de politique de prise en charge des enfants hors école et d'éducation inclusive	- Pauvreté des ménages - Mariage d'enfants - Environnement scolaire pas assez propice	- Faible capacité d'intervention des corps de contrôle et d'encadrement - Inexistence d'un dispositif national de suivi et de mesure des apprentissages au préscolaire et au moyen - Analphabétisme/faible niveau d'instruction des parents - Absence de contribution des collectivités territoriales dans les activités de remédiation, soutien scolaire et de formation des enseignants et des organes de gestion de l'école - Appropriation insuffisante des normes et Standards de qualité de l'Education et de la Formation - Non fonctionnalité du dispositif de pilotage de la qualité à tous les niveaux
-----------------------------	--	---	---



ETATS ET TENDANCES DES SECTEURS DE LA SANTÉ, DE LA NUTRITION, DE L'EAU, L'HYGIÈNE ET DE L'ASSAINISSEMENT



3 | ETATS ET TENDANCES DES SECTEURS DE LA SANTE, DE LA NUTRITION, DE L'EAU, L'HYGIENE ET DE L'ASSAINISSEMENT

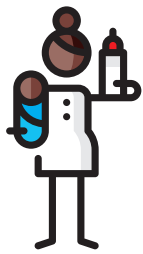
Selon le rapport du PNUD sur le développement humain de 2006 montre ainsi les relations déterminantes qui existent entre l'eau, l'hygiène et la santé. En effet, la qualité de l'eau, les conditions appropriées d'accès à l'assainissement et des pratiques d'hygiène idoines sont essentielles pour la santé humaine. D'ailleurs, l'accès à des toilettes appropriées et à une eau de qualité et en quantité suffisante (ODD-6) et l'éradication des maladies transmises par l'eau (ODD-3) figurent parmi les objectifs visés par les Nations Unies à l'horizon 2030.

ODD 3 : Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge	
3.1	D'ici à 2030, faire passer le taux mondial de mortalité maternelle au-dessous de 70 pour 100 000 naissances vivantes
3.2	D'ici à 2030, éliminer les décès évitables de nouveau-nés et d'enfants de moins de 5 ans
3.3	D'ici à 2030, mettre fin à l'épidémie de SIDA, à la tuberculose, au paludisme et aux maladies tropicales négligées et combattre l'hépatite, les maladies transmises par l'eau et autres maladies transmissibles
3.7	D'ici à 2030, assurer l'accès de tous à des services de soins de santé sexuelle et procréative , y compris à des fins de planification familiale, d'information et d'éducation, et la prise en compte de la santé procréative dans les stratégies et programmes nationaux
3.9	D'ici à 2030, réduire nettement le nombre de décès et de maladies dus à des substances chimiques dangereuses, à la pollution et à la contamination de l'air, de l'eau et du sol

ODD 6 : Garantir l'accès de tous à l'eau et à l'assainissement et assurer une gestion durable des ressources en eau	
6.1	D'ici à 2030, assurer l'accès universel et équitable à l'eau potable, à un coût abordable
6.2	D'ici à 2030, assurer l'accès de tous, dans des conditions équitables, à des services d'assainissement et d'hygiène adéquats et mettre fin à la défécation en plein air , en accordant une attention particulière aux besoins des femmes et des filles et des personnes en situation vulnérable
6.3	D'ici à 2030, améliorer la qualité de l'eau en réduisant la pollution , en éliminant l'immersion de déchets et en réduisant au minimum les émissions de produits chimiques et de matières dangereuses, en diminuant de moitié la proportion d'eaux usées non traitées et en augmentant considérablement à l'échelle mondiale le recyclage et la réutilisation sans danger de l'eau

Source : Rapport sur les Objectifs de Développement Durable (ODD) 2016/Nations unies

L'importance de garantir la bonne santé et le bien-être de la mère, du nouveau-né et des enfants constitue un engagement majeur des autorités sénégalaises pour réduire la vulnérabilité de ces cibles. Pour atteindre cet objectif, L'Etat a ratifié des conventions et a mis en place des politiques et programmes visant à garantir les droits de la santé des mères et des enfants. La mise en œuvre des différents programmes et projets a permis d'enregistrer des avancées importantes dans le domaine de la santé de la mère et des enfants. De même, les engagements du Sénégal, pour l'application des droits à l'eau potable et à l'assainissement ont induit l'adoption de cadres juridiques et réglementaires appropriés qui ont permis de mettre en place des stratégies, projets et programmes visant l'atteinte des objectifs d'un accès universel et équitable à l'eau potable, mais aussi à un système d'assainissement amélioré.



ETAT ET TENDANCE DU SECTEUR DE LA SANTE ET DE LA NUTRITION

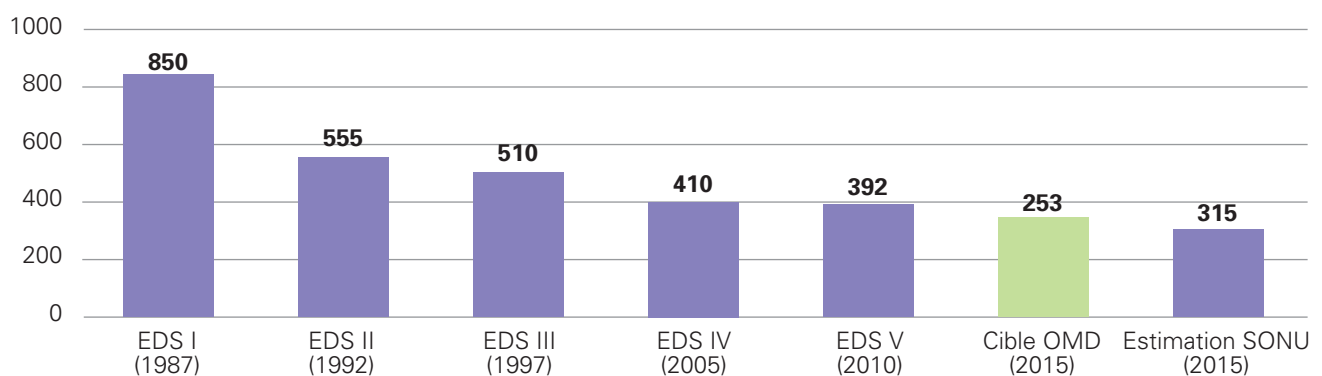
1.1 Mortalité maternelle et santé de la mère

En dépit des actions menées ces dernières années dans le cadre de la Feuille de route multisectorielle pour la réduction de la mortalité maternelle et néo-natale (FdR), le fardeau des décès maternels persiste. Il s'agit d'un véritable fléau d'autant plus que selon la formule consacrée, il est insupportable qu'une femme meurt en donnant la vie. L'analyse va porter sur les niveaux, tendances et déterminants de la mortalité maternelle au Sénégal.

1.1.1 Niveaux et tendances de la mortalité maternelle

Au Sénégal, le taux de mortalité maternelle reste encore élevé, même si une légère baisse au cours des dernières décennies est notée. De 401 décès pour 100 000 naissances vivantes selon les données de l'Enquête Démographique et de Santé de 2005 (EDS, 2005), la mortalité maternelle est estimée à 315 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2015¹⁸.

Graphique 9 : Evolution de la mortalité maternelle au Sénégal



Source : EDS 1987, 1997, 2005, 2010, 2015

La tendance observée pour la mortalité maternelle s'explique par des causes directes et indirectes. Les causes directes telles que les hémorragies et l'hypertension expliquent l'essentiel des niveaux de mortalité maternelle au Sénégal. Selon les résultats de l'enquête SONU de 2015, les hémorragies de la délivrance, les HTA et ses complications représentent environ 50% des décès maternels. Les causes d'ordre indirectes sont le paludisme, le VIH /sida, l'anémie, etc.

Les taux de décès maternels sont plus concentrés dans les régions de la périphérie du Sénégal particulièrement dans les parties Nord et Sud-est. En effet, selon le RGPHAE 2013, le niveau de la mortalité maternelle demeure dans l'ensemble élevé au Sénégal, il est de 434 décès pour 100 000 naissances vivantes. Il est de 459 décès en milieu rural contre 398 décès en milieu urbain pour 100 000 naissances vivantes. Ce ratio est plus élevé à Kédougou avec 921 décès pour 100 000 naissances vivantes et à Matam avec un ratio de 714. Par contre, il est plus faible à Thiès avec 271 décès pour 100 000 naissances vivantes.

18. Estimation du Système des Nations Unies

3 | ETATS ET TENDANCES DES SECTEURS DE LA SANTE, DE LA NUTRITION, DE L'EAU, L'HYGIENE ET DE L'ASSAINISSEMENT

Tableau 8 : Mortalité maternelle par région au Sénégal en 2013

Région	Décès maternels	Naissances vivantes des 12 derniers mois	Ratio mortalité maternelle
Kédougou	60	6 527	921
Matam	184	24 850	741
Saint-Louis	194	30 623	633
Ziguinchor	118	18 959	621
Kolda	165	28 062	588
Sédhiou	108	19 652	549
Tambacounda	156	30 756	506
Louga	130	30 559	426
Kafrine	97	25 595	379
Kaolack	139	36 655	378
Fatick	102	28 048	365
Diourbel	211	60 363	350
Dakar	319	93 272	342
Thiès	163	60 297	271
National	2147	494 218	434

Source: ANSD: RGPHE 2013

1.1.2 Santé de la mère et déterminants de la mortalité maternelle

La mortalité maternelle est un indicateur significatif et révélateur sur la santé de la mère d'autant plus qu'elle est également déterminée par les trois retards : retard à prendre la décision de recourir aux structures de santé dû en partie à la problématique socioculturelle du processus décisionnel au sein de la famille ou de la communauté, retard à accéder à ces structures et retard au niveau de la prise en charge au sein de ces points de prestation de services (question de la qualité des services de santé).

Parmi les déterminants de la mortalité maternelle au Sénégal, figurent les grossesses trop précoces, trop rapprochées, trop tardives et trop nombreuses (les quatre trop). Ce fléau pose donc en amont la question de l'accès à la planification familiale par les femmes, les jeunes filles adolescentes et les hommes comme principal moyen d'éviter ces « quatre trop ». Selon les résultats de l'évaluation des besoins en SONU (2016), les causes de mortalité maternelle sont les causes directes : hémorragies de la délivrance cause prédominante (39%), l'HTA et ses complications (éclampsie), le travail dystocique, les septicémies, les avortements à risque, les autres causes directes, ainsi que les causes indirectes : Paludisme, VIH /sida, anémie etc.

ETATS ET TENDANCES DES SECTEURS DE LA SANTE, DE LA NUTRITION, DE L'EAU, L'HYGIENE ET DE L'ASSAINISSEMENT I 3

Les consultations prénatales sont aussi un levier fondamental de prévention de la mortalité maternelle. Il convient de noter les progrès importants réalisés dans les consultations prénatales. En effet en 2016, 96% des femmes de 15-49 ans ayant eu une naissance vivante au cours des cinq dernières années ont bénéficié au moins d'une visite prénatale par un personnel qualifié (c'est-à-dire, un médecin, une infirmière ou une sage-femme) (EDS-C 2016) contre 93% en 2010-2011, alors que ce taux était de 82% en 2005 (EDS 2005 ; EDS-MICS 2010-2011 ; EDS-C 2016). Selon l'EDS 2015, le taux d'utilisation de la CPN est de 95%, pour un taux d'achèvement en CPN de 46,7%. Alors que l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) préconise, au moins, quatre visites prénatales, à intervalles réguliers tout au long de la grossesse. Cependant, le suivi de la visite prénatale par un personnel qualifié varie selon les régions du Sénégal avec un taux supérieur ou égal à 97% pour les régions situées à l'ouest (régions de Dakar et Thiès).

Le principal défi qui se pose pour l'offre de la CPN est lié au retard de la première CPN qui explique en partie le non achèvement des quatre CPN et qui est souvent lié aux barrières socioculturelles, mais aussi aux problèmes d'accessibilité géographique et financière. Toutefois, il est noté une certaine amélioration, car la proportion de femmes ayant reçu des soins prénatals et qui ont été informées des signes de complication de la grossesse a légèrement augmenté entre 2014 et 2016, variant de 44% à 49% en 2016 (EDS-C).

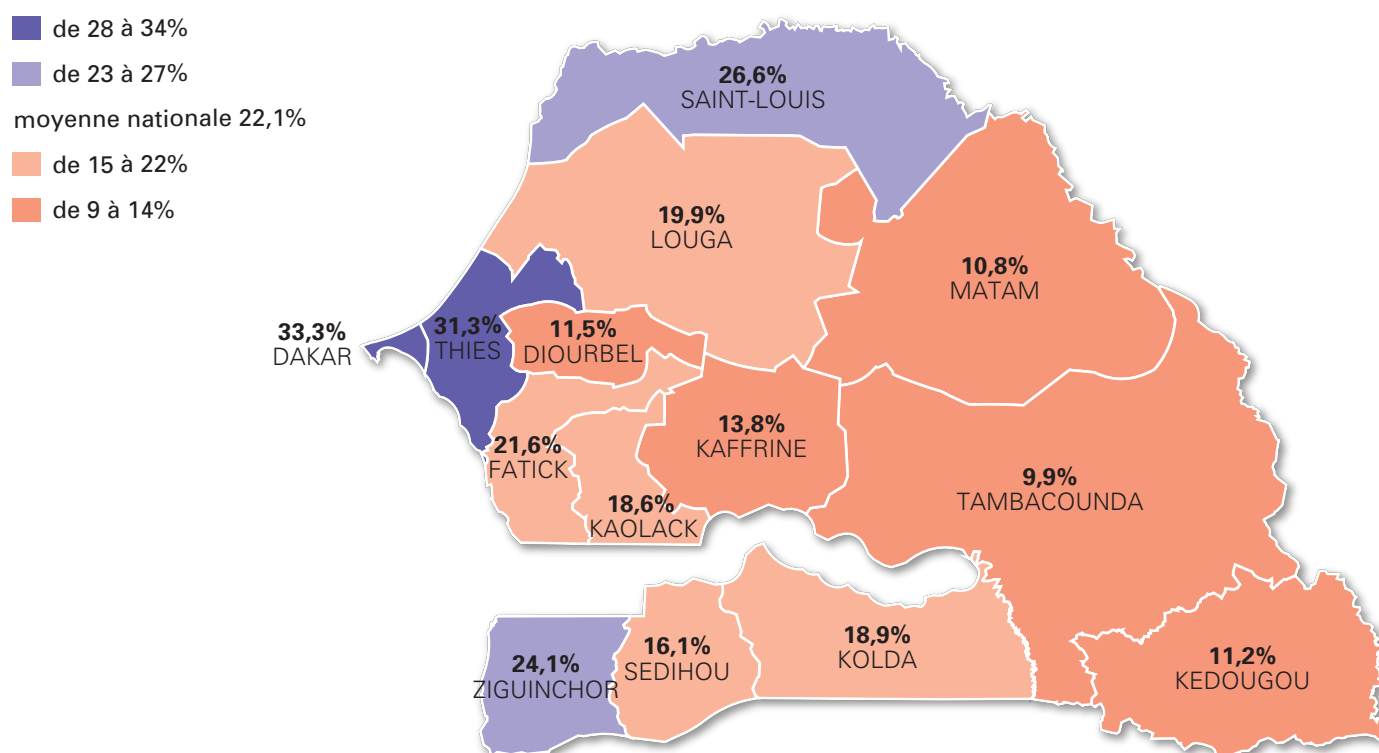
En outre, les accouchements non assistés par un personnel sanitaire qualifié constituent un déterminant essentiel de la mortalité maternelle. A cet effet, un effort a été fait par le Gouvernement du Sénégal pour diminuer les accouchements à domicile. D'ailleurs, 76% des naissances survenues en 2016, se sont déroulées dans un établissement de santé contre 73% en 2010-2011. Cependant en 2016, seuls 59% des naissances survenues dans un établissement de santé ont été assistées par un personnel de santé formé contre 65% en 2011 (EDS-MICS, 2010-2011 ; EDS, 2016) soit une baisse d'environ 10 points de pourcentage.

Pour ce qui est de la consultation post-natale, le taux de couverture en CPoN est de 74% en 2015, et de 75% en 2016, selon l'EDS-C. Ce taux a enregistré une légère progression car il était de 68% en 2011, selon l'EDS-MICS 2010-2011. La spatialisation montre qu'en 2016, les plus faibles taux de couverture de la CPoN1 se retrouvent au niveau de la zone Sud-est : Kolda (34%) et Kédougou (38,9%). Cette zone concentre aussi les régions ayant les taux les plus élevés de femmes n'ayant pas eu de CPoN: Tambacounda (36%) et Sédhiou (38,2%). Ces résultats pourraient s'expliquer par l'insuffisance de la communication interpersonnelle, un faible engagement des prestataires, le problème de disponibilité du personnel, l'inadéquation des infrastructures de santé, l'acceptabilité des populations, ainsi que l'accessibilité des structures.

Parmi les résultats obtenus, il est noté selon l'EDS continue de 2015 un Taux de Prévalence Contraceptive (TPC) de 21,3% avec des besoins non satisfaits estimés à 22,5%. Pour les adolescentes qui représentent 20% de la population, le taux de prévalence est de 19%. Cependant, malgré tous les efforts consentis, l'objectif de départ de 27% en 2015 n'est pas encore atteint et la mortalité maternelle ainsi que celle des enfants restent élevées. Les principales raisons de cette situation demeurent une prévalence de l'anémie élevée, particulièrement chez les femmes enceintes et allaitantes, mais aussi une concentration de la malnutrition dans les régions du Nord (régions de Matam, Saint Louis et Louga) et du Sud (régions Tambacounda, Kolda, Kédougou, Sédhiou et Ziguinchor).

3 | ETATS ET TENDANCES DES SECTEURS DE LA SANTE, DE LA NUTRITION, DE L'EAU, L'HYGIENE ET DE L'ASSAINISSEMENT

Carte 6 : Utilisation de méthodes de contraception



Source : EDS-C 2016

En ce qui concerne l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, le pourcentage de femmes enceintes testées au VIH et ayant reçu leurs résultats est passé de 75% en 2013 à 85% en 2015. Le pourcentage de mise sous ARV chez ces femmes dépistées positives reste faible malgré la progression de 52,0 % en 2014 à 69,0 % en 2016 selon l'évaluation sur le taux de transmission mère enfant du VIH. La proportion d'enfants nés de mère séropositive et qui ont bénéficié de la prophylaxie ARV a peu évolué passant de 30% à 33% entre 2014 et 2016. Le taux de diagnostic précoce des enfants nés de mère séropositives par la méthode de prélèvement sur papier buvard, est passé de 18,5 % en 2014 à 21,0 % en 2015. L'absence de circuit formel pour l'acheminement des DBS et le rendu des résultats demeure la principale contrainte. Cependant la transmission mère enfant du VIH a positivement évolué de 5% en 2012 à 3,3% en 2016.

En résumé, la mortalité maternelle est un indicateur particulièrement révélateur de la condition féminine, de l'accès des femmes aux soins de santé et de la façon dont le système de santé répond à leurs besoins. Consciente de l'ampleur de ce phénomène, la communauté Internationale, dans l'élaboration des Objectifs pour le Développement Durable, a inscrit la promotion du bien-être des femmes et des enfants comme le 3ème objectif à atteindre dans sa feuille de route d'ici 2030.

1.2 Mortalité et santé des enfants de moins de cinq ans

La santé des enfants de moins de 5 ans constitue une préoccupation majeure, tant dans le monde de la recherche que celui de l'action médicale en Afrique sub-saharienne. Consciente de l'ampleur de ce phénomène, la communauté Internationale, dans l'élaboration des Objectifs pour le Développement Durable, a inscrit la promotion du bien-être des femmes et des enfants comme le 3ème objectif à atteindre dans sa feuille de route d'ici 2030.

L'enregistrement de la naissance d'un enfant constitue la première conditionnalité du bien être en ce sens qu'il est essentiel à l'exercice de ses droits fondamentaux notamment l'accès à la santé, à l'éducation et la protection contre toutes formes de discrimination. Au Sénégal, 70,4% des enfants de moins de 5 ans ont été enregistrés à l'état civil (EDS-C, 2016). Des efforts importants restent à faire pour résorber le gap de 30% d'enfants non enregistrés. Par ailleurs, cette période de la petite enfance est fondamentale pour sa croissance et son développement. En effet, une nutrition de qualité est essentielle pour sa survie et sa bonne santé, des conditions nécessaires à son éveil et à son épanouissement.

L'analyse de la situation de ce secteur est articulée autour de deux principaux axes : la mortalité d'une part, la santé et la nutrition d'autre part.

1.2.1 La mortalité du nouveau-né et de l'enfant

Le taux de mortalité néonatale a connu une baisse progressive de 29 à 21 pour mille NV entre 2010 et 2016 selon les EDS. Elle est plus élevée en milieu rural (26 pour mille) qu'en milieu urbain (20 pour mille) en 2016. Ce taux de mortalité néonatale est variable selon les régions ; les taux les plus élevés sont retrouvés en 2016 dans les régions de Kolda, Diourbel, et Kédougou. Mais si l'on considère le nombre absolu de décès, la région de Diourbel occupe la première place suivie respectivement par celles de Thiès et Dakar. Il convient de souligner l'importance de la proportion de la mortalité néonatale dans la mortalité infanto-juvénile constitue un frein à sa régression. En effet, la part de la mortalité néonatale dans la mortalité infanto-juvénile est passée de 41% en 2010 d'où la nécessité de la priorisation de la lutte contre la mortalité néonatale dans les politiques et programmes de réduction de la mortalité infanto-juvénile

Au Sénégal, comme dans la majorité des pays, la prématurité, les asphyxies, les septicémies, les anomalies congénitales, la pneumonie constituent les principales causes de décès néonataux. En outre, l'EDS-C 2016 indique que le faible poids à la naissance constitue aussi une problématique majeure et concerne entre 13% et 17% des naissances vivantes dont 6 à 12% de prématurés. Cette situation expose les nouveau-nés à un risque de décès néonataux plus accru. Dans le cadre de la réduction de la mortalité néonatale, différentes stratégies sont mises en œuvre pour réduire la mortalité néonatale. Il s'agit notamment de :

- le renforcement des SONU à travers la disponibilité et la qualité des services au niveau des structures de santé ;
- le renforcement de capacités des Ressources humaines en Soins Essentiels du Nouveau-né (SENN) et HBB ;
- la promotion de la mise au sein précoce (c'est-à-dire, mis au sein dans l'heure qui suit la naissance) et la pratique de l'allaitement exclusif jusqu'à 6 mois ;
- la mise en œuvre des soins Kangourou pour la prise en charge des soins appropriés pour les petits poids de naissance en privilégiant les régions périphériques où l'accès au personnel spécialisé est limité ;
- la mise en œuvre de la stratégie «soins de la mère et du nouveau-né à domicile» ;

3 | ETATS ET TENDANCES DES SECTEURS DE LA SANTE, DE LA NUTRITION, DE L'EAU, L'HYGIENE ET DE L'ASSAINISSEMENT

- l'intégration de la prise en charge du nouveau-né dans la PCIME clinique ;
- la vaccination du nouveau-né à la naissance : la polio orale, l'hépatite B et le BCG, la mise en place d'équipements divers (tables chauffantes, couveuses, etc.) ;
- la mise en œuvre d'un paquet de soins essentiels pour les nouveau-nés validé ;
- l'intégration des indicateurs sur le nouveau-né dans le programme national FBR ;
- la promotion des centres d'excellence pour la mère et le nouveau-né.

Le niveau de mortalité infantile a connu une tendance baissière au cours des vingt dernières années. De 1992 à 2016, la mortalité infantile est passée de 68‰ à 36‰, soit une baisse de 47%. Le risque de mortalité infantile varie sensiblement selon le milieu de résidence. Le taux est nettement plus élevé en milieu rural (45‰) qu'en milieu urbain (31‰). Entre autres, ces disparités pourraient être liées aux différences dans la prise en charge de la grossesse, notamment le suivi prénatal et les conditions d'accouchement plus favorables en milieu urbain mais aussi l'état nutritionnel et de la santé des mères.

Aussi, les taux de mortalité infantile varient-ils selon le niveau d'instruction et les conditions de vie des mères. En effet, les données de l'EDS-C 2016, renseignent que sur 1000 naissances vivantes issues de mères sans niveau d'instruction, 44 décèdent avant d'atteindre leur premier anniversaire. Ce quotient est presque de moitié (24‰) lorsque la mère atteint au moins le niveau du moyen/secondaire ou plus. Des différences sont également observées entre la mortalité et le niveau de bien-être économique du ménage avec une mortalité infantile de 36‰ pour le quintile moyen et 21‰ pour le quintile le plus élevé.

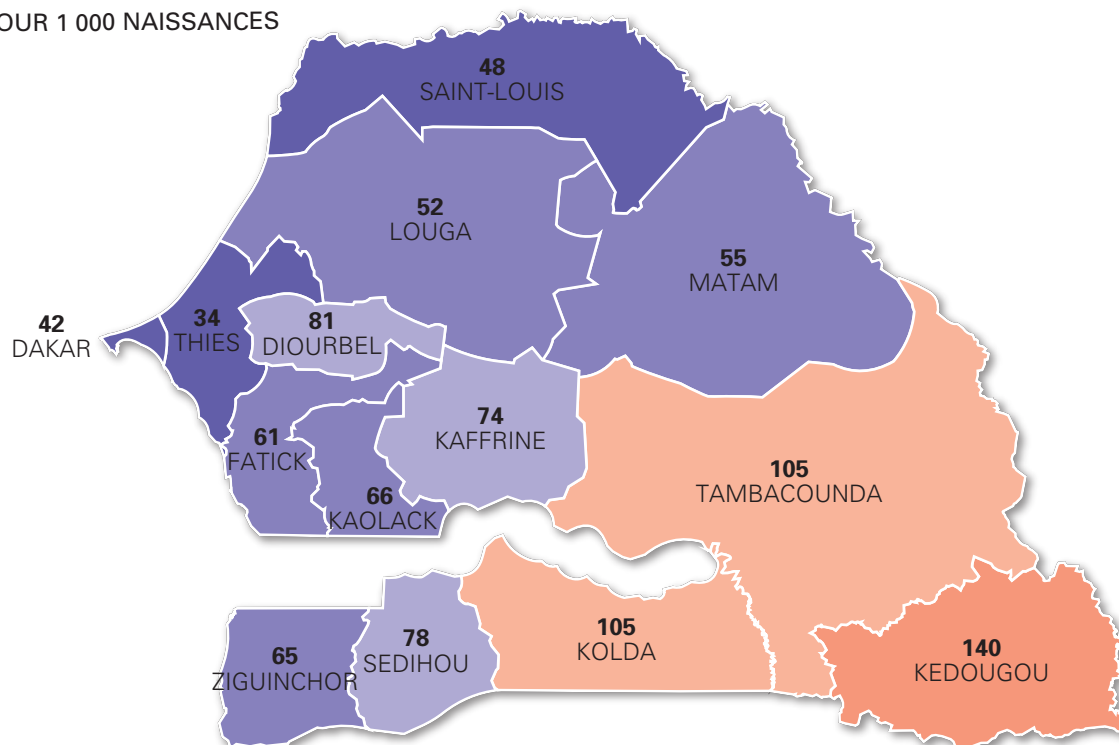
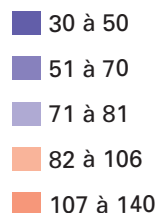
Le niveau de mortalité infanto-juvénile a connu une forte baisse au Sénégal. Le quotient est passé de 72‰ en 2010-2011 (EDS-MICS) à 51‰ selon l'EDS-C 2016, soit une réduction de près de 20 points de pourcentage. Cependant, le risque de mortalité varie sensiblement selon le milieu de résidence. Le taux de mortalité infanto-juvénile est plus élevé en milieu rural (45‰) qu'en milieu urbain (31‰). Ces disparités sont aussi notées au niveau régional, selon les résultats de l'EDS C-2016 : Kédougou (140‰), suivies de Tambacounda et Kolda (105‰), des taux qui avoisinent plus du double de la moyenne nationale. Ces disparités traduisent les inégalités de développement entre les régions, car ces taux sont enregistrés dans les régions caractérisées par un faible niveau de vie des populations. A titre illustratif, la pauvreté monétaire est estimée à 63,4% à Tambacounda, 73,9% à Kédougou et 79,9% à Kolda, dépassant ainsi largement la moyenne nationale estimée à 50,6%.

Selon le compte à rebours de l'OMS de 2015, les principales causes de mortalité infanto-juvénile sont les affections néonatales (45%), le paludisme (4%), la pneumonie (12%), la diarrhée (9%). Les stratégies développées ont consisté, entre autres, au passage à l'échelle de la PCIME au renforcement des initiatives communautaires comme la prise en charge des IRA, de la diarrhée, du paludisme simple et des soins essentiels du nouveau-né, etc. Toutefois, en termes de couverture en infrastructures sanitaires, le Sénégal n'a pas encore atteint les normes préconisées par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

ETATS ET TENDANCES DES SECTEURS DE LA SANTE, DE LA NUTRITION, DE L'EAU, L'HYGIENE ET DE L'ASSAINISSEMENT I 3

Carte 7 : Mortalité infanto-juvénile

NOMBRE DE DECES POUR 1 000 NAISSANCES



Source : EDS-C 2016

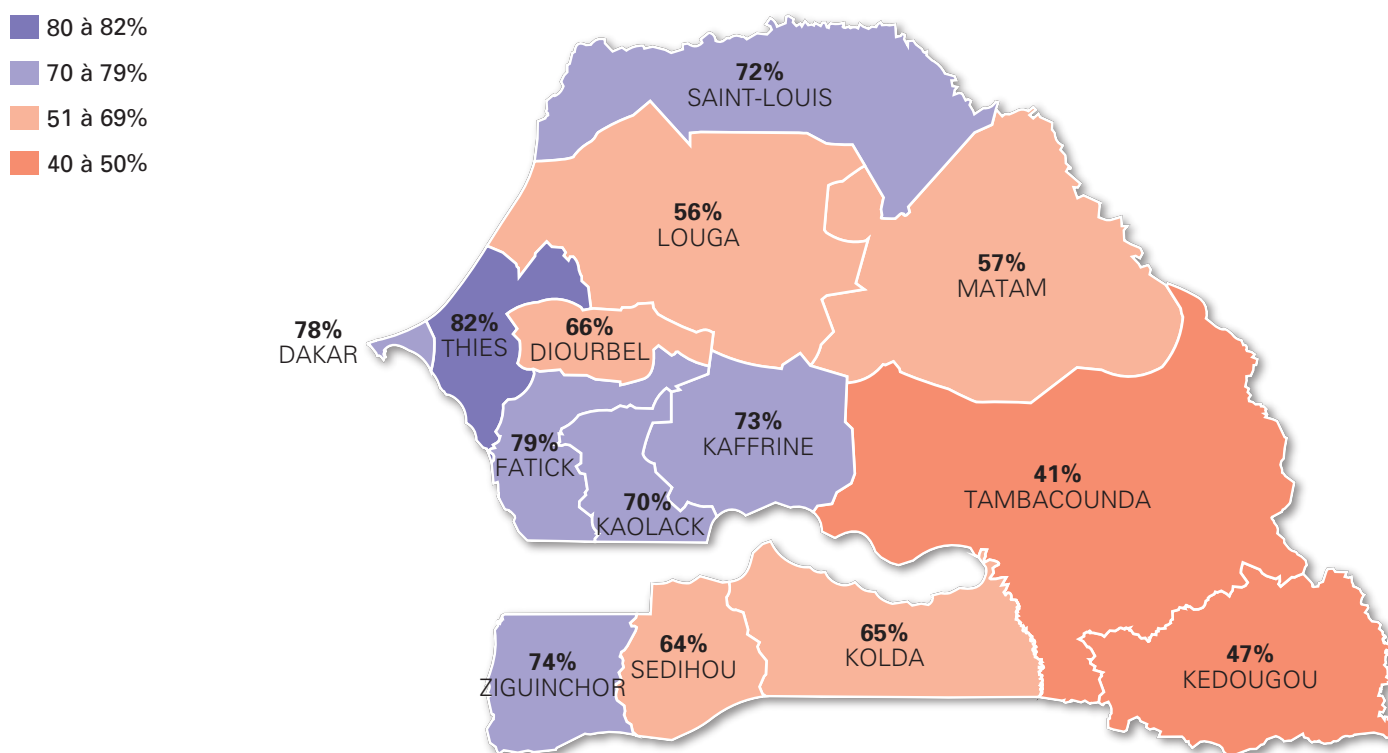
L'EDS-C 2016 mentionne que les ménages bénéficiant du Programme Elargi de Vaccination (PEV) dont les données montrent que 61,2% des enfants de 12 à 23 mois sont complètement vaccinés. Dans la majorité des cas, l'information provient du carnet de vaccination (61%) et dans 9% des cas, l'information est basée sur la déclaration de la mère. La vaccination est une des meilleures stratégies de prévention en santé publique. Le système de santé a accordé davantage de place à la prévention pour entre autres, atteindre 80% d'enfants âgés de 0-11 mois complètement vaccinés en 2017 et réduire la morbidité et la mortalité maternelle et infanto-juvénile. L'évolution des couvertures peut se décliner en 3 périodes de :

- 2001 à 2004 avec une augmentation très importante des couvertures ;
- 2004 à 2007 avec une augmentation moins forte voire une stagnation des progrès ;
- 2007 à 2014 avec une inflexion des couvertures.

Néanmoins, l'EDS-C 2016 mentionne que la proportion d'enfants ayant reçu la première dose de Pentavalent est de 95%, avec toutefois une baisse sur le nombre de doses, car la proportion passe de 93% à 90% entre la deuxième et la troisième dose. Les résultats montrent également que la couverture vaccinale au Penta 3 est plus élevée dans la zone Ouest et centre avec respectivement un taux chiffré de 97% et 94% contre 81% dans la zone Nord et 79% dans le Sud. En ce qui concerne l'équité géographique qui est mesurée à partir de la proportion de districts avec une couverture au Penta 3 supérieure ou égale à 80% (PPAC 2014-2018), les dernières enquêtes EDS ont révélé un bon accès et une bonne utilisation avec des taux de couverture supérieurs à 90% et des taux d'abandon inférieurs à 10%. En outre, le pourcentage d'enfants non vaccinés ou partiellement vaccinés se situe toujours autour de 30%. Cette couverture vaccinale varie selon les régions avec notamment un pic pour la région de Thiès (82% en 2016) contre 41% pour la région de Tambacounda (EDS-C 2016).

3 | ETATS ET TENDANCES DES SECTEURS DE LA SANTE, DE LA NUTRITION, DE L'EAU, L'HYGIENE ET DE L'ASSAINISSEMENT

Carte 8 : Couverture vaccinale 2016



Source : EDS-C 2016

En outre, les informations recueillies de la Surveillance des maladies à potentiel épidémique révèlent qu'entre 2012 et 2015 le Sénégal a introduit quatre nouveaux vaccins contre la rubéole, les infections à pneumocoques, les diarrhées à rota virus ainsi que le vaccin polio inactivé. Il a en outre rajouté une dose de Rougeole/Rubéole à 15 mois pour renforcer l'immunité des enfants contre la rougeole (PPAC 2014-2018). Ceci rentre dans le cadre de l'atteinte de l'objectif fixé par le Sénégal qui concerne l'élimination de la rougeole d'ici 2020. D'ailleurs, la Surveillance des maladies à potentiel épidémique révèle qu'aucune épidémie importante de rougeole n'a été rapportée au cours des trois dernières années.

1.2.2 Santé des enfants et état nutritionnel

SANTÉ DES ENFANTS

La mise en œuvre de la stratégie de la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant reste le mécanisme essentiel de prestation qu'il convient de bien articuler avec la « Feuille de Route » pour la lutte contre la mortalité Maternelle et néonatale. Cette synergie constitue le fondement du « Partenariat pour la Santé de la Mère, du Nouveau-né et l'Enfant » qui prône le passage à l'échelle des paquets d'interventions à haut impact à travers des paquets de services essentiels, basés sur le cycle de vie et le continuum des soins. Il s'agit :

- des soins de la femme enceinte, parturiente et au nouveau-né ;
- de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, y compris la supplémentation en micronutriments et le déparasitage ;
- de la prévention et le traitement du paludisme ;
- de l'offre et de la promotion des services de vaccination des mères et des enfants ;

ETATS ET TENDANCES DES SECTEURS DE LA SANTE, DE LA NUTRITION, DE L'EAU, L'HYGIENE ET DE L'ASSAINISSEMENT I 3

- de la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant ;
- de la prise en charge médicale de l'enfant exposé ou infecté par le VIH ; et
- de la prise en charge des maladies courantes de l'enfant.

D'une manière générale, les progrès les plus significatifs ont été réalisés en agissant sur les maladies de l'enfance les plus suivies : affections respiratoires aiguës, diarrhée, qualité de sa prise en charge, paludisme chez les enfants de 0 à 5 ans, etc. En effet, selon l'EDS-C 2016 :

- **les affections respiratoires aiguës** constituent la deuxième cause de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans. En 2016, parmi les enfants de moins de cinq ans, 3% avaient présenté des symptômes de pneumonie et pour 48% d'entre eux des conseils ou traitements ont été recherchés ;
- **la fièvre** touche 13% des enfants dont 43% d'entre eux ont recherché des conseils ou un traitement auprès d'un prestataire de santé ou un établissement de santé. Par contre, cette prévalence était de 23% en 2010 parmi lesquels des conseils ou traitements auprès d'un prestataire de santé ont été recherchés pour 43% d'entre eux (EDS-MICS, 2010-2011 ; EDS-C, 2016) ;
- **la diarrhée** constitue la troisième cause de mortalité des enfants. La prévalence est de 15% en 2016 (EDS-C) contre 23% en 2010 (EDS-MICS). Parmi les enfants qui ont eu au moins un épisode de diarrhée (22% en 2010-EDS-MICS) ont reçu une solution de réhydratation orale contre 21% en 2016 (EDS-C), ce qui montre un faible écart. Par ailleurs, dans 7% des cas, les enfants ont reçu des suppléments de zinc pendant les épisodes diarrhéiques. Dans la grande région Ouest, ce pourcentage est de 11% (EDS-C 2016). Les études ont révélé que 88% des maladies diarrhéiques sont imputables à la mauvaise qualité de l'eau, à un assainissement insuffisant et à une hygiène défectueuse aussi bien dans l'environnement où évolue la famille que dans les conditions de la pratique de lavage des mains selon les normes (rapport évaluation DSRSE 2016). Cette situation rend également difficile la prise en charge de la diarrhée à domicile ;
- **le paludisme** chez les enfants de moins de 5 ans a fortement régressé. Dans l'EDS-C 2016, 1% des enfants de 6-59 mois ont été testés positifs au diagnostic microscopique du paludisme. La dernière enquête sur les indicateurs du paludisme (ENPS) a montré un taux de prévalence de l'ordre de 5,7% chez les enfants de moins de cinq ans. Ces résultats positifs sont dus, d'une part à la mise à l'échelle des interventions à efficacité prouvée (médicaments ACT, moustiquaires imprégnées à longue durée d'action, tests de diagnostic rapide, communication de proximité etc.), d'autre part à la mise en œuvre de stratégies résolument communautaires. D'ailleurs, dans les ménages sénégalais, 55% des enfants de 0 à 5 ans ont dormi sous moustiquaires imprégnées d'insecticide selon l'enquête EDS-C 2016 et 83% des ménages possèdent au moins une moustiquaire imprégnée, dont 82% sont pratiquement toutes des Moustiquaires à Longue Durée d'Action (MILDA).

ETAT NUTRITIONNEL DES ENFANTS ET PRATIQUES ALIMENTAIRES

La situation nutritionnelle au Sénégal, mise en évidence par les enquêtes EDS et SMART, se perçoit à travers les indicateurs que sont : la malnutrition par déficit (malnutrition chronique [retard de croissance], malnutrition aiguë, carences en micronutriments) et la malnutrition par excès (surpoids, obésité). L'évolution de ces différentes formes de malnutrition et composantes est relevée dans le tableau ci-dessous.

3 | ETATS ET TENDANCES DES SECTEURS DE LA SANTE, DE LA NUTRITION, DE L'EAU, L'HYGIENE ET DE L'ASSAINISSEMENT

Tableau 9 : Formes de malnutrition

Années	Retard de croissance	Malnutrition aiguë	Insuffisance pondérale
2005	20%	14%	9%
2010	27%	18%	18 %
2012	19%	19%	16 %
2014	19%	19%	13 %
2015	21%	16%	16%
2016	17%	7%	14%

Source : EDS MICS-EDS-C

L'amélioration de l'état nutritionnel des populations vulnérables (adolescents, femmes enceintes, femmes allaitantes, enfants 0-5 ans, personnes âgées) est l'un des objectifs que le Sénégal s'est fixé dans l'Axe 2 du PSE, cadre de référence de la politique économique et sociale du pays. Pour l'opérationnalisation de cet axe, des stratégies et politiques sont mises en place à travers le Document de politique nationale de la nutrition (2015-2025), le Plan multisectoriel de la nutrition, le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS, 2009-2018). Dans le même sillage, l'Etat du Sénégal a mis en place la Cellule de Lutte contre la Malnutrition (CLM) qui s'efforce de réaliser une architecture cohérente dans la lutte contre le fléau qui affecte les couches vulnérables.

Ces options de l'Etat découlent d'un constat d'une certaine progression de la prévalence des différentes formes de malnutrition, ce qui est mis en évidence par les différentes études SMART. En effet :

La prévalence de la malnutrition chronique chez les enfants de moins de 05 ans est passée de 27% en 2010 à 17% en 2016 selon les EDS. Les prévalences les plus élevées en 2016, ont été enregistrées au niveau des régions de Sédhiou (28,6%), Kédougou (25,3%), Kaffrine (22%) et Matam (23%). D'ailleurs, ces régions ont atteint le seuil de précarité, alors que la prévalence la plus faible a été notée au niveau de la région de Dakar (6,1%).

La prévalence de l'insuffisance pondérale est de 14% en 2016, alors qu'il était de 18% en 2010. L'insuffisance pondérale sévère concerne 2% des enfants souffrant d'insuffisance pondérale en 2016, contre 5% en 2010. Cette proportion reste élevée malgré une involution en 2016 dans les régions Nord et Sud (avec respectivement 18% et 17%). L'Ouest est la région où la prévalence de cette forme de malnutrition est la plus faible avec 8% (EDS-C 2016). L'année 2014 a enregistré le plus faible taux d'enfants atteints d'insuffisance pondérale, d'ailleurs aucune des 14 régions du Sénégal n'a atteint le seuil de crise des 30% et les plus forts taux sont enregistrés dans les régions de Matam (25,6%), Tambacounda (22,1%) et Sédhiou (22,1%).

Des variations importantes de la prévalence du retard de croissance sont observées selon les âges et le sexe. En effet, de 10% pour les moins de 6 mois, la prévalence du retard de croissance augmente pour atteindre 23% pour la proportion des 24-35 mois, avant de diminuer légèrement à 36-47 mois (18%) et 48-59 mois (13%). Le retard de croissance touche un peu plus les garçons (19%) que les filles (15%).

ETATS ET TENDANCES DES SECTEURS DE LA SANTE, DE LA NUTRITION, DE L'EAU, L'HYGIENE ET DE L'ASSAINISSEMENT I 3

La prévalence nationale de la malnutrition aiguë globale chez les enfants de moins de 5 ans qui était de 18% en 2010 selon l'EDS-MICS est passée à 7% en 2016. La malnutrition aiguë globale enregistre une faible variation selon le sexe (6% chez les filles contre 8% chez les garçons) et le milieu de résidence (8% en milieu rural et 5% en milieu urbain). Par contre, des écarts entre les régions sont relevés : la prévalence nationale de la malnutrition aiguë globale est plus élevée dans la région Nord (9%) et plus faible dans la région Ouest (5%).

Les risques liés à la malnutrition, notamment le retard de croissance et les autres formes de sous-nutrition sont, à l'évidence, un facteur majeur de mortalité infantile, de maladie et de handicap. L'incidence de la malnutrition est notoire sur l'état de santé, notamment des enfants. En effet, la malnutrition entrave le développement individuel (cognitif, psychomoteur, social et émotionnel) et réduit les capacités d'apprentissage, ainsi que les performances scolaires. Elle entraîne également des conséquences au niveau socioéconomique à long terme (faible productivité, faibles revenus ...) avec une forte incidence sur la mortalité particulièrement celle des enfants de moins de 5 ans. Ceci est d'ailleurs mis en évidence par le rapport de l'UNICEF 2015, qui mentionne que les risques liés à la malnutrition aiguë engagent le pronostic vital de l'enfant. Ce rapport renseigne que le risque de décès est quatre fois plus élevé pour un enfant atteint d'un retard de croissance grave et neuf fois plus élevé pour un enfant souffrant d'émaciation grave. Selon le même rapport, la malnutrition serait associée à au moins 33% de la mortalité chez les enfants de moins de 5 ans.

Les carences nutritionnelles spécifiques telles que la carence en vitamine A, en fer, en zinc, en iode accroissent également le risque de décès et peuvent provoquer diverses maladies comme la cécité due à la carence en vitamine A ou des malformations du tube neural dues à une carence en acide folique. La carence en Fer peut entraîner une moindre résistance aux infections, un risque de mortalité maternelle, un déficit pondéral à la naissance et un développement mental affecté. Selon l'âge, il est constaté que c'est entre 12 et 23 mois que les enfants sont les plus touchés par l'anémie (82%). La carence en Fer peut entraîner une moindre résistance aux infections, un risque de mortalité maternelle, un déficit pondéral à la naissance et un développement mental affecté. Aussi, les carences en iode entraînent des troubles appelés TDCI dont le Goitre.

Les facteurs de risque sont le régime alimentaire pauvre en iode, les aliments produits sur des sols pauvres en iode, la non disponibilité de sel iodé. Par ailleurs, les déterminants de la malnutrition sont multisectoriels et interdépendants. L'étude sur les déterminants de la malnutrition réalisée par la Cellule de Lutte contre la Malnutrition (CLM) en 2013 avait révélé que les causes les plus souvent citées sont liées aux pratiques néfastes, notamment celles en rapport avec le rapprochement des naissances et à l'alimentation inadéquate due à l'ignorance et/ou à la pauvreté. Parmi les autres facteurs responsables de la malnutrition, le mode d'allaitement maternel ou l'allaitement maternel mal conduit, les mauvaises conditions de sevrage, l'observance de coutumes et interdits alimentaires néfastes à la santé, la problématique de l'iodation du sel peuvent être cités.

Selon le rapport du mois d'Août 2016 de TDCI, 65% des ménages dont le sel a été testé positif disposaient de sel adéquatement iodé du fait des messages véhiculés sur l'apport de la consommation du sel iodé. L'autre critère qui a eu un apport important sur l'état nutritionnel des enfants est le niveau d'instruction de la mère, car l'EDS-C 2016 mentionne que les enfants dont la mère n'a aucun niveau d'instruction sont plus affectés par le retard de croissance (20%) que ceux dont la mère a un niveau d'instruction moyen/secondaire ou plus (8%).

3 | ETATS ET TENDANCES DES SECTEURS DE LA SANTE, DE LA NUTRITION, DE L'EAU, L'HYGIENE ET DE L'ASSAINISSEMENT

L'allaitement maternel. Selon le guide de l'allaitement maternel, l'allaitement maternel est l'un des premiers facteurs de protection durable de la santé de l'enfant. En effet, le lait maternel couvre tous les besoins de l'enfant et contient les vitamines, sels minéraux, oligoéléments, sucres, graisses, protéines dont le nouveau-né a besoin pour bien grandir, le tout en justes quantités. Sa composition varie au cours de la tétée, en s'enrichissant en graisses au fur et à mesure que le sein se vide ou lorsque les tétées se rapprochent, mais aussi au cours de la journée et au fil des mois pour s'adapter aux besoins du bébé qui grandit. L'allaitement maternel joue un rôle primordial sur la morbidité et la mortalité des enfants. Les trois composantes de l'allaitement maternel qui seront traitées concernent : la mise au sein précoce, l'allaitement maternel et le continuum de l'allaitement.

- **L'allaitement précoce** concerne un allaitement qui a débuté dans l'heure qui a suivi la naissance du bébé, selon l'OMS. Cette pratique a suivi une tendance régressive selon les résultats des différents EDS, car elle est passée de 48% en 2010 à 29,4% en 2016. Alors que pour la même période, le pourcentage de bébé qui a été allaité dans les 24 heures ayant suivi la naissance a progressé en passant de 88,8% à 93%. L'intérêt de l'allaitement précoce demeure, entre autres, la possibilité pour l'enfant de recevoir le colostrum qui est très important pour sa protection. La spatialisation montre que l'allaitement précoce est plus pratiqué dans les régions du Sud (44,3% en 2016), alors que les plus faibles taux se retrouvent dans les régions situées à l'Ouest (12,3%) pour la même période.
- **L'allaitement maternel exclusif** n'est pas une pratique courante au Sénégal selon l'EDS-C 2016 qui mentionne que 6% des enfants de moins de six mois n'ont pas une alimentation adéquate. En effet, les enfants reçoivent des aliments de complément moins de deux mois après la naissance. D'ailleurs, la proportion d'enfants âgés de moins de six mois sous allaitement maternel exclusif a sensiblement diminué au Sénégal, en passant de 39% en 2010 (EDS-MICS) à 36% en 2016 (EDS-C). La conduite de l'allaitement maternel non exclusif favorise le risque de survenue de maladies non transmissibles liés à l'alimentation telles que le diabète, l'obésité, l'hypertension.
- **Le continuum de l'allaitement** concerne d'une part l'alimentation complémentaire et la durée d'allaitement. L'alimentation complémentaire appropriée débute à 6 mois, âge à partir duquel tous les enfants devraient déjà recevoir des aliments de complément en plus du lait maternel. L'EDS-C 2016 affirme que seuls 17% des enfants âgés de 6-23 mois allaités reçoivent une alimentation complémentaire adéquate, alors que ce taux était de 24,5% en 2010, avec au moins la présence de quatre éléments parmi les sept groupes retenus : i) céréales, racines et tubercules ; ii) légumineuses et noix ; iii) produits laitiers ; iv) produits carnés et poissons ; v) œufs ; vi) fruits et légumes riches en vitamine A ; vii) fruits et légumes.

En ce qui concerne la durée de l'allaitement, elle n'a pas évolué car aussi bien les données de l'EDS-MICS 2010-2011 que celles de l'EDS-C 2016 révèlent que 97% des enfants âgés de 12 à 15 mois sont nourris au sein.

Les pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant constituent des facteurs déterminants de l'état nutritionnel des enfants. Alors qu'au Sénégal les recommandations de l'OMS en matière de pratiques alimentaires des enfants allaités au sein ne sont pas respectées, selon l'EDS-C 2016 qui se base sur la combinaison de deux critères (diversification minimum et nombre de repas minimum qui définissent l'apport alimentaire minimum). Néanmoins, la proportion d'enfants allaités correctement nourris augmente avec l'âge (3% parmi les enfants âgés de 6-8 mois à 10% parmi ceux âgés de 12-17 mois). D'une manière générale, l'EDS-C 2016 révèle que seuls 7% des enfants âgés de 6-23 mois allaités sont correctement nourris. Ce taux enregistre une forte variation selon les milieux de résidence (11% en milieu rural et 5% en milieu urbain), les grandes régions du pays, la situation socioéconomique du ménage et le niveau d'instruction de la mère.

ETATS ET TENDANCES DES SECTEURS DE LA SANTE, DE LA NUTRITION, DE L'EAU, L'HYGIENE ET DE L'ASSAINISSEMENT I 3

L'étude qualitative des déterminants de la malnutrition au niveau communautaire de la cellule de lutte contre la malnutrition en 2013 démontre que, même si les mères ont connaissance de la recommandation de l'allaitement maternel exclusif durant les six premiers mois de l'enfant, ces dernières se basent le plus souvent sur leur vécu ou les suggestions de l'entourage familial immédiat pour donner précocement de l'eau à l'enfant.

Ces informations révèlent le nécessaire ciblage des interventions en mettant le focus, entre autres, sur les régions à forte prévalence et sur la dimension communautaire où se recrutent de forts contingents de femmes analphabètes afin d'endiguer la malnutrition chez les enfants. Les autres critères sur lesquels les interventions doivent être axées concernent le niveau d'accès (géographique et financière) aux services sociaux de base de qualité et l'amélioration des conditions d'existence des ménages vulnérables. En effet, l'état nutritionnel est aussi lié à l'accès aux structures sanitaires, alors que l'étude de la couverture sanitaire montre que dans 8 régions sur 14, les populations vivant dans un rayon de plus de 5 km de la structure de santé accèdent difficilement aux soins dispensés dans des formations sanitaires. En outre, il est avéré que la situation d'insécurité alimentaire contribuerait à la persistance de la malnutrition de l'enfant dans certaines zones du pays. Ceci est d'autant plus important que certaines régions ont dépassé le seuil des 40% en 2016 en matière d'insécurité alimentaire : Ziguinchor (67,6%), Sédhio (66,9%), Kolda (50%), Matam (48%) et Kédougou (45,6%).

1.3 La santé des adolescent(e)s/jeunes

La majorité des adolescent(e)s sont souvent exposés à des comportements à risque qui peuvent générer des maladies à court, moyen ou long termes. Les comportements à risque ont des conséquences sur la santé et le développement des adolescent(e)s et les effets sur leur vie future sont dévastateurs. La situation de la santé de la reproduction des ados/jeunes se caractérise par :

- une adolescente de 15-19 ans sur deux (50%) a eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois, avec un partenaire plus âgé qu'elle d'au moins dix ans. Cette proportion est plus élevée chez celles en union (54,3%) et chez celles sans niveau d'instruction (57,1%) (EDS-C 2015) ;
- un risque de décès et de morbidité maternels plus élevé chez les adolescentes que chez les femmes de plus de 20 ans. De même, les enfants nés d'une mère âgée de moins de vingt ans courent un risque de décès plus élevé que ceux nés de mères âgées de plus de 20 ans (EDS-C 2015) ;
- une fécondité précoce élevée (80%). La fécondité est nettement plus faible en milieu urbain (45%) qu'en milieu rural (108%), selon l'EDS-C 2015 ;
- une faible prévalence contraceptive qui tourne autour de 2,2% en 2016 pour les femmes âgées de 15-19 ans et qui atteint 6,6% pour celles dont l'âge est compris entre 20 et 24 ans selon l'EDS-C 2016. Cette faible prévalence s'explique par le fait que les adolescents /jeunes ne disposent pas souvent d'informations sur les moyens de prévenir les grossesses non désirées ;
- une offre de services dans le secteur public peu adaptée aux besoins des adolescents/jeunes (aménagement d'espaces adolescents /jeunes au niveau des PPS, l'accès des adolescents aux services PF, l'intégration des services PF avec les autres services) ;
- une connaissance approfondie du VIH chez 26,6% de jeunes filles de 15-24 ans et 32,8% de jeunes garçons de la même tranche d'âge. La prévalence moyenne du VIH chez les jeunes de 15-24 ans est de 0,2 % (0,1 % chez les garçons et 0,3 % chez les filles) ;
- un taux de 4,4% des adolescentes âgées de 15-19 ans ayant déjà fumé selon la MICS urbaine 2015-2016, alors que ce taux est de 48,5% des adolescents du même âge. Sur cette proportion, 0,6% des filles et

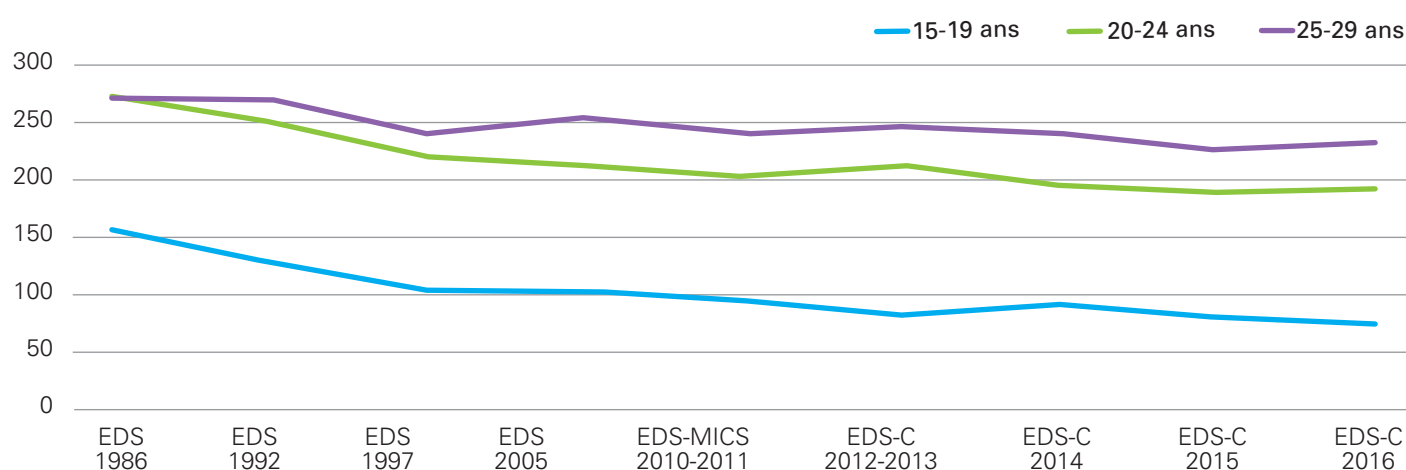
3 | ETATS ET TENDANCES DES SECTEURS DE LA SANTE, DE LA NUTRITION, DE L'EAU, L'HYGIENE ET DE L'ASSAINISSEMENT

8,1% des garçons ont consommé des produits avec du tabac le mois ayant précédé les enquêtes. La proportion de jeunes qui consomment du tabac augmente avec l'âge, car 1,9% de filles et 16,4% de garçons dont l'âge est compris entre 20-24 ans ont consommé des produits avec du tabac durant le mois qui a précédé les enquêtes de la MICS urbaine de 2015-2016.

Dès lors, les adolescents(es) âgés de 15 à 19 ans et les jeunes adultes âgés de 20 à 24 ans qui représentent respectivement, 11% et 9% de la population totale du Sénégal en 2016, selon les projections de l'ANSD, ont des comportements à risque qui peuvent générer des problèmes de santé et entraver leur bien-être. L'ignorance de leurs besoins et droits en santé sexuelle et de la reproduction ne fait que renforcer leur vulnérabilité.

Ces comportements à risque ont comme incidence, entre autres, les grossesses précoces qui constituent une véritable préoccupation au Sénégal. En effet, l'EDS continue 2016 révèle une fécondité précoce élevée de 72‰ pour la tranche d'âge des 15-19 ans. Elle augmente ensuite rapidement pour atteindre son maximum c'est-à-dire 230‰ à 25-29 ans.

Graphique 10: Taux de fécondité par groupe d'âges pour 1 000 femmes



Source : EDS-Continue, Sénégal 2016

Les résultats de l'EDS-C 2016 montrent que 21,4% des adolescents ont déjà commencé leur vie procréative avant d'atteindre l'âge de 18 ans. Cette proportion est de 24,3% pour les 18 ans et 31,5% pour les 19 ans. Parmi les adolescentes, 18,9% ont déjà eu au moins un enfant à l'âge de 18 ans et 16,5% à l'âge de 19 ans. Au cours des 12 derniers mois ayant précédé le recensement général de la population de 2013, un total de 148 930 naissances a été dénombré chez les 10-24 ans dont 3 504 chez les 10 à 14 ans, ce qui témoigne de l'ampleur du phénomène. Les grossesses en milieu scolaire constituent l'une des causes de ce phénomène.

De profondes disparités sont notées au niveau des régions avec Dakar qui présente moins de 5% de femmes de 15-19 ans ayant commencé leur vie procréative. Les régions de Tambacounda, Kaffrine et Kolda présentent les taux les plus élevés (plus de 30%) suivi de la région de Matam (25%). Les régions de Saint Louis, Thiès et Fatick sont comprises entre 10% et 15%.

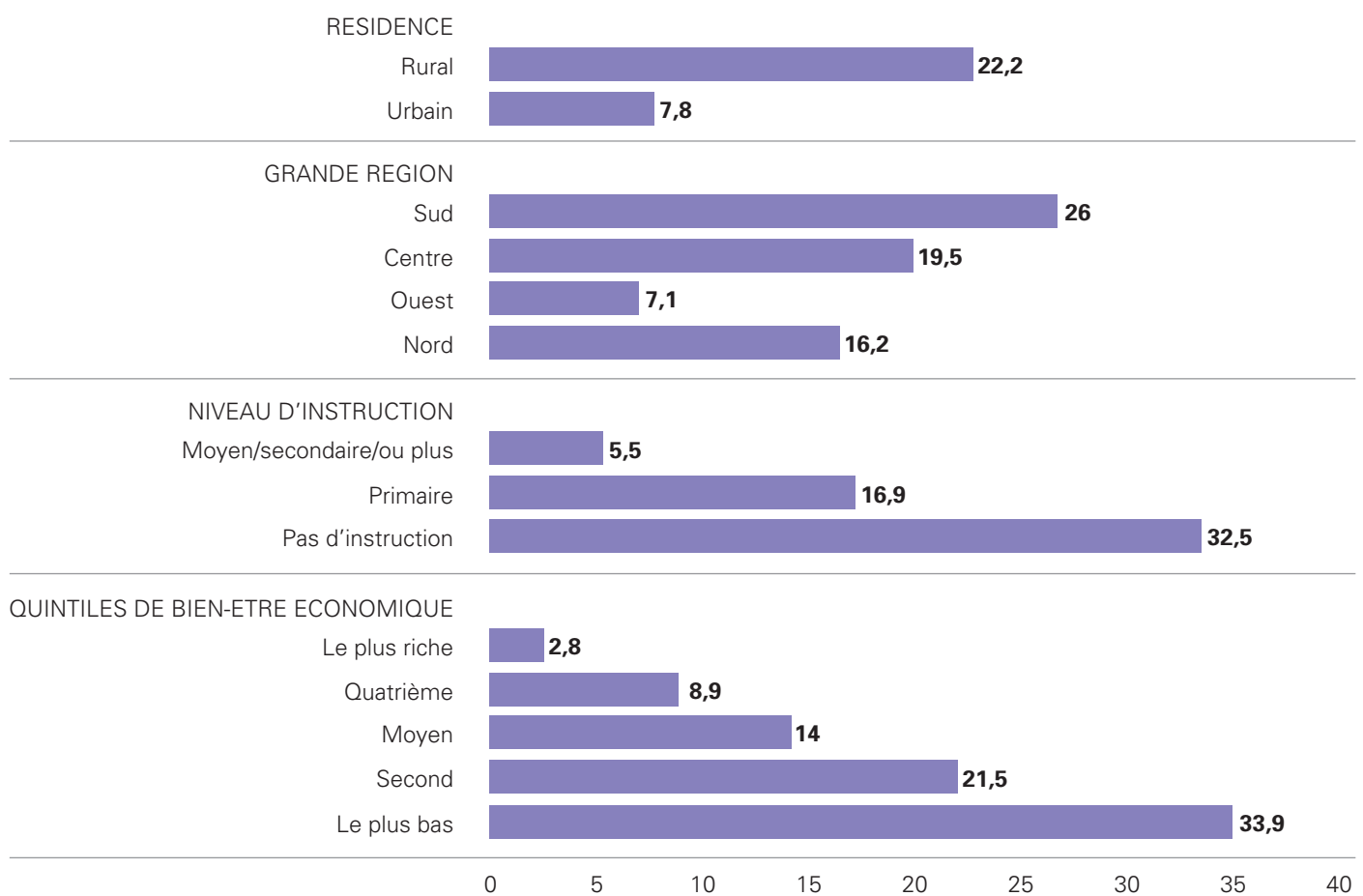
Ces disparités sont également notées selon le milieu de résidence avec (22,2%) en milieu rural et (7,8%) en milieu urbain. De même, les régions du Sud (26%) et du Centre (19,5%) sont plus touchées par les mariages d'enfants et les grossesses précoces que celle de l'Ouest où la proportion est de seulement 7%.

ETATS ET TENDANCES DES SECTEURS DE LA SANTE, DE LA NUTRITION, DE L'EAU, L'HYGIENE ET DE L'ASSAINISSEMENT I 3

Le niveau d'instruction des jeunes filles est aussi un facteur déterminant dans les unions et grossesses précoces : elle passe de 32,5% pour les adolescentes non instruites à 17% pour celles qui ont le niveau primaire et à un minimum de 5,5% parmi celles qui ont le niveau moyen/secondaire ou plus.

L'autre facteur déterminant est le quintile de bien-être économique. Les jeunes filles des ménages classés dans le quintile le plus bas sont plus largement exposées aux mariages d'enfants et risques de grossesses précoces que celles vivant dans le quintile le plus élevé. Le pourcentage passe de plus du tiers des filles (33,9%) pour le quintile le plus bas à 2,8% pour le plus riche. Les familles pauvres peuvent considérer une fille jeune comme un fardeau économique et son mariage comme un moyen indispensable de survie pour la famille.

Graphique 11 : Pourcentage de femmes de 15-19 ans qui ont déjà commencé leur vie procréative selon certaines caractéristiques socio-économiques



Source : EDS-continue, 2016

Les jeunes représentent la catégorie de la population dont l'épanouissement a souvent été compromis par le manque d'informations sur la santé sexuelle et reproductive. Cette situation favorise les maternités précoces, l'exposition aux avortements à risque, aux infanticides, aux IST/VIH, abus et violences sexuels. En d'autres termes, la fécondité des adolescentes reste encore importante dans un environnement socioculturel marqué par les mariages et les grossesses précoces souvent non désirées.

3 | ETATS ET TENDANCES DES SECTEURS DE LA SANTE, DE LA NUTRITION, DE L'EAU, L'HYGIENE ET DE L'ASSAINISSEMENT

La relative importance de la fécondité des adolescentes pose le problème de leur accès aux informations et services adaptés en matière de contraception dans un environnement garantissant la confidentialité. Ce problème est indiqué par la faiblesse de la prévalence contraceptive au niveau des filles de 15 à 19 ans (5% en 2010-2011, EDS-MICS). Au-delà des grossesses non désirées avec les risques d'avortements provoqués et d'infanticides, les difficultés d'accès des adolescents et jeunes aux méthodes contraceptives les exposent aux risques d'Infections Sexuellement Transmissibles (IST) et au VIH/SIDA.





II. DÉFIS DU SECTEUR ET ANALYSE CAUSALE

2.1 Les défis de la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent/jeune

Les gaps à combler pour relever les défis dans les secteurs de la santé du nouveau-né, de l'enfance et de l'adolescence sont entre autres :

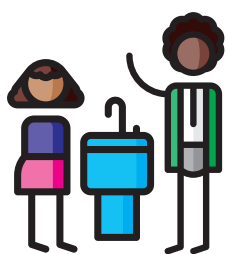
- l'atteinte des cibles des ODD qui visent un taux inférieur à 70 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes à l'horizon 2030. Le diagnostic a révélé que le risque de décès et de morbidité maternels est plus élevé chez les adolescentes que chez les femmes de plus de 20 ans ;
- l'amélioration du taux d'accouchement assisté par un personnel qualifié qui se situe à 59% en 2016
- l'atténuation du faible taux de prévalence contraceptive (23% en 2016) et des importants besoins non satisfaits en planification familiale (24% en 2016) ;
- l'amélioration de la prise en charge des complications liées à l'accouchement de la mère et au faible poids de naissance afin de réduire le taux de mortalité néonatale ;
- la nécessité de diversifier les programmes alloués aux adolescents/jeunes avec la prise en compte de certains aspects tels que les loisirs, l'éducation professionnelle, particulièrement en milieu communautaire ;
- le nécessaire changement de comportement en matière de sexualité précoce et non protégée qui aboutit aux grossesses précoces et /ou non désirées conduisant souvent à des infanticides ou à des avortements clandestins effectués dans de mauvaises conditions, aux infections sexuellement transmissibles y compris le VIH/SIDA ;
- l'amélioration de l'accès aux informations et services adaptés en matière de contraception dans un environnement garantissant la confidentialité ;
- le changement de comportements pouvant nuire à la santé des adolescent(e)s/jeunes qui peuvent avoir un lien plus ou moins direct avec leur santé sexuelle et reproductive. Il s'agit des violences et agressions sexuelles, des pratiques traditionnelles néfastes : Mutilations Génitales Féminines / excision, mariages précoces, usage de substances nocives, problèmes nutritionnels, dépressions et suicides, problèmes d'ordre mental, violences et accidents, etc. La lutte contre les violences et agressions sexuelles, les pratiques traditionnelles néfastes (Mutilations Génitales Féminines / excision, mariages précoces etc., de l'usage de substances nocives. L'adoption de bonnes pratiques nutritionnelles.

2.2 Analyse causale des mortalités maternelle et infanto-juvénile et de l'adolescent/jeune

Au regard de l'analyse du secteur de la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfance et de l'adolescence, les problèmes majeurs soulevés sont relatifs à la mortalité élevée, une prévalence contraceptive faible particulièrement chez les adolescents/jeunes avec un besoin non satisfait élevé et une offre insuffisante de services de santé dont les causes sont multiples et variées.

3 | ETATS ET TENDANCES DES SECTEURS DE LA SANTE, DE LA NUTRITION, DE L'EAU, L'HYGIENE ET DE L'ASSAINISSEMENT

Problèmes			
Causes	Mortalité maternelle	Mortalité infanto-juvénile	Prise en charge insuffisante de la santé reproductive et nutrition des adolescents
Causes intermédiaires	- Retard dans la prise de décision - Retard dans la référence - Retard de la prise en charge - Faible accès à des soins de qualité	- Insuffisance dans l'accès aux soins pour les affections prioritaires (IRA, Diarrhées, Paludisme etc.) - Malnutrition aiguë élevée - Couverture en soins préventifs encore insuffisante (Vaccins, Suivi Promotion Croissance, VIH)	- Faible accès à des services adaptés - Faible accès à l'information sanitaire, sexuelle et nutritionnelle de qualité - Faibles Prévention, dépistage et traitement des IST/VIH
Causes sous-jacentes	- Pesanteurs socioculturelles, - Faible demande de soins de santé à l'accouchement en raison de pratiques traditionnelles et normes sociales restrictives - Faible accessibilité géographique et financière - Ressources Humaines de qualité, plateau technique, produits et médicaments essentiels - Faible statut nutritionnel et sanitaire des femmes - Mauvaises pratiques d'hygiène (lavage des mains, hygiène de l'eau, faible accès à eau et assainissement) - Faiblesse du dépistage du VIH et de sa prise en charge	- Accessibilité géographique, financière - Pratiques alimentaires des nourrissons et jeunes enfants inadéquates - Faible priorisation affections chroniques de l'enfant (drépanocytose, obésité) - Faible adhésion des mutuelles - Mauvaises pratiques d'hygiène (Lavage des mains, hygiène de l'eau, évacuation des excréta, élimination de la défécation à l'air libre,) et faible accès à eau et assainissement	- Faible disponibilité de l'offre de service de santé pour adolescents - Accessibilité géographique, financière - Insuffisance de l'éducation sexuelle, insuffisance du soutien de familles et des communautés - Faible adhésion des mutuelles - Mauvaises pratiques d'hygiène (Lavage des mains, hygiène de l'eau, évacuation des excréta, élimination de la défécation à l'air libre, hygiène menstruelle) et faible accès à eau et assainissement - Faiblesse de mise en œuvre d'activités préventives en santé scolaire (fer, HPV, déparasitage)
Causes structurelles	- Pauvreté - Faiblesses des structures de santé et de prévention - Prégnance de normes sociales et religieuses néfastes à la santé des femmes - Faible taux de scolarisation - Inaccessibilité des services de santé	- Précarité des conditions de vie - Persistance de valeurs sociales défavorables à la santé des enfants - Faible niveau de scolarisation	- Pauvreté - Absence de dispositifs d'informations - Faiblesse des niveaux de scolarisation - Précarité des conditions de vie - Difficultés des services publics à répondre de manière appropriée aux besoins d'information des adolescents



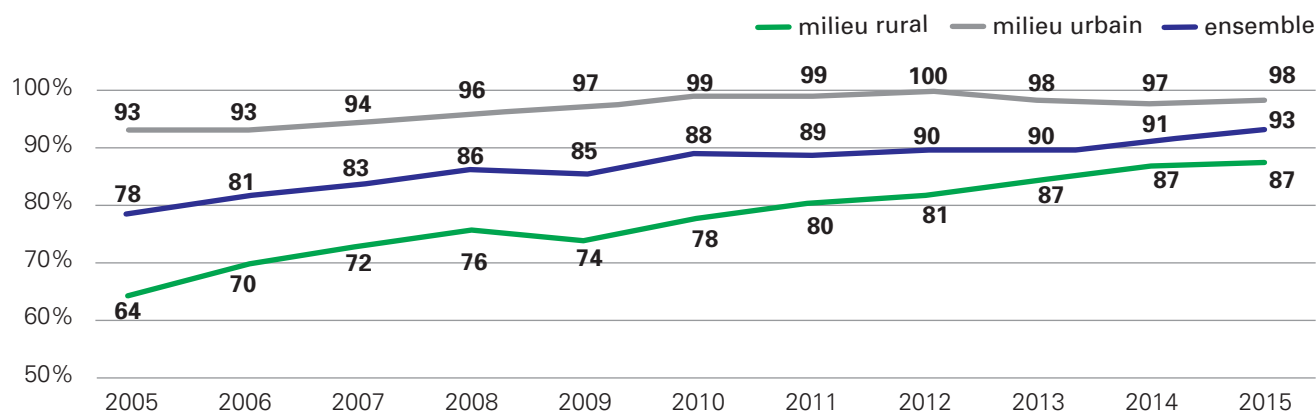
SITUATION DES SECTEURS DE L'EAU POTABLE, DE L'ASSAINISSEMENT ET DE L'HYGIÈNE

3.1 Sous-secteur de l'eau potable

Le taux d'accès global à l'eau potable est estimé en fin décembre 2015 à 93% selon la revue conjointe 2016 du Programme d'Eau Potable et d'Assainissement du Millénaire (PEPAM). Ce taux est fortement tiré par le milieu urbain qui présente un taux d'accès global de 98%, alors que ce taux est de 87% pour le milieu rural. Le PEPAM considère l'accès à l'eau potable en milieu rural par la proportion de populations qui s'approvisionne à partir d'un système AEP (Adduction d'Eau Potable) ou PMH (Pompe à motricité Humaine), alors qu'en milieu urbain, il concerne la proportion de population ayant accès à l'eau potable à partir de branchement particulier ou de borne fontaine. L'intérêt de faire l'analyse à partir du taux d'accès global est qu'il constitue l'indicateur utilisé pour évaluer le niveau de réalisation des ODD.

L'analyse évolutive du taux d'accès global à l'eau potable a montré un gain de 14 points de pourcentage sur une période de 10 ans (2005-2015). Ce gain est plus significatif en milieu rural, qui, sur la même période a enregistré un gain de 23 points de pourcentage, alors qu'en milieu urbain il n'est que de 5 points.

Graphique 12 : Evolution des taux d'accès à l'eau potable (global, urbain, rural)



Source : Revues annuelles sectorielles conjointes du PEPAM de 2006 à 2016

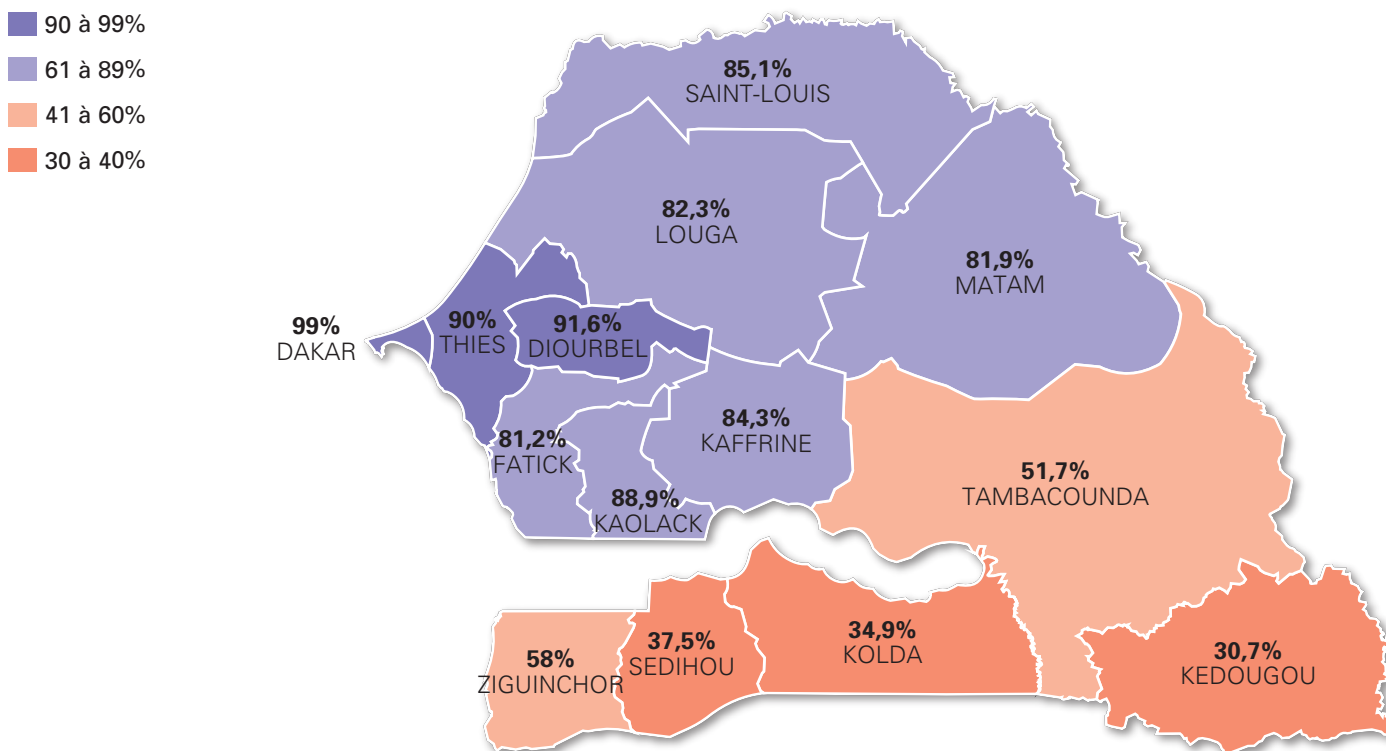
L'étude selon le milieu de résidence montre que le taux d'accès à l'eau potable dans le périmètre urbain est estimé en fin décembre 2015 à 98%. Les progrès enregistrés dans ce sous-secteur s'expliquent par la mise en œuvre du programme de branchements sociaux, qui représentent 75% des 25 350 branchements privés réalisés durant l'année 2012. D'ailleurs, l'accès par borne fontaine est considéré comme transitoire vers le branchement privé pour toutes les concessions.

Pour ce qui concerne le milieu rural, le taux d'accès est estimé à 87% en fin décembre 2015. La spatialisation montre que les zones Sud et Est sont les moins pourvues en système d'adduction d'eau potable, avec un taux inférieur à 50%. Cette situation peut s'expliquer par l'insuffisance des investissements dans ces zones. D'autant plus que la plus grande partie de ces espaces est constituée

3 | ETATS ET TENDANCES DES SECTEURS DE LA SANTE, DE LA NUTRITION, DE L'EAU, L'HYGIENE ET DE L'ASSAINISSEMENT

de zone de socle qui est une grande contrainte en matière d'exhaure. Quant aux régions de Dakar, Thiès et Diourbel, les faibles taux s'expliquent par la forte desserte de certaines de leurs localités par la Société Des Eaux (SDE).

Carte 9 : Accès à l'eau potable par système AEP



Source : EDS continue 2016

Toutefois, ce taux d'accès inclut les zones alimentées à partir de forages confrontés à des problèmes de qualité de l'eau, alors que la cible 3 de l'ODD 6 vise à améliorer la qualité de l'eau d'ici 2030. Cette problématique est d'autant plus importante que les résultats de **l'étude pour l'élaboration d'une stratégie nationale d'amélioration de la qualité de l'eau potable au Sénégal** ont révélé que l'eau consommée au niveau de certaines zones du Sénégal n'est pas potable. Selon ce document, les deux problèmes majeurs identifiés d'ordre physico-chimique et bactériologique sont liés à des types de pollution :

- Contrainte physico-chimique : **fortes turbidités (régions de Saint Louis et Louga), fortes teneurs en sel (Ziguinchor, Sédhiou et Kolda), fortes teneurs en fluor et en sel (Fatick, Kaolack, Kaffrine et Diourbel) et risques de teneur élevée en mercure (Kédougou) ;**
- Contraintes bactériologiques : **pollutions bactériologiques (manque de système d'assainissement, mauvaises qualités des branchements, présence de nappe peu profonde, défaut d'entretien des ouvrages et réseaux hydrauliques, manque d'hygiène), consommation d'eau impropre (puits, cours d'eau, eau en sachets).**

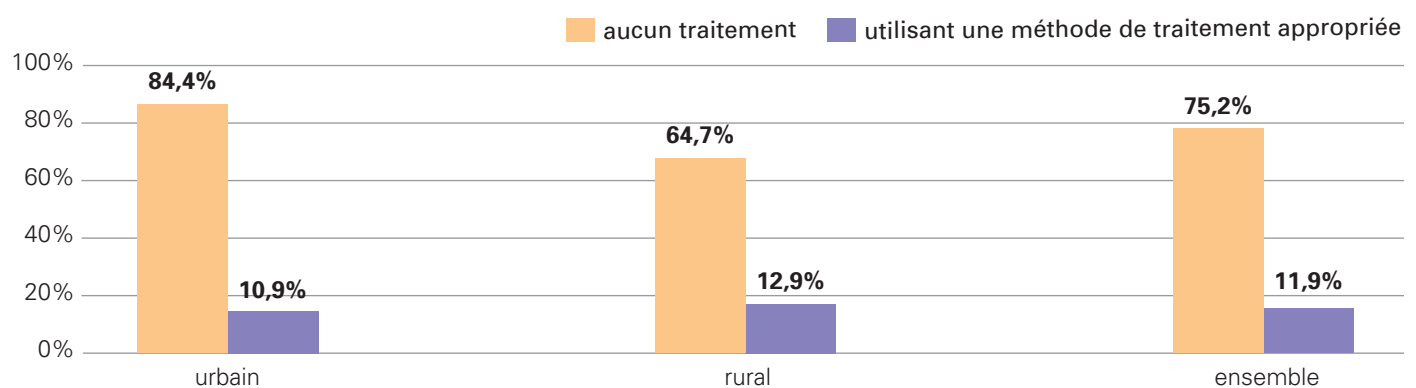
A ce propos, la revue conjointe du PEPAM de 2016 révèle que l'excès de fluor et de sel touche 6% des populations desservies dans le périmètre urbain et 18% des populations concentrées dans le périmètre géré par l'Office des Forages Ruraux (OFOR). Si la prise en compte des contraintes physico-chimiques nécessite des investissements assez lourds et un coût d'accès assez élevé de l'eau traité pour les ménages,

ETATS ET TENDANCES DES SECTEURS DE LA SANTE, DE LA NUTRITION, DE L'EAU, L'HYGIENE ET DE L'ASSAINISSEMENT I 3

la conformité bactériologique s'avère être moins onéreuse. En effet, le défaut de conformité bactériologique de l'eau de consommation est le plus souvent lié aux problèmes de stockage, de transport et de conservation de l'eau pour les sources d'eau améliorées, mais aussi aux recours à des sources d'eau non potable.

La conformité bactériologique au niveau du stockage pour les systèmes d'adduction en eau potable est le plus souvent entravée par un défaut d'entretien. La fiche technique réalisée par le PEPAM-AQUA et relative à la qualité bactériologique de l'eau, mentionne que sa principale source de contamination se situe au niveau du stockage de l'eau dans les châteaux d'eau. Ceci s'explique par un défaut d'entretien et l'insuffisance du nettoyage des châteaux d'eau où sont nichés la plupart du temps des oiseaux ou des chauves-souris. Outre les châteaux d'eau, des fuites de réseaux peuvent être source de contamination car l'eau de surface non potable peut pénétrer dans les tuyaux. Cette situation est amplifiée par le fait que la chloration de l'eau n'est pas systématique au niveau des forages ruraux motorisés. A cet effet, l'étude d'élaboration de la Stratégie nationale d'amélioration de la qualité de l'eau (CIMA/GENHY/ENVAL Group, 2015), révèle que moins de 5% des systèmes d'adduction d'eau potable en milieu rural sont équipés de pompes doseuses à chlore. Cette situation pose la problématique de la santé publique et explique la récurrence des maladies d'origine hydrique telles que la diarrhée, la bilharziose, le choléra, etc.

Graphique 13 : Traitement de l'eau selon le milieu de résidence des ménages



Source : EDS-C 2016

Le défaut de traitement de l'eau au niveau des systèmes de stockage est d'autant plus prégnant que seuls 11,9% des ménages au Sénégal utilisent une méthode de traitement appropriée de l'eau de consommation selon l'EDS-C 2016. Le traitement de l'eau est légèrement plus répandu en milieu rural qu'en milieu urbain. Ceci peut s'expliquer par, d'une part, l'importance des robinets dans les logements/concessions (69,6% en milieu urbain, contre 34,8% en milieu rural, selon l'EDS-C 2016), et d'autre part, le recours à l'eau en bouteille qui concerne 5,2% des citadins et 0,4% des ruraux.

En ce qui concerne le traitement de l'eau au niveau des ménages, le filtrage avec un linge (17,3%) et la chloration (10,7%) sont les méthodes les plus usitées aussi bien en milieu urbain qu'en milieu rural. Les modes de transport et de conservation de l'eau des systèmes AEP peuvent également, être des facteurs de pollutions bactériologiques. L'EDS-C 2016 révèle que près de 19,7% des ménages au Sénégal ne possèdent pas un robinet à domicile, ce qui suppose l'usage d'un mode de transport de l'eau de consommation. Ce taux est fortement tiré par le milieu rural où 33,3% des ménages s'approvisionnent hors de la concession. De cette proportion, 12,9% en milieu rural et 1,8% en milieu urbain font plus de 30 mn pour la corvée d'eau de boisseau. Même si le traitement de l'eau a été effectué au niveau du stockage (ce qui n'est pas

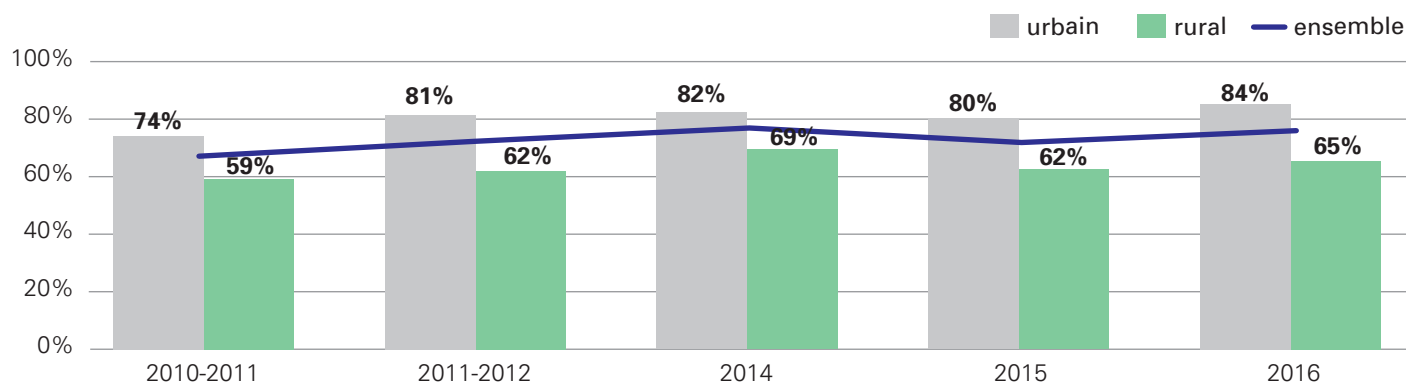
3 | ETATS ET TENDANCES DES SECTEURS DE LA SANTE, DE LA NUTRITION, DE L'EAU, L'HYGIENE ET DE L'ASSAINISSEMENT

systématique), le trajet effectué pour son transport (avec des bassines, seaux, bidons pour les courtes distances, fûts, chambres à air et bidons pour les longues distances) peut aussi être source de contamination bactériologique d'autant plus que ces récipients sont le plus souvent non couverts.

Les différents documents et statistiques disponibles ne permettent pas d'effectuer une analyse sur les modes de conservation des eaux de boisson au niveau des ménages, encore moins la prise en compte de l'assainissement aux environs des points d'eau potable. Quoiqu'il en soit, certains facteurs de contamination bactériologiques subsistent même avec les ménages qui ont recours à une source améliorée pour leur approvisionnement en eau de boisson.

Par ailleurs, les sources d'eau non améliorées sont toujours utilisées par une proportion assez importante des ménages au Sénégal (17,9%, dont 29,3% pour le milieu rural). Les principales sources d'eau utilisées pour la boisson pour cette frange de la population sont les puits non protégés (13,3% des ménages), les sources d'eau non protégées (0,1% des ménages), les camion-citerne/charrettes avec petite citerne (3,7% des ménages), les eaux de surface (0,8% des ménages), etc. Cette situation peut s'expliquer par le fait que 42% des localités du milieu rural ne sont pas encore desservies par un système d'adduction d'eau potable, alors que pour le milieu urbain, le taux de branchement dans le périmètre affermé est de 88,9% en décembre 2015 selon la revue annuelle conjointe 2016 du PEPAM, ce qui laisse supposer l'existence d'un gap de 11,1%. Même pour les localités disposant d'un système d'adduction d'eau potable, l'impact de l'excès de fluor et de sel touche 6% dans le périmètre urbain et 18% pour le périmètre géré par OFOR selon la même source.

Graphique 14 : Aucun traitement de l'eau de boisson



Sources: EDS-MICS 2010-2011/EDS-C 2012-2013/2014/2015/2016

Cette situation pousse de nombreux ménages à s'approvisionner au niveau des sources d'eau non améliorées, car ne disposant pas de sources d'eau potable alternatives à proximité de leurs lieux de résidence. Cette situation est d'autant plus problématique qu'une forte proportion des ménages au Sénégal n'utilise aucune méthode de traitement de l'eau de boisson, ce qui est révélé par les données des EDS sur une période de plus de 5 ans. Durant cette période, le pourcentage de ménages qui n'ont pas recours à une méthode de traitement de l'eau de boisson, même s'il subit de légères variations, reste toujours supérieur à 50%.

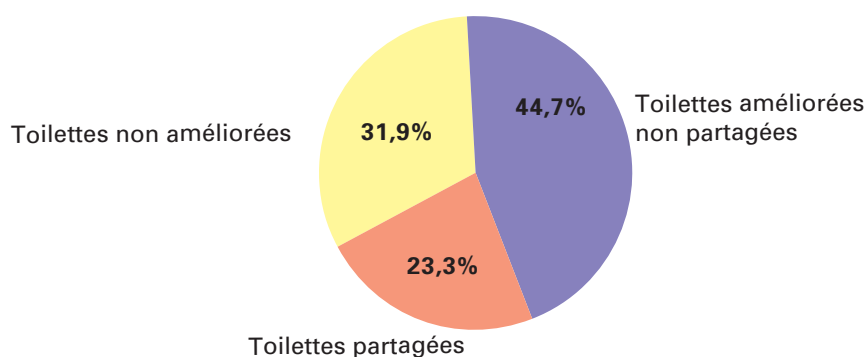
La combinaison de ces facteurs explique l'intégration de la qualité de l'eau dans la Stratégie nationale de développement de l'hydraulique rurale, depuis 2010.

ETATS ET TENDANCES DES SECTEURS DE LA SANTE, DE LA NUTRITION, DE L'EAU, L'HYGIENE ET DE L'ASSAINISSEMENT I 3

3.2 Sous-secteur de l'assainissement

L'accès à un système d'assainissement amélioré sera apprécié en tenant compte de la définition donnée par le Programme commun OMS/UNICEF de suivi de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement (JMP) : « une installation sanitaire améliorée se définit comme une installation hygiénique qui permet d'éviter que l'utilisateur et son milieu immédiat n'entrent en contact avec les excréta ». Au Sénégal, l'installation sanitaire améliorée est considérée par l'EDS-C 2016 comme étant : i) les chasse d'eau/chasse manuelle connectée à un système d'égout, ou reliée à une fosse septique, ii) les fosses d'aisances améliorée auto aérée, ou avec dalle, et iii) les latrines à chasse manuelle. Ces types de sanitaires peuvent être partagés ou individuels.

Graphique 15 : Taux d'accès aux toilettes selon le type

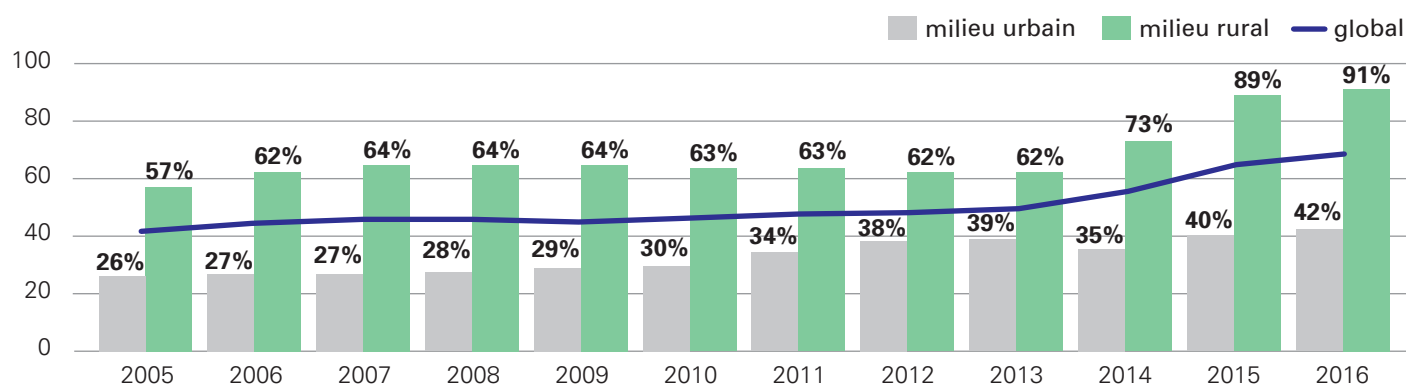


Source : EDS-C 2016

Les données de l'EDS-C 2016 montrent la prédominance des toilettes améliorées non partagées. L'analyse du taux d'accès selon le milieu de résidence montre que 90,8% des ménages urbains disposent de toilettes, dont 53,7% ont des toilettes non partagées. Le fort taux d'accès de toilettes non améliorées constitue une évidence pour le milieu rural, alors qu'en zone urbaine l'importance de la proportion de ménage qui utilise des toilettes partagées est notoire.

L'analyse évolutive entre 2005 et 2016 de l'accès à des toilettes améliorées, montre un important bond de plus 26,4 points de pourcentage, largement tiré par le milieu urbain avec un gain de 33,8 points de pourcentage durant cette période. Ceci découle des efforts fournis afin d'atteindre les OMD dans le secteur de l'assainissement (63% à l'horizon 2015).

Graphique 16 : Accès à des toilettes améliorées selon le milieu de résidence

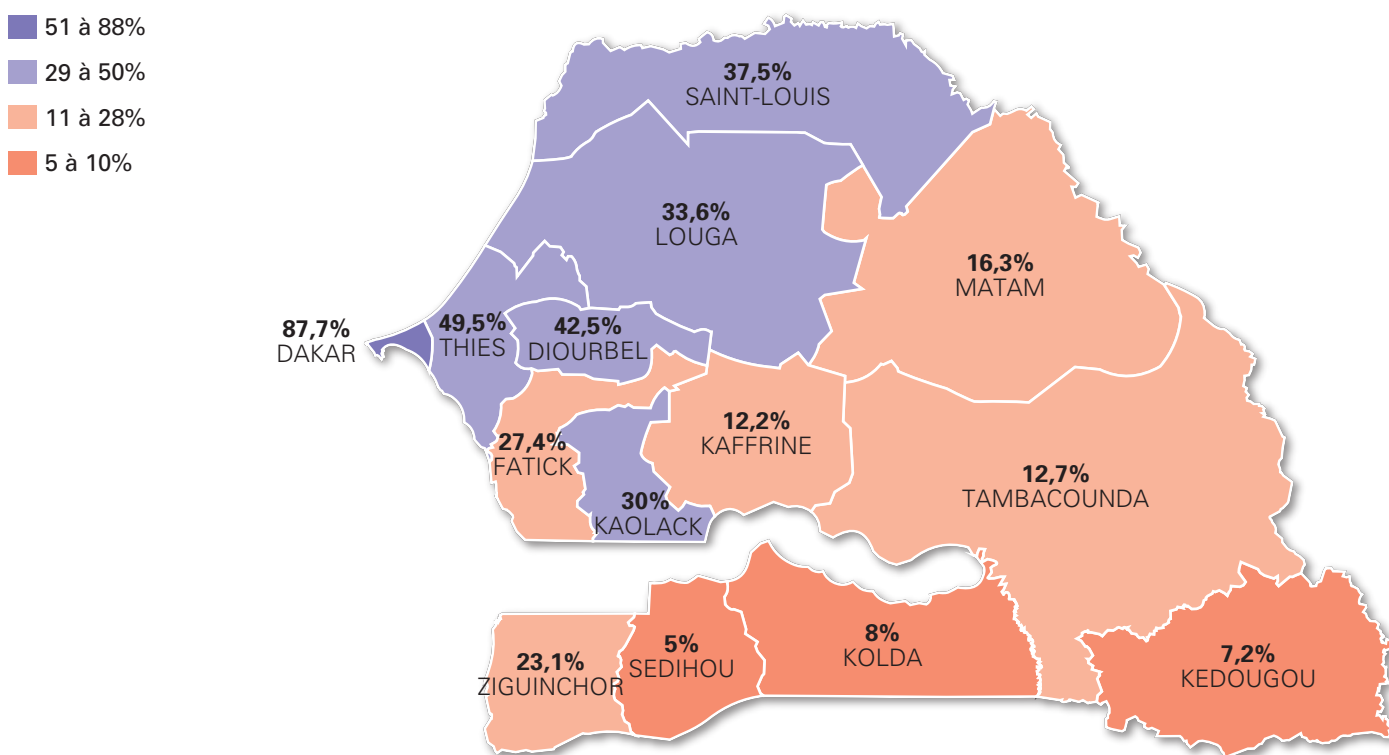


Sources : Revues annuelles conjointes du PEPAM 2009-2010-2011-2012-2013-2014-2015-2016

3 | ETATS ET TENDANCES DES SECTEURS DE LA SANTE, DE LA NUTRITION, DE L'EAU, L'HYGIENE ET DE L'ASSAINISSEMENT

Quant à l'étude selon la zone de résidence, elle montre que seule la région de Dakar (87,7%) et dans une moindre mesure celle de Thiès (49,5%) ont des taux acceptables de systèmes d'assainissement améliorés avec égout ou avec fosse (donner le taux). Dans les régions périphériques, la prédominance des toilettes non améliorées est avérée.

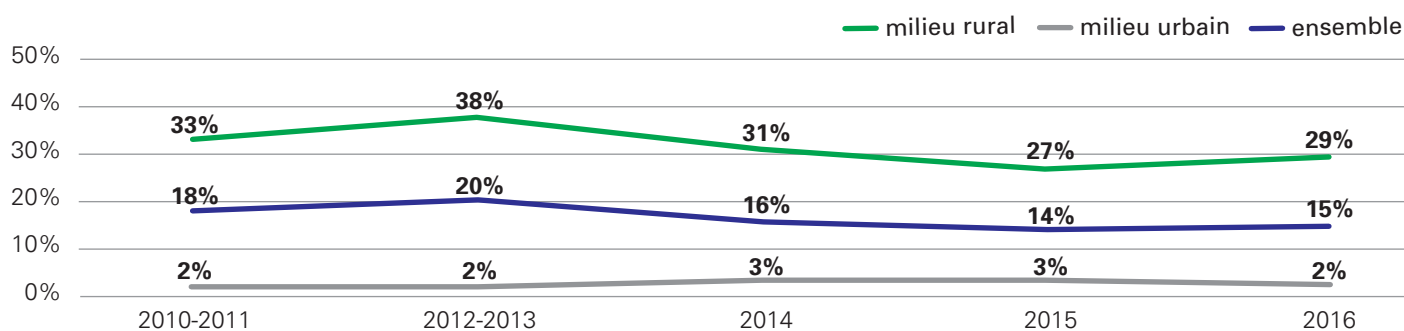
Carte 10 : Taux d'accès à l'assainissement amélioré



Source : EDS-C 2016

Cette situation a poussé les autorités du Sénégal à lancer des appels à la mobilisation financière pour appuyer le sous-secteur de l'assainissement, notamment en milieu rural, à travers, entre autres, l'élaboration de la nouvelle Stratégie Nationale de l'Assainissement Rural (SNAR) au Sénégal. Cette stratégie passe par une responsabilisation du ménage dans la réalisation de son ouvrage d'assainissement et l'accompagnement de l'Etat. L'un des objectifs principaux de la SNAR est la **fin de la défécation à l'aire libre**, d'autant plus que l'EDS-C 2016 a révélé que 14,7% des ménages ne disposent pas de toilettes (2,1% en milieu urbain et 29,1% en zones rurales).

Graphique 17 : Evolution du taux de défécation à l'air libre selon le lieu de résidence

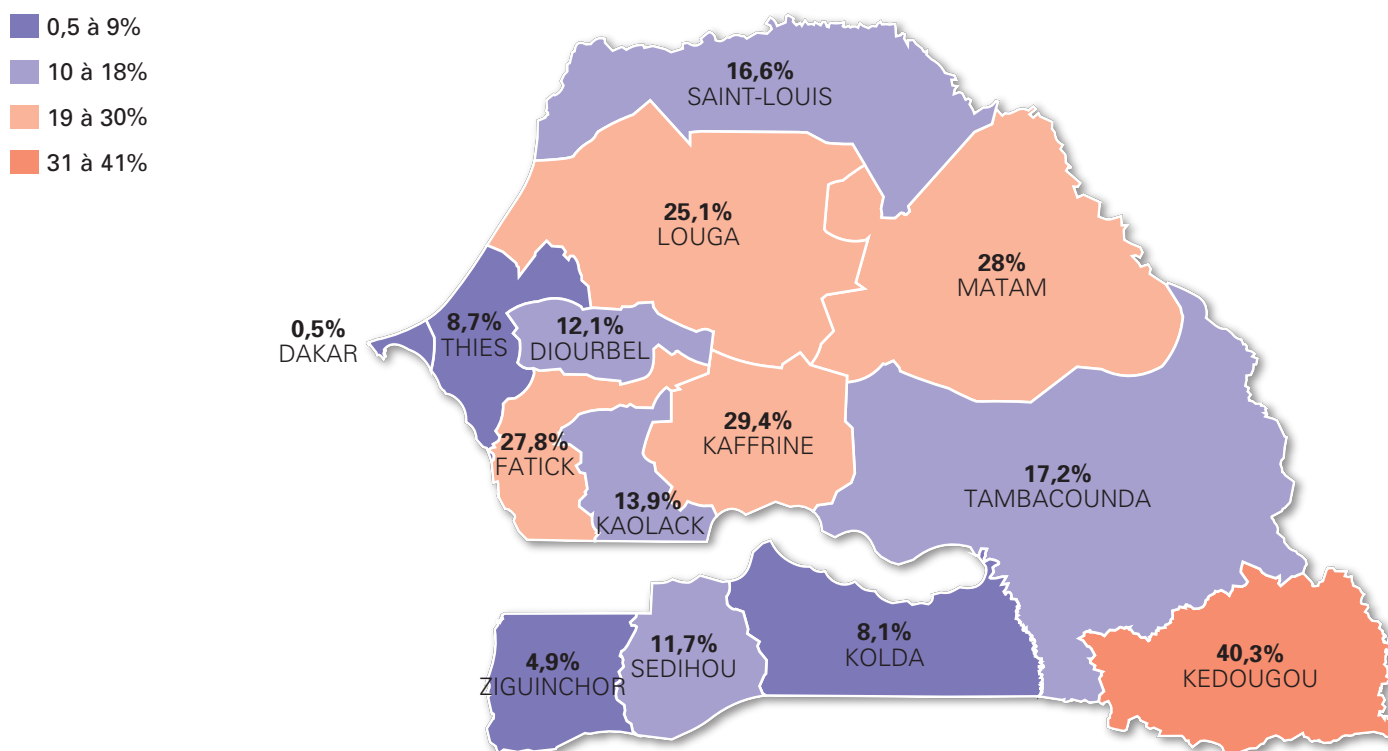


Sources: EDS-MICS 2010-2011/EDS-C 2012-2013/2014/2015/2016

ETATS ET TENDANCES DES SECTEURS DE LA SANTE, DE LA NUTRITION, DE L'EAU, L'HYGIENE ET DE L'ASSAINISSEMENT I 3

L'étude de la carte ci-après permet de relever l'importance du recours à la nature au niveau de certaines régions du Sénégal : Kédougou, Sédhiou, Matam, Louga, Fatick et Kaffrine. Dans ces régions, le taux de défécation à l'air libre est partout supérieur à 25%. Un fait majeur qui mérite d'être souligné est le constat que les faibles taux de défécation à l'air libre sont enregistrés dans les régions à fort taux d'urbanisation (Dakar, Thiès et Ziguinchor).

Carte 11 : Taux de défécation à l'air libre



Source : EDS-C 2016

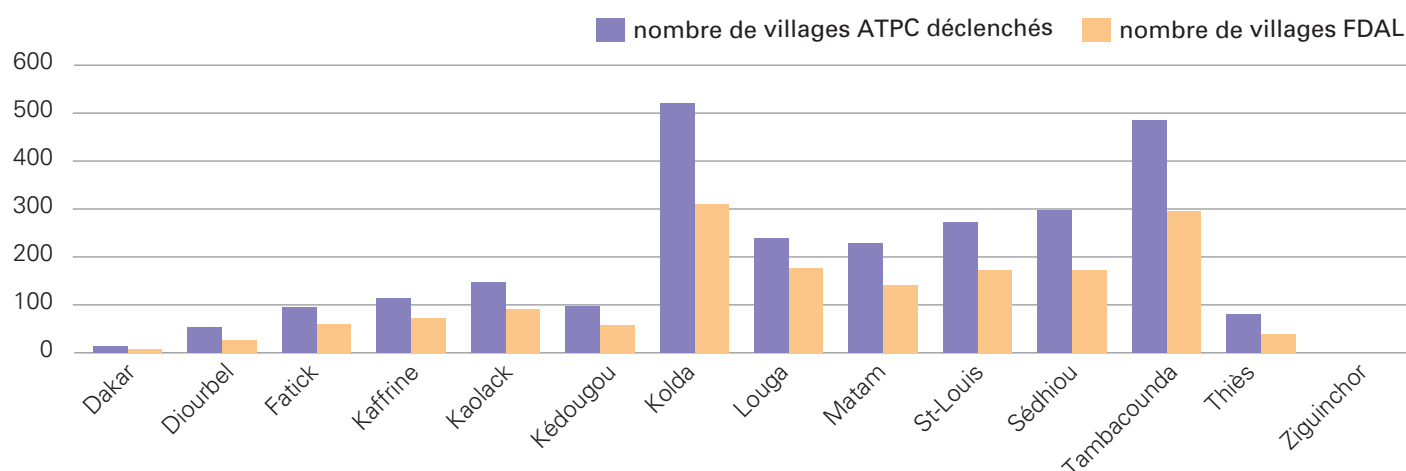
Pour inverser cette tendance, le Sénégal a initié, avec l'appui de partenaires, des programmes dont la finalité est d'inciter les populations à prendre conscience de l'utilité de la toilette pour le ménage. Parmi les initiatives, l'Assainissement Total Piloté par les Communautés (ATPC) a été un programme phare. Cette approche innovante a été introduite au Sénégal grâce à un appui de l'UNICEF à travers une expérience très satisfaisante dans la communauté rurale (devenue commune rurale avec l'Acte III de la décentralisation) de Baní Israël à Tambacounda. Selon la revue conjointe 2010 du PEPAM, les principes majeurs qui sous-tendent l'ATPC sont l'autofinancement des ouvrages d'assainissement par les populations bénéficiaires et le choix des technologies qui émane également du bénéficiaire.

L'approche ATPC vise un changement de comportement de la population par leur prise de conscience du lien direct entre eau/hygiène/assainissement et la santé. Le processus consiste en un accompagnement des communautés dès l'entame à travers leur engagement à cesser la défécation à l'air libre. Il s'agira par la suite d'un appui technique, d'un encadrement et d'un suivi des villages cibles dans l'établissement d'un plan d'actions visant la couverture des ménages en latrine. La particularité de cette approche est l'absence de subvention pour la réalisation des latrines dont les coûts de réalisation sont entièrement pris en charge par les ménages bénéficiaires.

3 | ETATS ET TENDANCES DES SECTEURS DE LA SANTE, DE LA NUTRITION, DE L'EAU, L'HYGIENE ET DE L'ASSAINISSEMENT

Au terme de la mise en œuvre du plan d'actions, le statut FDAL (Fin de la Défécation à l'Air Libre) est attribué à chaque village qui a réalisé son plan d'action. Cette situation peut être suivie par un processus d'accompagnement des communautés pour la réalisation de mini-forages, mais aussi et surtout de l'organisation et la responsabilisation des communautés pour la gestion et l'entretien des points d'eau et des latrines, ainsi que l'instauration d'activités de salubrité communautaire et individuelle.

Graphique 18 : Villages ATPC grâce à l'appui UNICEF entre 2010 et 2016



Source : UNICEF

Les différentes actions réalisées par les autorités du Sénégal, grâce à l'appui de leurs partenaires ont permis d'enregistrer un recul de la pratique (17 points de pourcentage) entre 2006 et 2015. Néanmoins, l'EDS-C 2016 met en évidence la persistance de la pratique de défécation à l'air libre, avec un taux de 14,7% en 2016, soit un gain de 3 points de pourcentage entre 2010 et 2016. L'analyse des données sur la période 2010-2016 montre une variation en dents de scie avec une tendance à une légère hausse en 2016. La fin de l'intervention de certains partenaires (UNICEF avec 2640 villages FDAL, GEF/AGETIP 1000 villages FADL et PEPAM/USAID 220 villages FADL) peut expliquer cette légère hausse en 2016, d'autant plus que la plupart des latrines réalisées ne garantissaient pas une certaine durabilité. Toutefois, en fin 2016, grâce à l'appui de l'UNICEF, l'ATPC a été mis en œuvre dans près de 2640 villages dont environ 60% ont atteint le statut FDAL dans toutes les régions du pays.

3.3 Sous-secteur de l'hygiène

Les conditions d'hygiène sont généralement tributaires d'une part à la qualité de l'eau consommée dans les ménages et des conditions de conservation et de son utilisation, et d'autre part des comportements des populations en matière d'hygiène. En effet, la disponibilité d'eau potable doit être fortement corrélée à de bonnes pratiques d'hygiène pour préserver sa potabilité. Ceci devrait permettre d'éviter les multiples sources de contamination dont l'eau potable peut faire l'objet. La stagnation des eaux usées au niveau des points d'eau, la divagation des animaux aux abords des points d'eau, ainsi que des pratiques ménagères non appropriées (linge, vaisselle, etc.), sont autant de facteurs pouvant contribuer à la contamination de l'eau potable.

En outre, une proximité entre les points de distribution de l'eau de boisson et des toilettes, notamment partagées, constitue des facteurs de développement des pollutions bactériologiques. Par ailleurs, le faible

ETATS ET TENDANCES DES SECTEURS DE LA SANTE, DE LA NUTRITION, DE L'EAU, L'HYGIENE ET DE L'ASSAINISSEMENT I 3

taux d'accès à des toilettes améliorées, combiné à l'importance de la proportion de ménages qui utilise toujours des toilettes non améliorées contribuent à la dégradation du cadre de vie, et par ricochet, à la détérioration des conditions sanitaires des populations.

Le lavage des mains permet aussi d'apprécier les bonnes pratiques d'hygiène. Il s'agit du lavage des mains avec du savon avant de manger et au sortir des toilettes. Les résultats de l'EDS-C 2016 montrent une faible prise en compte du lavage des mains au niveau des ménages, dont seuls 15,2% ont mis en place un endroit pour le lavage des mains. Ce pourcentage est largement dominé par le milieu urbain où 22,9% des ménages ont prévu cet endroit, alors qu'en milieu rural, seuls 6,5% des ménages l'ont réalisé. Parmi la proportion de ménages ayant réalisé un endroit pour le lavage des mains, 67,4% utilisent de l'eau et du savon, avec une forte prédominance du milieu rural (72,5%).

Tableau 10 : Lavage des mains selon les conditions socio-économiques

Quintiles de bien-être économique	% ménages où l'endroit pour se laver les mains a été observé	Savon et eau	Pas d'eau, ni savon, ni autre produit nettoyant
Le plus bas	4,5%	70,3%	10,4%
Second	7,4%	69,0%	17,1%
Moyen	6,9%	71,8%	8,3%
Quatrième	13,0%	59,4%	16,3%
Le plus élevé	40,8%	69,2%	2,5%
Ensemble	15,2%	67,4%	7,6%

Source : EDS-C 2016

L'analyse corrélée du niveau d'exécution du lavage des mains selon les conditions socio-économiques du ménage montre que les proportions les plus aisées ont réalisé un endroit pour le lavage des mains. Par ailleurs, la pratique du lavage des mains avec du savon et de l'eau est plus réponde au niveau des ménages constituant les quintiles de bien-être économique moyens, voire les plus bas.

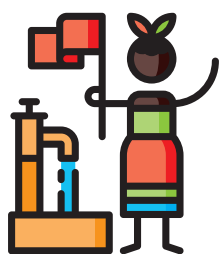
Le mode d'**évacuation des excréta**s le plus répandu reste les latrines traditionnelles ou la nature (31,9% des ménages) et les latrines améliorées partagées (23,3%). Le recours aux latrines traditionnelles ou à la nature pose manifestement des contraintes sanitaires. En effet, il peut créer des conditions favorables au développement des vecteurs responsables de la propagation de pathologies comme le paludisme et d'autres maladies liées à un environnement malsain. Quant à l'utilisation des toilettes améliorées partagées, la problématique principale demeure l'insalubrité et les probabilités de transmission de certaines pathologies.

Le **recours à l'eau des puits** traditionnel pour la boisson du ménage est également une option majeure au niveau des sites dont les forages desservent une eau ayant des teneurs physico-chimiques non conformes aux normes en vigueur. Ceci est d'autant plus problématique que les populations ne disposent pas de sources d'eau potable alternatives à proximité de leurs localités, mais aussi et surtout, elles n'ont recours à aucun système de potabilisation de l'eau des puits avant leur utilisation dans les ménages. En effet, le recours aux puits pose un certain nombre de problèmes dont le plus aigu est la forte probabilité de s'approvisionner au niveau de points d'eau où les conditions de potabilité ne sont pas garanties.

3 | ETATS ET TENDANCES DES SECTEURS DE LA SANTE, DE LA NUTRITION, DE L'EAU, L'HYGIENE ET DE L'ASSAINISSEMENT

L'impact de mauvaises conditions d'hygiène sur la santé est avéré. D'ailleurs, 80% des maladies et plus d'un tiers des décès dans les pays en développement sont liés à la consommation d'une eau de mauvaise qualité et à un assainissement insalubre¹⁹. L'impact est aussi d'ordre nutritionnel et touche prioritairement les enfants de moins de 5 ans et, les statistiques révèlent que près de 60% des enfants de moins de 5 ans, sont touchés en milieu rural. Cette situation résulte généralement de déficits d'eau potable et d'un cadre de vie malsain du fait, entre autres, d'une mauvaise gestion des eaux usées. Elle induit la plupart du temps, des maladies à transmission fécale, orale (diarrhée, typhoïde, hépatite, choléra) ou liées à un vecteur (paludisme, filariose, etc.).





IV. DÉFIS DES SECTEURS ET ANALYSE CAUSALE

4.1 Défis des secteurs

Les résultats du diagnostic, basés sur l'EDS-C 2016, ont montré que le taux d'accès en 2016 s'établit comme suit : i) Source d'eau améliorée : 81,7% des ménages ; ii) Toilettes améliorées non partagées : 44,7% des ménages et ; iii) Toilettes améliorées partagées : 23,3% des ménages ; Lavage des mains avec du savon et de l'eau : 67,4% des ménages.

Alors que les objectifs fixés par le Sénégal pour l'atteinte des cibles 1, 2 et 3 de l'ODD 6 est d'atteindre le taux d'accès universel à l'eau potable respectant les qualités bactériologiques et d'améliorer le taux d'accès à des systèmes d'assainissement appropriés afin d'avoir un taux de 80% en 2025 et de réduire le taux de défécation à l'air libre à 11% en 2025.

Dès lors, l'ampleur des gaps en matière d'accès et de comportements inadaptés en matière d'hygiène s'établit comme suit :

- 17,9% des ménages ont recours à des sources d'eau non améliorées, alors que les objectifs fixés par le Sénégal pour l'atteinte des cibles 1 et 3 de l'ODD 6 est d'avoir un taux d'accès universel à l'eau potable respectant les qualités bactériologiques ;
- 16,7% des ménages utilisent des latrines traditionnelles et 23,3% des ménages ont recours à des toilettes améliorées partagées, ce qui nécessite des efforts conséquents afin d'atteindre la cible 2 de l'ODD 6, pour laquelle le Sénégal s'est fixé le taux de 80% en 2025 pour un accès à des systèmes d'assainissement améliorés et un lavage généralisé des mains avec de l'eau et du savon ;
- 14,7% des ménages ont recours à la nature et la réduction de ce taux est un défi que le Sénégal veut relever à l'horizon 2025 afin d'atteindre le taux de 11%.

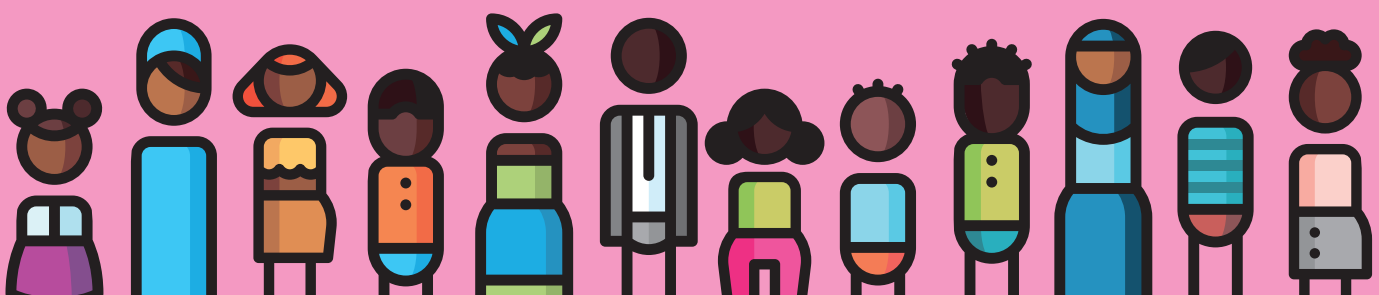
Ainsi, le principal problème demeure les fortes disparités géographiques en matière d'accès à l'eau potable et à des systèmes d'assainissement de qualité. La résolution de ce problème participerait à l'atteinte de l'ODD 10 qui vise la réduction de l'écart entre les plus riches et les plus pauvres. Ceci participerait à l'effectivité du principe « leaving no one behind », notamment les enfants dont ceux issus des ménages du quintile économique le plus pauvre, les plus confrontés à l'accès aux services d'eau potable et d'assainissement de qualité.

3 | ETATS ET TENDANCES DES SECTEURS DE LA SANTE, DE LA NUTRITION, DE L'EAU, L'HYGIENE ET DE L'ASSAINISSEMENT

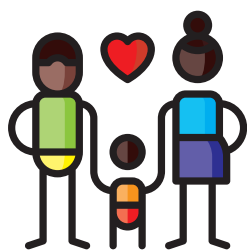
Problèmes	
Fortes disparités géographiques en matière d'accès à l'eau potable et des systèmes d'assainissement de qualité	
Causes intermédiaires	- Faible couverture en points d'eau de qualité et systèmes d'assainissement amélioré pour certains ménages - Faiblesse des moyens financiers de certains ménages, ce qui ne leur permet pas de payer l'eau desservie par les systèmes AEP - Fort recours à des puits traditionnels pour certains ménages afin d'assurer leur consommation en eau de boisson du fait de la qualité de l'eau desservie par les forages
Causes sous-jacentes	- l'absence de système d'adduction d'eau potable et de moyens pour la construction de systèmes d'assainissement amélioré - le niveau de pauvreté de certains ménages fait que le paiement de l'eau constitue une charge financière supplémentaire, ce qui justifie le choix à des sources d'eau non améliorée - les fortes teneurs en sel et en fluor poussent certaines personnes à délaisser les forages et avoir recours aux puits, d'autant plus que le coût de l'eau issue des systèmes de traitement est assez onéreux
Causes structurelles	- Insuffisance des programmes d'accès à l'eau potable et à des systèmes améliorés au niveau de certaines zones du pays - Méconnaissance du lien eau de qualité/hygiène et santé par une frange de la population - Nature de la nappe et les moyens financiers que requiert le système de transfert d'eau limite le niveau de couverture en eau de qualité pour certaines zones



ETATS ET TENDANCES DES SECTEURS DE LA PROTECTION DE L'ENFANCE



4 | ETATS ET TENDANCES DES SECTEURS DE LA PROTECTION DE L'ENFANCE



ETAT ET TENDANCE EN PROTECTION DE L'ENFANT

Conformément à la Convention relative aux droits de l'enfant et à la Charte Africaine des Droits et du Bien-être de l'Enfant (CADBE), que l'Etat du Sénégal a ratifiées, toutes les filles et tous les garçons sur l'ensemble du territoire national ont le droit d'être protégés contre la négligence, la violence, les abus, l'exploitation, ainsi que les différentes pratiques traditionnelles néfastes à leur santé et leur développement. Autrement dit, l'Etat s'est engagé à prévenir les situations de risques pour les enfants et à s'assurer que chaque enfant victime reçoit toute l'assistance dont il a besoin pour sa réhabilitation physique, émotionnelle et sociale. Cet engagement est aujourd'hui d'autant plus fort que pour la première fois, la protection contre différentes formes de violence, abus et pratiques à l'encontre des enfants constituent des Objectifs de Développement Durable (ODD) clairs et précis comme indiqué dans le tableau ci-après.

Tableau 11 : ODD se référant à la protection des enfants

OBJECTIFS DE DÉVELOPPEMENT DURABLE

Objectif 5 : Parvenir à l'égalité des sexes et autonomiser toutes les femmes et les filles

5.2 Eliminer de la vie publique et de la vie privée toutes les formes de violence faite aux femmes et aux filles, y compris la traite et l'exploitation sexuelle et d'autres types d'exploitation

5.3 Eliminer toutes les pratiques préjudiciables, telles que le mariage des enfants, le mariage précoce ou forcé et la mutilation génitale féminine

Objectif 8 : Promouvoir une croissance économique soutenue, partagée et durable, le plein emploi productif et un travail décent pour tous

8.7 Prendre des mesures immédiates et efficaces pour supprimer le travail forcé, mettre fin à l'esclavage moderne et à la traite d'êtres humains, interdire et éliminer les pires formes de travail des enfants y compris le recrutement et l'utilisation d'enfants soldats, et, d'ici à 2025, mettre fin au travail des enfants sous toutes ses formes.

Objectif 16 : Promouvoir l'avènement des sociétés pacifiques et inclusives aux fins du développement durable, assurer l'accès de tous à la justice et mettre en place, à tous les niveaux, des institutions efficaces, responsables et ouvertes à tous

16.2 Mettre un terme à la maltraitance, à l'exploitation et à la traite et à toutes les formes de violence et de torture dont sont victimes les enfants

16.9 D'ici à 2030, garantir à tous une identité juridique, notamment grâce à l'enregistrement des naissances

Source : Rapport sur les Objectifs de Développement Durable (ODD) 2016/Nations unies

ETATS ET TENDANCES DES SECTEURS DE LA PROTECTION DE L'ENFANCE I 4

ELEMENTS DE CONTEXTE POLITIQUE

Le Sénégal a adopté en Décembre 2013 une Stratégie Nationale de Protection de l'Enfant (SNPE) qui s'articule autour de deux objectifs stratégiques : i) mise en place d'un système national intégré de protection ; ii) appui et promotion au changement social positif.

Un nouveau plan d'action national 2016-2018 est adopté dans le même sillage que le précédent. A cet effet, un budget d'un montant de six milliards cinquante-six millions quatre-vingt-onze mille six cent dix francs CFA (6 056 091 610 Frs) est prévu. Ce plan d'action vis à : i) améliorer le cadre légal, institutionnel et partenarial de protection des enfants au Sénégal ; ii) mettre en place un système fonctionnel de coordination et de suivi-évaluation ; iii) renforcer les capacités des services de protection et des intervenants (infrastructures, équipements et logistiques) ; iv) promouvoir les droits de l'enfant et le changement social ; v) renforcer la participation des enfants dans tous les processus de décisions les concernant.

Les efforts de l'Etat dans la prévention et la réponse aux problématiques de protection de l'enfant sont aussi perceptibles au niveau de certains programmes ciblés, dont notamment :

- le Plan national d'action pour éliminer la mendicité des enfants (2013–2015) ;
- le programme concernant la réforme et la réglementation des daaras (2013) ;
- le Plan d'action national de lutte contre la traite des personnes (2012–2014).
- le Plan d'action national concernant la réforme légale pour l'incrimination des châtiments corporels et de toutes formes de violences faites aux enfants ;
- le Plan cadre national de lutte contre le travail des enfants 2012-2016 ;
- le Programme conjoint UNFPA-UNICEF pour l'accélération de l'abandon des Mutilations Génitales Féminines/Excision (MGF/E) (2014-2017)

ELEMENTS DE CONTEXTE INSTITUTIONNEL

Sur le plan institutionnel, en septembre 2017, un nouveau Ministère en charge de la coordination de l'action gouvernementale de Protection de l'enfance a été créé- le Ministère de la Bonne Gouvernance et de la Protection de l'enfant. De nombreux départements ministériels, Directions et agences ont vocation à intervenir dans le domaine de la protection de l'enfant, et quelques un/unes ont un mandat et/ou des responsabilités particulières de protection de l'enfance, tandis que la tutelle des services déconcentrés ayant mission de protection est variable. Le chevauchement ou l'absence de clarté de certaines missions des institutions et structures centrales comme déconcentrées a été relevé par le Comité des Droits de l'enfant qui recommande de les passer en revue et de les clarifier.

De façon synthétique, les missions principales en lien avec la protection de l'enfant sont réparties entre :

- le Ministère de la Bonne Gouvernance et de la Protection de l'enfant, avec notamment la Cellule d'Appui à la Protection de l'Enfance (CAPE) qui était initialement logée à la Présidence, et la Direction de la Promotion des droits de l'enfant ;
- le Ministère de la Femme, de la Famille et du Genre avec la Direction de la Famille et de la Protection des Groupes Vulnérables ;
- le Ministère de la Santé et de l'Action sociale, avec notamment la Direction Générale de l'Action Sociale ;

4 | ETATS ET TENDANCES DES SECTEURS DE LA PROTECTION DE L'ENFANCE

- le Ministre de la Justice, avec notamment la Direction de l'Education Surveillée et de la Protection Sociale (DESPS) chargée de la prévention, de l'assistance, de la protection de l'enfance, de la médiation familiale, de la formation professionnelle et de la réinsertion socioprofessionnelle des enfants en conflit avec la loi et des enfants en danger âgés de moins de 18 ans et de jeunes majeurs âgés de 18 à 21 ans ;
- le Ministère en charge du travail qui coiffe la Cellule de Coordination de la lutte contre le travail des enfants ;
- les directions et services du Ministère de l'Intérieur, du Ministère de l'Education nationale, et du Ministère en charge de la Santé ont vocation à prendre des mesures en matière de protection de l'enfant mais n'ont pas le mandat spécialisé de la protection ;
- le Ministère de l'Economie, des Finances et du Plan en charge de la coopération entre le Gouvernement et les partenaires techniques et financiers (UNICEF) en matière d'enfance ;
- le Centre National de l'état civil qui est abrité par le Ministère de la Gouvernance territoriale, du Développement et de l'Aménagement du territoire.

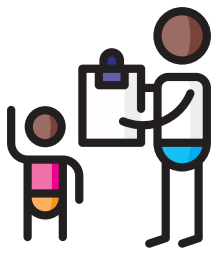
Parallèlement, les réseaux des parlementaires, les organisations de la société civile, les ONG internationales sont mobilisées sur des actions d'appui et de plaidoyer.

En termes de coordination, plusieurs dispositifs chargés de piloter et de coordonner la mise en œuvre et le suivi de politiques plus ou moins ciblées et de programmes concourant à une meilleure protection de l'enfance existent au niveau central, avec des niveaux d'ancrage institutionnels et de fonctionnalité variés :

- le comité intersectoriel national de protection de l'enfant ;
- le comité intersectoriel national contre le travail des enfants ;
- le comité technique national sur les MGF ;
- le comité de pilotage de la Stratégie Nationale de lutte contre les Violences Basées sur le Genre (SNVBG).

Au niveau déconcentré, outre l'organisation institutionnelle des services de prestations, des Comités Départementaux de protection de l'enfant (CDPE) présidés par les préfets et chargés de coordonner les interventions de PE, ont été progressivement mis en place au niveau des départements (38/45), avec un mandat de coordination et de suivi des interventions de protection de l'enfant dans les territoires. Une dynamique d'installation de plateformes départementales et régionales en VBG a été lancée.





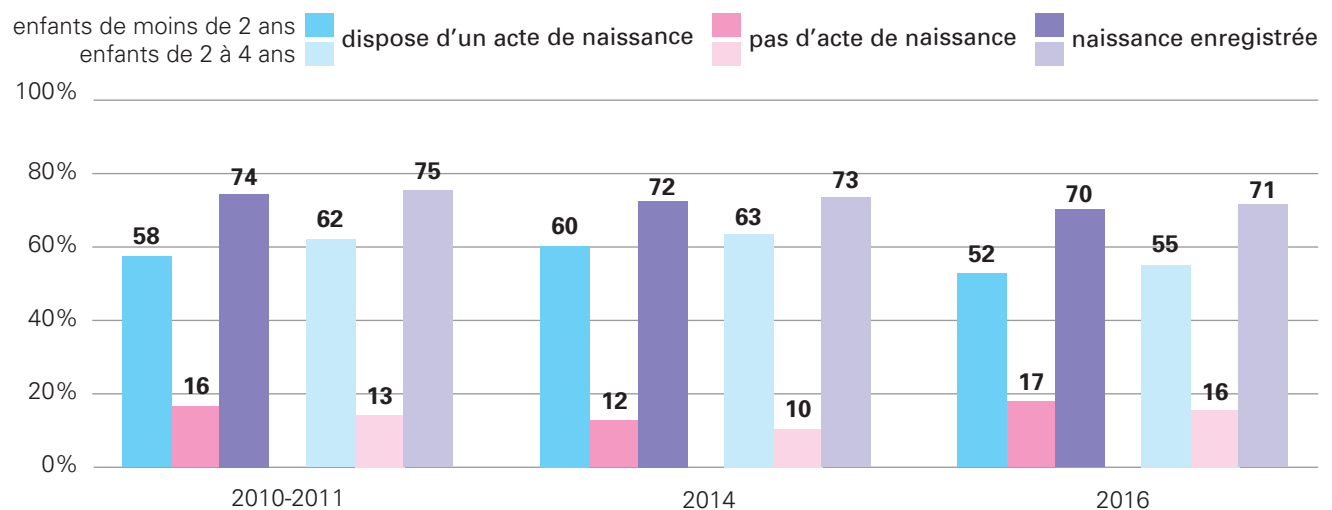
II. LE NON-ENREGISTREMENT À L'ÉTAT CIVIL

2.1 Situation et tendances

L'enregistrement de la naissance d'un enfant à l'état civil conditionne son existence juridique, qui a son tour détermine son identité officielle et sa nationalité, ses chances de faire des études, d'accéder aux dispositifs de protection sociale, de bénéficier de la protection judiciaire due aux mineurs, de circuler hors des frontières, de s'insérer dans la vie économique et citoyenne une fois adulte. Outre la réalisation d'un droit individuel, l'enregistrement à l'état civil pose les bases de la gouvernance démocratique, ainsi que de la planification des politiques publiques.

Au Sénégal, l'enregistrement des naissances constitue une obligation légale et est consacré par l'article 33 du Code de la Famille. Sur le plan international, cette obligation s'inscrit dans le cadre de la Convention Internationale des Nations unies (1989) relative aux droits de l'enfant qui stipule dans son article 7 que « l'enfant est enregistré aussitôt sa naissance et a dès celle-ci le droit à un nom, le droit d'acquérir une nationalité et, dans la mesure du possible, le droit de connaître ses parents et d'être élevé par eux ». Elle est également consacrée par l'objectif 16.9 des ODD qui stipulent que « d'ici à 2030, garantir à tous une identité juridique, notamment grâce à l'enregistrement des naissances ».

Graphique 19 : Taux d'enregistrement des enfants de moins de 2 ans et des enfants de 2-4 ans

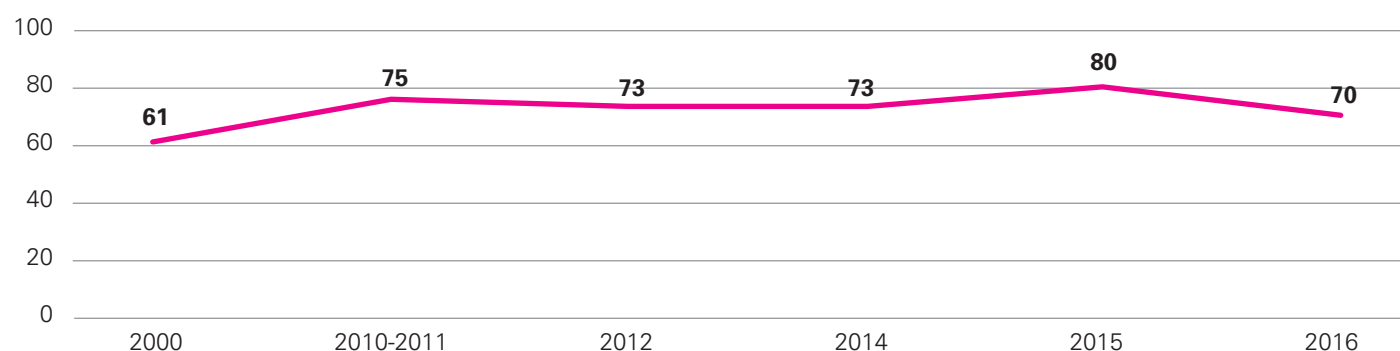


Sources : EDS-MICS 2010-2011 ; EDS continue 2014 et 2016

Selon les résultats de l'EDS-continue 2016, 70,4% des enfants de moins de 5 ans ont été enregistrés à l'état civil. Par conséquent, 30% des enfants de moins de 5 ans aujourd'hui au Sénégal, quelque soit leur genre, n'ont pas leur existence officielle reconnue. Les graphiques ci-dessus relatifs au taux d'enregistrement des enfants montrent, d'une façon générale, que peu de progrès ont été accomplis en matière d'enregistrement des naissances à l'état civil depuis 2011, avec une tendance même régressive (70% des enfants de moins de 5 ans enregistrés contre 75% en 2010), comme l'indique le graphique suivant.

4 I ETATS ET TENDANCES DES SECTEURS DE LA PROTECTION DE L'ENFANCE

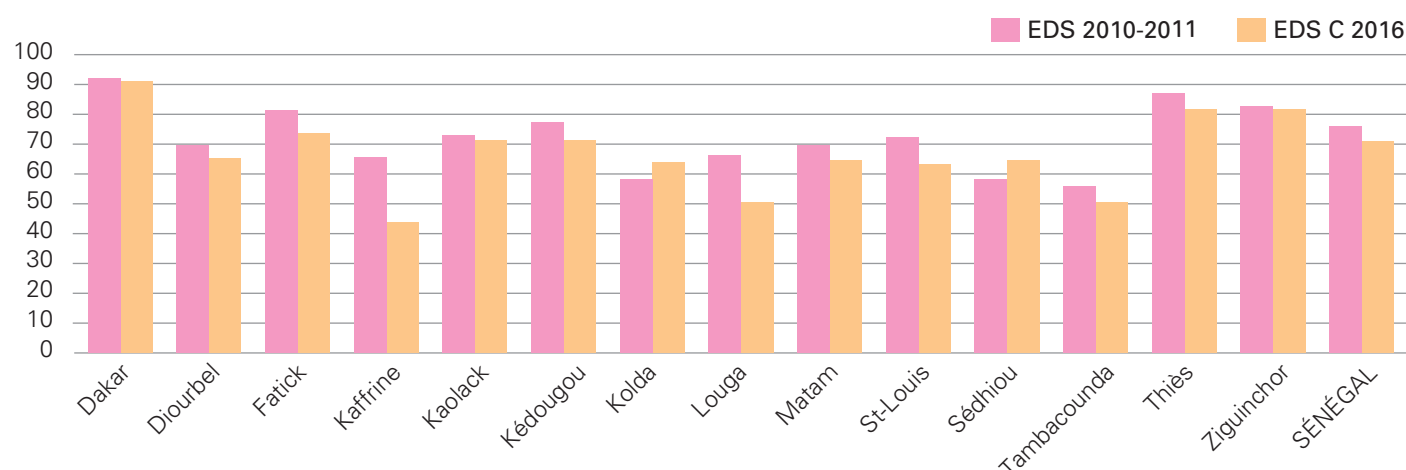
Graphique 20 : Taux d'enregistrement des enfants de moins de 5 ans



Sources : EDS

Ces mêmes tendances sont observées au niveau régional. La lecture du graphique ci-après montre que seules les régions de Kolda et Sédhiou (en jaune) ont fait des progrès dans l'enregistrement des naissances depuis 2011, même si leur taux de non enregistrement reste encore élevé (entre 36 et 37%).

Graphique 21 : Evolution de l'enregistrement des naissances des enfants de moins de 5 ans à l'état civil, par région (%)

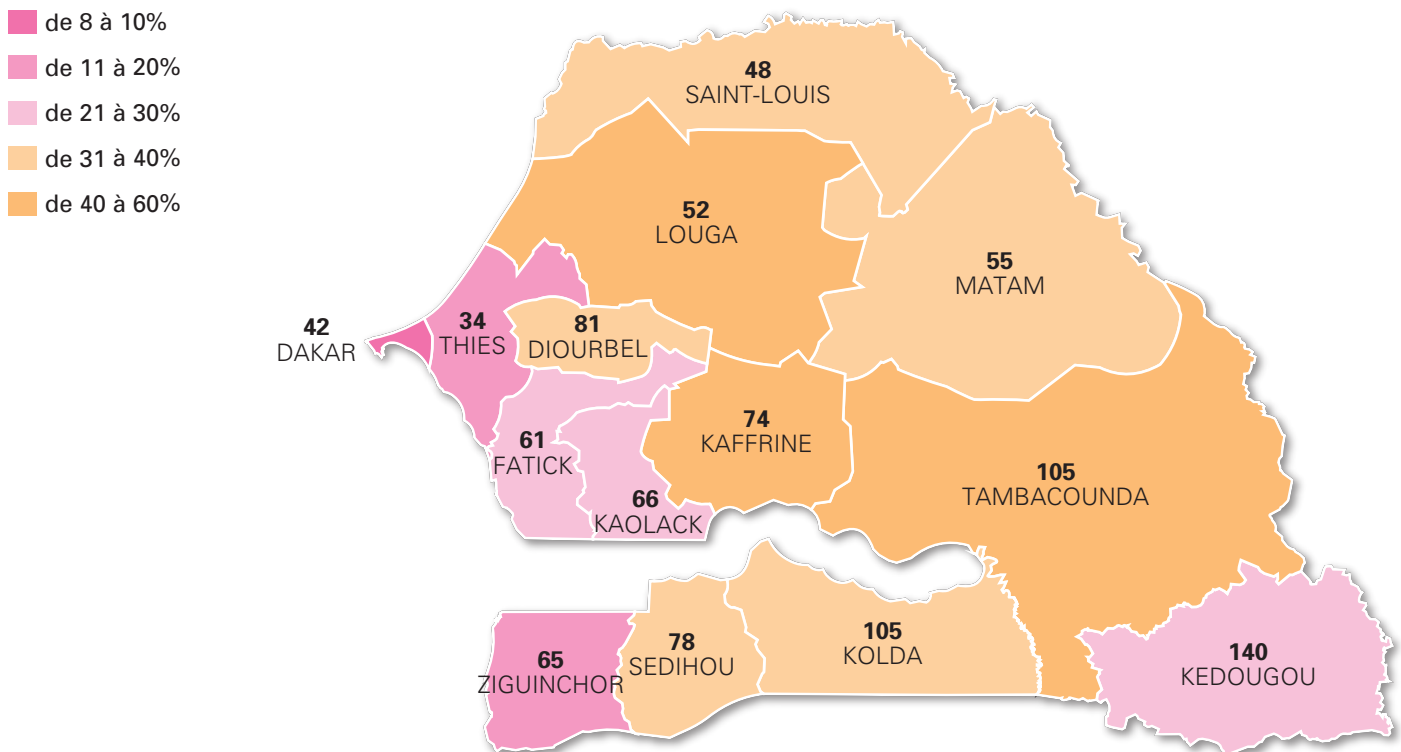


Sources : ANSD, EDS MICS 2010-2011; EDS- C 2016

Le taux national d'enregistrement des naissances à l'état civil cache de grandes disparités régionales. Ainsi, les chances pour un enfant né au Sénégal d'être enregistré à l'état civil sont loin d'être les mêmes partout. En effet, dans trois régions, plus de la moitié des enfants ne sont pas enregistrés à l'état civil (Tambacounda, Kaffrine, Louga), tandis que plus d'un tiers des enfants dans 5 autres régions sont également exclus du droit à une identité officielle (Sédhiou, Kolda, Matam, Djourbel, Saint Louis).

ETATS ET TENDANCES DES SECTEURS DE LA PROTECTION DE L'ENFANCE I 4

Carte 12 : Taux de non enregistrement des naissances



Source : EDS continue 2016

En outre, l'analyse spatiale des statistiques sur l'enregistrement des naissances a montré que le milieu de résidence a une influence directe sur le taux d'enregistrement des naissances à l'état-civil. En milieu urbain, le taux d'enregistrement est de 87,2% contre 60,5% en milieu rural. Les enfants les plus pauvres ont deux fois moins de chance (47%) que les enfants des ménages les plus aisés d'être enregistrés à l'état civil (94%) et aussi de disposer d'un extrait de naissance (37,6% contre 67,3%). Parallèlement, les enfants des ménages les plus pauvres ont deux fois moins de chance d'être enregistrés à l'état civil que les enfants des ménages les plus aisés.

Tableau 12 : Enregistrement des naissances des enfants de moins de 5 ans à l'état civil (%) selon certaines caractéristiques pour les cinq dernières années

	Années	2010	2012	2014	2015	2016
	Total	74,6	73	72,7	80,4	70,4
Genre	Garçons	75	74,1	74,7	80,2	71,5
	Filles	74,2	71,9	70,7	80,7	69,2
Milieu	Urbain	89,3	91,4	87,1	86,2	87,2
	Rural	65,9	63,7	62,5	77,2	60,5

4 I ETATS ET TENDANCES DES SECTEURS DE LA PROTECTION DE L'ENFANCE

	Années	2010	2012	2014	2015	2016
Quintiles de bien-être économique	Le plus pauvre	50,4	46	50,8	80,3	47,2
	Second	71,7	66,3	65,5	76,8	64,7
	Moyen	79,9	81,4	77,7	80,1	76
	Quatrième	87,5	90,6	89	80,4	86,1
	Le plus riche	93,5	94,1	93,2	86,1	94,1

Sources: ANDSD, MICS II 2000: EDS MICS 2010-2011: EDS – C 2012-2013: EDS- C 2014 EDS- C 2015 EDS- C 2016

Cependant, même lorsque les enfants sont enregistrés, nombreux sont ceux qui ne peuvent pas fournir la preuve de leur existence car ne disposant pas d'un acte de naissance. La proportion d'enfants ne disposant pas d'un acte de naissance a évolué légèrement négativement entre 2010 et 2016, et diffère un peu selon les groupes d'âges. En effet, durant la période 2011-2016, le taux moyen est de 15% pour la tranche des moins de 2 ans et 13% pour la tranche des 2 à 4 ans.

Avec l'appui de l'Union Européenne, l'Etat du Sénégal a conduit un Programme de Modernisation de l'Etat civil (PAMEC) articulé autour des axes suivants : amélioration du dispositif de gouvernance de l'état civil ; amélioration de l'information et des connaissances sur l'état civil ; sécurisation du patrimoine de l'état civil. Ce programme, complété avec d'autres projets et initiatives appuyées par les partenaires au développement, y compris l'UNICEF, s'est traduit notamment par :

- l'élaboration d'un plan national de communication, pour l'enregistrement des faits d'état civil ;
- la réalisation de nombreuses études : diagnostic du système d'état civil, étude sur l'informatisation, etc. ;
- la numérisation des actes d'état civil sur l'ensemble du territoire national ;
- l'informatisation d'une centaine de centres d'état civil, y compris les équipements et l'installation d'un logiciel de gestion de l'état civil (HERA) ;
- des opérations de régularisation des enfants non déclarés à l'état civil, en particulier des élèves en dernière année de cycle primaire ;
- le rapprochement des services d'état civil avec l'installation de dispositifs d'appui à la déclaration des naissances à l'état civil au sein des structures sanitaires. A cet égard, les deux régions où le taux d'Enregistrement des naissances a progressé depuis 2010 sont celles où les structures sanitaires ont été engagées et soutenues pour jouer un rôle proactif dans la déclaration des naissances à l'état civil en étroite collaboration avec les services d'état civil.

Malgré les efforts menés, des défis importants restent encore à relever pour améliorer l'enregistrement des naissances, en particulier en termes de :

- stimulation de la demande d'état civil (motivation et information des parents, engagements et mécanismes communautaires) ;
- renforcement de l'accessibilité et de la qualité des services d'état civil, y compris le renforcement du rôle des structures sanitaires ;
- mise en place de dispositifs permanents de régularisation des enfants âgés de plus d'un an ;
- renforcement du cadre politique et programmatique, coordination, supervision, contrôle, production de données de routine.

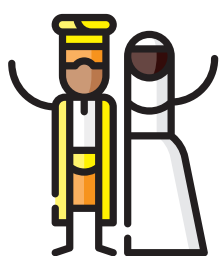
ETATS ET TENDANCES DES SECTEURS DE LA PROTECTION DE L'ENFANCE I 4

2.2 Analyse causale

Le non enregistrement à l'état civil s'explique par des causes multiples comme indiqué dans le tableau ci-après :

Causes intermédiaires	- Ignorance et faible motivation des parents à déclarer leurs enfants - Inaccessibilité des services d'état civil - Qualité des services d'état civil
Causes sous-jacentes	- Absence de motivation et d'intérêt des parents pour l'enregistrement à l'état civil - Méconnaissance par les parents des délais et procédures de déclaration - Pratiques discriminatoires de l'accès des femmes à l'état civil - Déficit d'engagement des auxiliaires de l'état civil dans les villages et quartiers - Effet contre-productif des régularisations - Déconnection entre le baptême et l'état civil - Faible implication des leaders religieux - Limites mécanismes communautaires de suivi des déclarations - Absence de campagnes nationale de communication/information - Insuffisance de services secondaires d'état civil - Rôle limité des agents de santé dans l'enregistrement - Ruptures ou indisponibilité de registres, extraits et cahiers état civil - Absence de sanctions à l'endroit des déclarants - Absence de pièces d'état civil des parents - Méconnaissance des procédures - Déficit de procédures et outils clairs - Conservation et sécurité des archives de l'état civil - Statut des agents de l'état civil - Inaccessibilité des services d'état civil - Déficit de mécanismes pérennes de régularisation - Absence de Systèmes de collecte et de gestion de données de routine sur les faits d'EC - Insuffisance de contrôle par la justice - Lacunes de la loi /Réglementation - Informatisation limitée des services d'état civil - Absence de mécanismes de suivi de l'activité des services
Causes structurelles	- Fréquentation variable des services de santé - Faibles capacités de planification et de gestion de l'état civil - Absence de partenariat intersectoriel - Fonctionnalité et Mécanisme de coordination et de suivi interministériels - Insuffisance des ressources budgétaires dédiées à l'état civil par les collectivités locales et l'Etat - Analphabétisme des populations - Discrimination de genre dans la déclaration - Politisation de l'Etat civil - Absence d'une stratégie nationale pour l'enregistrement des faits de l'état civil et la gestion des données d'état civil

4 | ETATS ET TENDANCES DES SECTEURS DE LA PROTECTION DE L'ENFANCE



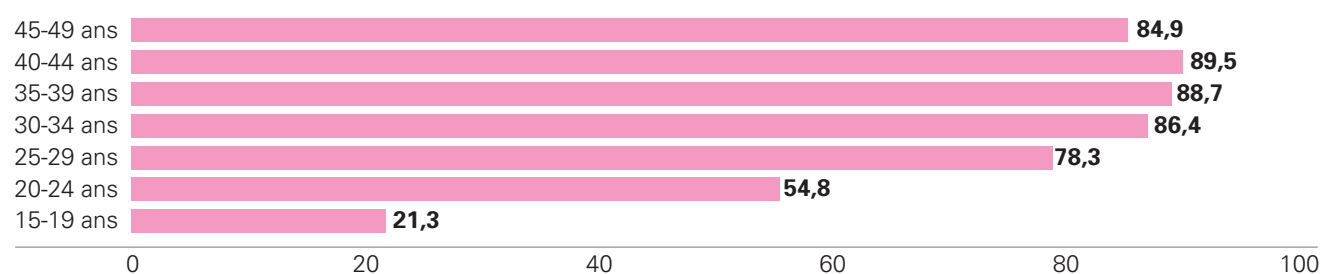
PRATIQUES TRADITIONNELLES NÉFASTES

3.1 Les mariages d'enfant

Le mariage, institution sacrée dans la plupart des sociétés traditionnelles, demeure encore le cadre socialement prescrit de la procréation. Il est réglementé par le Code de la famille qui fixe l'âge minimum à 16 ans pour les filles et 18 ans pour les garçons. Ces dispositions, déjà en deçà des engagements internationaux du Sénégal pour ce qui concerne l'âge minimum pour les filles, sont loin d'être respectées au niveau des communautés et familles, avec les mariages d'enfants célébrés parfois à partir de 12 ans.

L'âge d'entrée en union des femmes est assez précoce, dans certaines parties du pays où les enfants sont mariés à partir de 12 ans. Les résultats du RGPHAE 2013 montrent que 1,4% des garçons et 3,7% des filles de 12-14 ans ont été déjà mariés. En outre la lecture du graphique ci-après montre qu'en 2015, 21,3% des adolescentes de 15-19 ans sont en union et plus de la moitié des femmes (54,8%) de 20-24 ans sont déjà mariées.

Graphique 22 : Pourcentage de femmes en première union avant d'atteindre l'âge de 15 ans



Source : EDS-continue, 2015

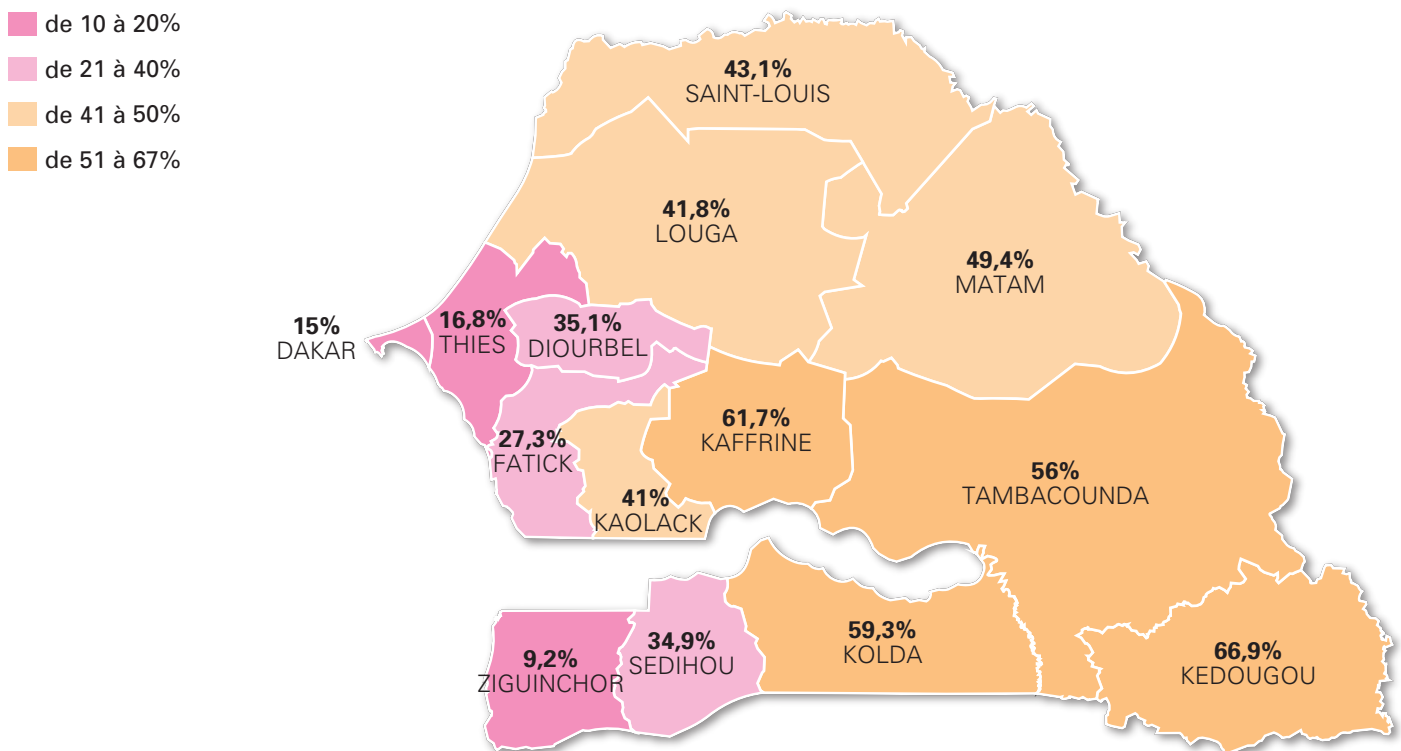
Cependant la prévalence nationale du mariage d'enfants avant l'âge de 15 ans a fortement diminué dans le temps. Alors que 15,1% des femmes de 20-49 ans étaient mariées avant l'âge de 15 ans selon l'EDS MICS 2010-2011, elles sont aujourd'hui 9,6% à être victimes de mariage d'enfants (EDS-C 2015).

En revanche pour les moins de 18 ans, la baisse est assez légère, elle est passée de 38,4% (EDS MICS 2010-2011) à 36,4% (EDS-C 2015).

Le taux national de mariages d'enfants cache de grandes disparités entre les régions, comme l'indique la carte ci-dessous. Ainsi dans les régions de Kédougou, Kaffrine, Kolda, Tambacounda, ce sont environ trois filles sur cinq qui sont victimes de mariage d'enfants. Cette proportion atteint 66% à Kédougou.

ETATS ET TENDANCES DES SECTEURS DE LA PROTECTION DE L'ENFANCE I 4

Carte 13 : Mariage d'enfants % des femmes de 20-24 ans dans une union



Source : UNICEF

Certaines caractéristiques socio-économiques influent sur l'âge de la première union. Les résultats de l'EDS-C 2015 montrent qu'en milieu rural, les femmes se marient plus jeunes que celles du milieu urbain (22 ans contre 18,1 ans parmi les femmes de 25-49 ans). De même, l'âge d'entrée en union varie fortement sous l'influence du niveau d'instruction : l'âge médian passe de 18,2 ans chez les femmes sans instruction à 20,9 ans chez celles de niveau primaire. Enfin, l'âge médian à la première union augmente avec le niveau de bien-être, et il est particulièrement élevé chez les femmes appartenant aux ménages du quintile le plus élevé (23,6 ans contre 17,3 ans chez les femmes dont le ménage est classé dans le quintile le plus bas).

Le mariage d'enfant n'est pas sans conséquences physiques pour les jeunes filles avec le risque de grossesse et de maternité précoces avant même que la fille ne soit physiquement et psychologiquement prête. Par ailleurs, les adolescentes sont plus vulnérables aux infections sexuellement transmissibles, y compris le VIH/SIDA. En outre une fois mariée, les jeunes filles sont souvent obligées d'arrêter leurs études.

L'engagement dans une union polygame augmente avec l'âge mais elle n'épargne pas les enfants mariés : 14,3% des filles de 15-19 ans sont engagées dans une union polygame.

4 | ETATS ET TENDANCES DES SECTEURS DE LA PROTECTION DE L'ENFANCE

La réponse apportée au problème du mariage d'enfants s'inscrit dans le cadre principalement tracé par la Stratégie Nationale de Protection de l'enfant mais aussi par la Stratégie nationale de lutte contre les violences basées sur le genre (VBG). De façon spécifique, le Gouvernement du Sénégal s'est engagé à intensifier ses efforts pour mettre fin au mariage d'enfants en lançant en juin 2016 la campagne de l'Union Africaine sur le mariage d'enfant. Des initiatives nationales sont en cours, appuyées par les partenaires, pour développer un plan d'action national pour l'élimination du mariage d'enfant et un plan national de communication adaptée. La réponse aux cas de mariage d'enfants détectés est soutenue par les réseaux locaux de protection, organisés à travers les Comités Départementaux de protection de l'enfant et les mécanismes communautaires de protection (CVPE/CQPE), articulés autour des services sociaux de protection en liaison avec les services de sécurité et de justice.

Dans certaines zones, avec l'appui des partenaires, les établissements scolaires ont mis en place des dispositifs d'alerte et de veille (CAVE) soutenus par les élèves et les enseignants, destinés à alerter sur les cas d'abandon scolaire et/ou les risques d'abus, violences, exploitation, pratiques néfastes, affectant les élèves.

3.2 Les Mutilations génitales féminines/excisions

Les Mutilations Génitales Féminines/Excision (MGF/E) qui sont assimilables à une violation du droit à l'intégrité physique et sexuelle des filles, constituent une discrimination et une violation des droits fondamentaux de la femme. Au Sénégal, bien qu'interdit par la Loi n°99-05 du 29 janvier 1999 et malgré l'adoption d'un plan national pour l'abandon de l'excision (2010-2015), encore une fille âgée de 15-19 ans sur cinq est excisée (22,7%) et 23% des femmes de 15-49 ans ont déclaré, dans l'EDS-C 2016, avoir été excisées. 4% des filles de moins de 15 ans qui ont été excisées ont eu le vagin fermé et cousu. L'excision est pratiquée en général avant l'âge de cinq ans (13% chez les filles).

La pratique des mutilations génitales féminines/Excision a peu évolué au cours de ces trente dernières années. Ainsi, la proportion de filles de 15-19 ans excisées est descendue de 26% en 1985 à seulement 21% en 2015. Et si la tendance reste la même, l'excision serait encore autour de 19% à l'horizon 2030. Parallèlement, le nombre de filles touchées par l'excision augmenterait à 241.000 du fait de la croissance démographique.

L'excision est pratiquée très tôt dans la vie de la fille, bien avant la puberté. 83% des femmes de 15-19 ans excisées le sont avant l'âge de 10 ans, et près de 90% avant l'âge de 15 ans. Quelle que soit la période considérée (2011 à 2016), il est constaté qu'en moyenne, 70% des femmes excisées l'ont été avant l'âge de 5 ans. Dans 13% des cas, l'excision est pratiquée entre 5-9 ans et pour environ 6% des femmes, elle a été pratiquée à l'âge de 10 ans et plus.

La prévalence de l'excision chez les filles est variable selon une pluralité de facteurs : milieu de résidence, ethnie, profil de la mère, niveau socioéconomique du ménage, etc. Pour ce qui est des ethnies, la proportion de filles excisées est plus élevée chez les Mandingues (34%), Puulars (33%) et les Soninkés (32%) alors qu'elle est de 0,2% chez les Wolofs, 0,3% chez les Sérères et 14,8% chez les Diolas. C'est dans les régions du Sud et du Nord, régions de forte prévalence, que les proportions de filles excisées sont les plus élevées (respectivement 43% et 24%).

La prévalence de l'excision des filles est nettement plus élevée quand la mère est excisée. La proportion de filles excisées est deux fois plus élevée en milieu rural qu'en milieu urbain (17% contre 8%). Le niveau d'instruction de la mère influe également sur la prévalence de l'excision chez les filles : il est plus élevé quand la mère n'a pas de niveau d'instruction que quand elle est instruite (17% contre 8% quand elle a le niveau primaire et 4% quand elle a le niveau moyen/secondaire ou plus).

ETATS ET TENDANCES DES SECTEURS DE LA PROTECTION DE L'ENFANCE I 4

La prévalence de l'excision des filles varie enfin selon le niveau socioéconomique avec 27,7% pour les ménages du quintile le plus bas et de 2,8% pour ceux du quintile le plus bas. La religion est également un facteur à l'origine de fortes variations : la prévalence de l'excision des filles est plus élevée chez les ménages s'étant déclarés de religion animiste (29,8%). Elle est de 13,8% chez les musulmans et de 3% chez les chrétiens.

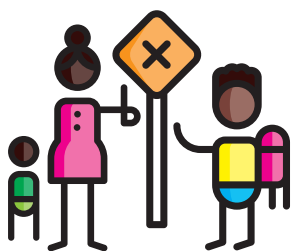
Globalement, selon l'EDS-C 2016, les femmes et les hommes ne sont pas favorables au maintien de la pratique de l'excision (80% dans les deux cas). Environ, huit femmes de 15-49 ans sur dix (80%) sont d'avis que la pratique de l'excision devrait être abandonnée alors que 17% souhaitent la conserver. Les attitudes vis-à-vis du maintien de l'excision varient selon les caractéristiques sociodémographiques des femmes : plus de la moitié des femmes excisées (52%) sont favorables au maintien de la pratique contre 3% parmi celles qui ne le sont pas. Les femmes de religion musulmane (17%), celles de l'ethnie Mandingue (42%), celles résidant dans les régions où cette pratique est répandue comme la zone Sud (47%) et en milieu rural (23%) soutiennent que l'excision est une pratique qui doit être perpétuée. Le refus de l'abandon de la pratique de l'excision est plus fréquemment observé chez les femmes sans niveau d'instruction (21%) mais aussi chez celles appartenant aux ménages du quintile le plus bas (34%).

Pour ce qui est de la justification de la pratique de l'excision, la majorité des femmes (81%) et des hommes (68%) ont déclaré, dans l'EDS-C 2016 que l'excision n'est pas une pratique exigée par la religion. C'est dans les ethnies et les régions où la pratique est la plus répandue que l'opinion selon laquelle l'excision est exigée par la religion est la plus fréquemment mentionnée : 31% des femmes et 27% des hommes dans les régions Sud ; 28% des femmes et 29% des hommes dans les régions Nord ; 32% des femmes et 31% des hommes de l'ethnie mandingue ; 30% des femmes et 33% des hommes de l'ethnie Puular. 39% des femmes excisées considèrent que pratiquer l'excision est en conformité avec leur religion contre 3% parmi celles qui ne le sont pas.

Face au défi, le Gouvernement du Sénégal a adopté une loi interdisant et pénalisant les MGF/E (loi n°99-05 du 29 janvier 1999), et des plans nationaux d'action pour l'abandon des MGF/E, respectivement en 2000-2005 et 2010-2015. La mise en œuvre de ces Plans a été soutenue notamment par l'UNICEF et l'UNFPA et d'autres partenaires, dans le cadre d'un programme global pour l'accélération de l'abandon des MGF/E.

Les interventions menées à ce jour ont été essentiellement localisées dans certaines zones, et focalisées sur des actions de communication de proximité, de mobilisation des communautés notamment à travers les leaders religieux, le renforcement de la capacité des acteurs, tant au niveau national (parlementaires, administrations centrales) que des services. Il s'agit en particulier de l'action sociale, de la santé, de la justice et de la sécurité, mais aussi des communautés, à prévenir et répondre lors d'un constat de MGF/E, etc. Au niveau local, les interventions ont ciblé les régions à forte prévalence comme Kolda, Sédhiou, Matam et Tambacounda.

4 | ETATS ET TENDANCES DES SECTEURS DE LA PROTECTION DE L'ENFANCE



IV. SÉPARATION FAMILIALE, MALTRAITANCE ET VIOLENCE

4.1 Séparation familiale, circulation des enfants en dehors de la sphère familiale, mobilité

La famille et les parents sont les premiers garants du bien-être et du développement de l'enfant. Au Sénégal en 2016, plus d'un enfant de moins de 18 ans sur dix (15%)²⁰, soit 995.000 environ, ne vit avec aucun de ses parents biologiques, même si dans la majorité des cas, les deux parents sont en vie (13%). Les filles sont légèrement plus exposées (17% d'entre elles) que les garçons (13%) au placement en dehors de la sphère parentale. Cette estimation ne prend pas en compte les enfants en internats dans les daara, car tirée des données d'enquête auprès de ménages (EDS 2016)

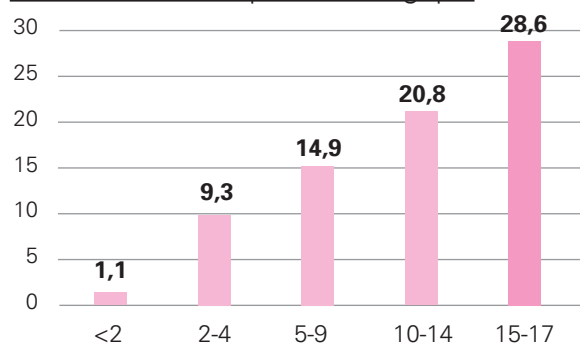
La circulation des enfants touche les enfants jeunes, avec 15% des enfants de moins de 10 ans qui sont séparés de leurs parents, et augmente avec l'âge : 20% des enfants âgés de 10-14 ans, et 28,6% pour la tranche d'âge 15-17 ans. Les enfants vivant sans leurs parents sont tout autant en milieu rural (14,9%) qu'en milieu urbain (15,8%), et dans les ménages les plus pauvres (11,9%) comme dans les ménages du quintile supérieur (16%). Le taux national cache des disparités importantes entre les régions. La région la plus touchée par le placement d'enfants hors de la cellule parentale est la région de Ziguinchor (27% des enfants ne vivent avec aucun des deux parents), suivie de Sédhiou (23,5%), Fatick (18%), Diourbel et Kaolack (15,6%), puis Matam (15%).

Une analyse plus approfondie des dynamiques de circulation et de placement, ainsi que le statut de ces enfants du point de vue éducatif, santé, travail, familial, serait nécessaire pour mesurer leur vulnérabilité spécifique. Cependant, le fait pour eux de vivre en dehors de la protection parentale les expose à des risques accrus d'abus, de violence, d'exploitation.

Aucune étude d'envergure n'a été réalisée sur la mobilité des enfants, en particulier des adolescents.

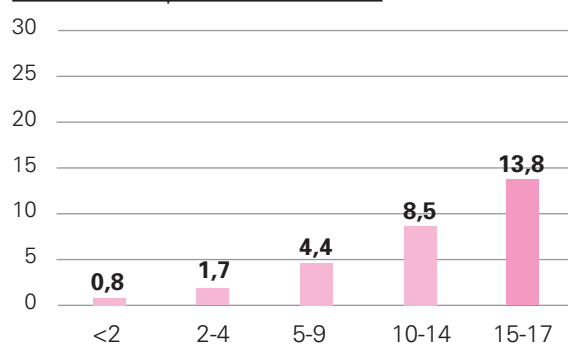
Il convient de noter que 29% des enfants de moins de 18 ans ne vivent qu'avec leur mère seulement, tandis que 3% vivent seulement avec leur père.

Graphique 23: Pourcentage d'enfants ne vivant avec aucun parent biologique



Source : EDS-continue, 2016

Graphique 24 : Pourcentage d'enfants avec un ou deux parents décédés

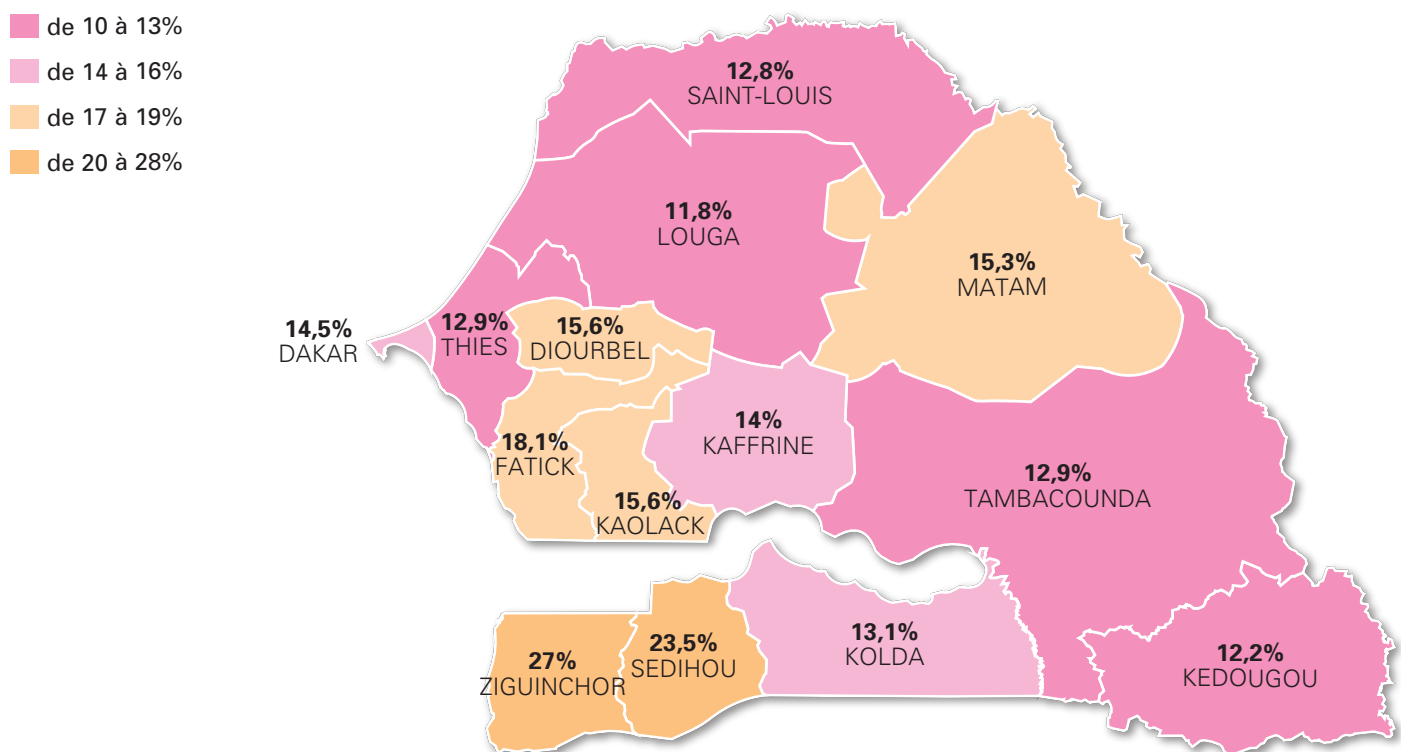


Source : EDS-continue, 2016

ETATS ET TENDANCES DES SECTEURS DE LA PROTECTION DE L'ENFANCE I 4

Au Sénégal, 6% des enfants de moins de 18 ans sont orphelins de père et/ou de mère. Le phénomène est plus marqué au Sud du pays où 9% des enfants ont perdu au moins un parent. La région de Ziguinchor arrive en tête avec 10,5% des enfants orphelins, suivie de Sédhiou (9,3%) et Kolda (8,3%). Le conflit armé qui a sévi au sud du pays pendant plus de trois décennies peut être un des facteurs explicatifs de ce phénomène.

Carte 14 : Pourcentage d'enfants de moins de 18 ans ne vivant avec aucun parent biologique



Source : EDS-continue, 2016

4.2 Les risques de maltraitance chez les enfants talibés

La démarche des parents de confier leur enfant à un marabout répondrait d'abord à une attente d'éducation particulière à laquelle le système éducatif étatique est jugé ne pas pouvoir répondre et/ou qui est affectée par des difficultés d'accès à des structures éducatives plus formelles - incluant ou non l'enseignement religieux. Néanmoins, ces placements mettent les enfants dans des conditions de vie souvent difficilement acceptables, et surtout dans une situation à fort risques d'abus, de violence et d'exploitation de nature à compromettre gravement leur survie, leur bien-être et leur développement.

4 | ETATS ET TENDANCES DES SECTEURS DE LA PROTECTION DE L'ENFANCE

Privés de l'affection et de la protection de leurs parents, à un âge qui est souvent très jeune (5 ans) géographiquement éloignés d'eux le plus souvent, les enfants talibés sont dans une dépendance totale vis-à-vis du marabout ainsi chargé de leur éducation. La confiance des parents, à laquelle certains associent aussi à la démission, notamment pour les parents pauvres libérés du devoir de subvenir aux besoins de leur enfant, donne une responsabilité et une toute puissance au Marabout vis-à-vis de l'enfant. Selon un certain adage, les parents diraient au marabout : « Tu lui apprends le Coran ou tu me ramènes ses os ».

La mendicité touche principalement les garçons et trouve notamment racine dans une pratique éducative religieuse qui consiste à confier son enfant à un marabout pour qu'il lui enseigne le Coran. Parallèlement, l'aumône occupe une place importante dans le système de représentations et dans les imaginaires socioreligieux au Sénégal. Le quotidien de ces enfants en haillons, pieds nus, assignés à mendier dans la rue est devenu une réalité banalisée, qui offusque l'opinion publique ou occupe les médias sous l'angle des faits divers relatifs à des cas de traitements particulièrement cruels, voire mortels.

Le nombre total d'enfants en situation de mendicité sur l'ensemble du territoire national reste à ce jour méconnu. L'exposition des enfants à la mendicité forcée est étroitement associée à la situation des enfants talibés et des daaras. Plusieurs études ont été menées en 2010²¹, 2014²² et 2016²³ sur la situation des enfants talibés dans les daaras. Les statistiques dans ce domaine sont variables, mais toutes indiquent une forte proportion d'enfants talibés exposés à la mendicité, et cela pendant de nombreuses heures.

Selon l'enquête menée par le MEN en 2010²⁴, parmi les enfants talibés dans les daaras de quatre régions (Dakar, Saint Louis, Matam, Louga), 44,5% pratiquent la mendicité chaque jour. Cette proportion varie de 38% à Louga, 40% à Dakar, 45% à Saint Louis, à 55% à Matam. Plus de la moitié des daara de la région de Dakar (52%) sont de Type 1 (enseignement du Coran), tandis que 32% sont de Type 2 (Coran+arabe), 6% de type 3 (Coran+français), 8% de type 4 (Coran, arabe, français)²⁵.

Selon l'étude menée par la CNLTP en 2014²⁶, dans la région de Dakar, où 1006 daaras ont été répertoriées, avec un effectif de 54.837 talibés, dont 69% de garçons (38 079) et 31% de filles (16 758), 53% pratiquent la mendicité chaque jour, et 91% de ceux-ci y consacrent plus de cinq heures par jour.

L'étude réalisée à la fois au Sénégal et en Guinée Bissau sur la problématique de la mendicité des enfants talibés par Humann Right Watch²⁷ renseigne sur les principales zones pourvoyeuses de la mendicité des talibés, ainsi que sur le nombre d'enfants impliqués dans la mobilité et victimes d'abus et de maltraitance. Le Rapport indique qu'au Sénégal au moins 50 000 talibés, sur un total de plusieurs centaines de milliers de garçons fréquentant des écoles coraniques, sont forcés à mendier par leurs professeurs dans une optique d'exploitation et sont soumis à des conditions qui s'apparentent à de l'esclavage.

Selon l'enquête menée par Humann Right Watch, les marabouts des daaras urbains exigent des talibés qu'ils ramènent une somme d'argent spécifique chaque jour qui peut varier de 250 à 1000 FCFA en plus du sucre et du riz.

21. Étude de la situation de référence, 2010, MEN Projet Education de Base

22. Cartographie des écoles coraniques de la région de Dakar, 2014, Cellule Nationale de Lutte contre la Traite des Personnes, en particulier les Femmes et les Enfants (C.N.L.T.P)

23. « Sur le dos des enfants », Mendicité forcée et autres mauvais traitements à l'encontre des talibés au Sénégal, H U M A N R I G H T S W A T C H, 2016

24. MEN, 2010. Opcit

25. CNLTP, 2014. Opcit

26. CNLTP, 2014. Opcit

27. « Sur le dos des enfants », op.cit.

ETATS ET TENDANCES DES SECTEURS DE LA PROTECTION DE L'ENFANCE I 4

Tableau 13 : Produits de la mendicité forcée des enfants : Sommes exigées par les marabouts de quatre daaras représentatifs

Lieu	Nombre de talibés	Quota journalier par talibé	Total hebdomadaire exigé des talibés	Total annuel exigé par le marabout
Thiès	~20	250 CFA, riz et sucre facultatifs	35 000 CFA (76 \$)	1 820 000 CFA (~4 000 \$)
Saint-Louis	28	300 CFA et ½ kg de riz	58 800 CFA (128 \$) ; 98 kg de riz, d'une valeur de 39 000 CFA (85 \$)	5 085 600 CFA (~11 000 \$)
Dakar	~60	Vendredi, 1 000 CFA ; autres jours, 300 CFA ; chaque jour, 2 kg de riz et 20 morceaux de sucre	168 000 CFA (365 \$) ; 840 kg de riz, d'une valeur de 336 000 CFA (730 \$) ; et 8 400 morceaux de sucre, d'une valeur de 28 000 CFA (61 \$)	27 664 000 CFA (~60 000 \$)
Guédiawaye	150+	Vendredi, 750 CFA ; dimanche, repos ; autres jours, 500 CFA ; tous les jours sauf le dimanche, 1 ou 2 kg de riz (selon l'âge), sucre facultatif	487 500 CFA (1 060 \$) ; 1 350 kg de riz, d'une valeur de 540 000 CFA (1 174 \$)	53 430 000 CFA (~116 000 \$)

Source : Humann Right Watch 2010

Parallèlement à la mendicité, certains enfants effectuent d'autres activités lucratives consistant en de petits métiers comme le port de bagages, l'aide domestique (nettoyage, balayage, courses), le dépôt d'ordures ménagères. Dans certaines villes comme Saint-Louis, les talibés représentent un important maillon de l'économie domestique et une main d'œuvre précieuse pour les ménages et certains acteurs de l'économie populaire (transformation de poisson, petit commerce).

Selon cette même étude de Human Rights Watch, les enfants sont exposés également à des traitements cruels et dégradants, ainsi qu'aux sévices physiques et sexuels. La majorité des talibés interrogés par Humann Right Watch ont déclaré avoir été battus à plusieurs reprises pour ne pas avoir ramené le quota d'argent exigé. Certains ont raconté avoir été enchaînés ou attachés avec de la corde avant d'être battus par le marabout ou un assistant (généralement un grand talibé).

Boubacar D., 12 ans a confié, à Human Rights Watch:

« Si on ne peut pas ramener le quota un jour, notre nom est écrit sur le tableau avec la somme due. On a une dette. Si on ne peut pas ramener tout l'argent le jour suivant, on est battu durement avec du fil électrique. »

4 I ETATS ET TENDANCES DES SECTEURS DE LA PROTECTION DE L'ENFANCE

Outre les violences physiques, les garçons hébergés dans les daaras sont confrontés parfois à des sévices sexuels surtout de la part des assistants ou des grands talibés. En plus des abus sexuels commis dans les daaras, les jeunes talibés qui passent une bonne partie de leur temps dans la rue et y dorment parfois pour échapper aux violences physiques des marabouts, sont victimes de viols. Mais au Sénégal les abus sexuels sont un sujet encore largement tabou, rarement dénoncés, surtout quand la victime et l'agresseur sont tous deux masculins.

Les filles talibés ne sont pas soumises comme les garçons talibés à la mendicité. Cependant, en régime d'internat elles sont exposées à la privation des liens familiaux sur une base prolongée mais aussi à l'isolement de la communauté et du monde extérieur. Cette forme d'enfermement ou « d'institutionnalisation » porte gravement atteinte à leurs droits les plus fondamentaux et leur développement.

Autrement dit, la mendicité forcée des enfants talibés n'est que la partie visible d'une maltraitance multiformes et d'abus impunis.

4.3 La situation des enfants vivant/évoluant dans la rue

S'il est vrai que le phénomène de mendicité des enfants est étroitement associé aux enfants talibés, les enfants au Sénégal sont également exposés aux risques liés au séjour dans la rue, que ce soit à titre principal ou dans la journée.

Certains enfants sont en situation de rupture totale, partielle ou provisoire avec leurs familles et les structures d'éducation et de formation (daraa, atelier) et investissent la rue comme espace d'habitation, de travail, de loisir et d'exercice d'activités délictueuses à l'occasion (toxicomanie grâce au diluant industriel, au chanvre indien, alcool). Surnommés dans le langage populaire des « faxman », ils vivent dans la rue grâce essentiellement, à la mendicité et à de petites activités de survie. Ils sont dans une situation de vulnérabilité extrême, exposée à la violence, aux risques de comportements et de conflit avec la loi ainsi que d'exploitation économique et sexuelle. Peu d'études ont été menées concernant ces enfants, leur nombre et leur situation demeure méconnus.

En 2016, le Samu Social Sénégal a répertorié 506 nouveaux enfants dans la rue et 1179 enfants différents ont bénéficié d'au moins une prise en charge globale au cours des maraudes (sillonner les rues afin de repérer les enfants en danger) ou dans le centre. Ainsi, 43% des enfants pris en charge sont nouveaux, et la situation est inquiétante pour les « anciens » dont certains sont dans la rue depuis plusieurs années : leur situation d'exclusion se renforce ainsi d'année en année²⁸.

La réponse de l'Etat aux enfants talibés maltraités de même qu'à ceux évoluant dans la rue est essentiellement formulée pour cibler la question des enfants mendiants. Au niveau national, le cadre des interventions est celui tracé par la SNPE. Cependant, suite à un Conseil des Ministres tenu le 22 juin 2016, et l'instruction donnée par le Président de la République au Gouvernement de prendre toutes les dispositions nécessaires pour assurer **un retrait effectif des enfants de la rue** dans les grandes villes du pays, un programme de retrait des enfants de la rue a été initié et s'est poursuivi en 2017.

Du 30 juin 2016 au 26 mai 2017, date de démarrage des opérations, le nombre total d'enfants retirés de la rue, principalement dans le département de Dakar, s'élève à 1585 enfants, dont 440 enfants accompagnés de leur maman et 1145 enfants non accompagnés (1131 garçons et 14 filles).

ETATS ET TENDANCES DES SECTEURS DE LA PROTECTION DE L'ENFANCE I 4

Tableau 14 : Effectif des enfants retirés de la rue

Typologie	Nombre total	Garçons	Filles
Enfants accompagnés de leur maman	440	225	215
Enfants non accompagnés	1145	1131	14
TOTAL	1585	1356	229

Source : Plan de retrait des enfants de la rue, Rapport Annuel JUIN 2016 – JUIN 2017, Direction des Droits, de la Protection de l'Enfance et des Groupes Vulnérables/Ministère de la Femme, de la Famille et du Genre

Les enfants sont des ressortissants nationaux pour la plupart ; cependant, il y a également des enfants originaires des pays limitrophes : Guinée Bissau, Gambie, Mali et Guinée Conakry.

Tableau 15 : Origine des enfants retirés de la rue

Pays d'origine	Enfants accompagnés de leur maman		Enfants non accompagnés		Total
	Effectifs	%	Effectifs	%	
Sénégal	278	63	676	59	954
Guinée Bissau		0	407	36	407
Mali	107	24	23	2	130
Guinée Conakry	55	13	13	1	68
Gambie		0	26	2	26
Total /%	440	100	1 145	100	1 585

Source : Plan de retrait des enfants de la rue, Rapport Annuel JUIN 2016 – JUIN 2017, Direction des Droits, de la Protection de l'Enfance et des Groupes Vulnérables/Ministère de la Femme, de la Famille et du Genre

Selon la Direction des Droits, de la Protection de l'Enfance et des Groupes Vulnérables (DPEGV) du Ministère alors de la Famille, Femme, Enfants qui a coordonné les opérations de retrait, l'ensemble des enfants retirés de la rue ont été placés en services d'accueil d'urgence – Centre Guindi, Village SOS, et autres structures gérées par les associations.

Cependant, ces opérations de retrait n'ont pas permis d'atteindre les résultats escomptés faute de répression et d'organisation. L'une des principales difficultés soulignées par la DPEGV est le manque de collaboration des forces de l'ordre pouvant assurer la répression. Ainsi, aucun des cas d'enfants identifiés comme soumis à la mendicité, n'a donné lieu à des poursuites judiciaires et des condamnations à l'encontre des enfants mendiants. Annihilant de facto l'effet dissuasif de telles opérations.

Les opérations de retrait ont soulevé des difficultés en termes de concertation et de coordination, de capacités de prise en charge temporaire des enfants, de réhabilitation et les solutions durables de réinsertion.

Par rapport à l'application de la Directive à l'échelle nationale, il a largement été déploré son caractère restrictif à la seule région de Dakar.

4 I ETATS ET TENDANCES DES SECTEURS DE LA PROTECTION DE L'ENFANCE

4.4 Les violences physiques à l'encontre des enfants

Peu de données sont disponibles concernant les atteintes à l'intégrité physique et émotionnelle des enfants, tandis que les études sont parcellaires et dispersées.

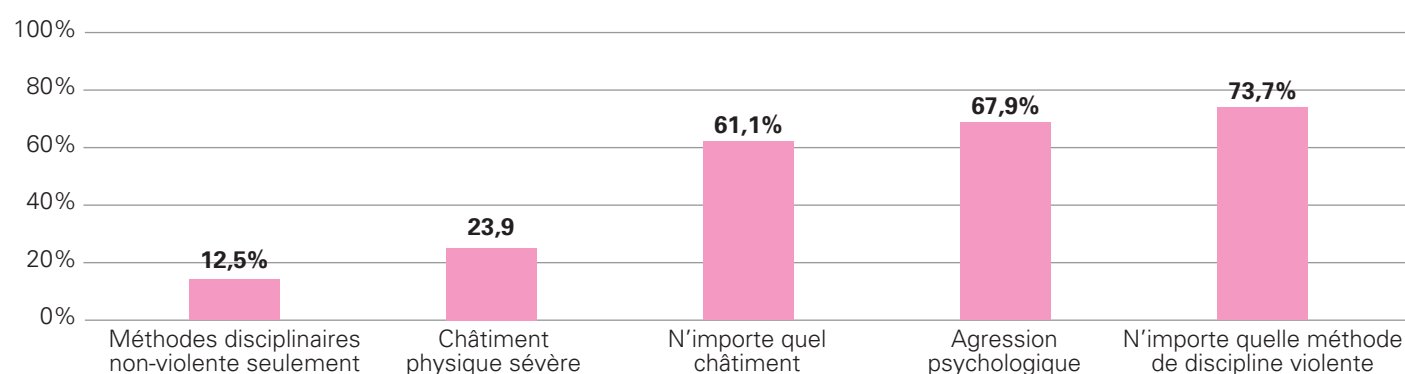
Les châtiments corporels constituent une violation de l'article 21 de la Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant (CADBE/Charte) qui oblige les États parties à prendre « toutes les mesures appropriées pour éliminer les pratiques sociales et culturelles nuisant au bien-être, à la dignité, à la croissance et au développement normaux de l'enfant... ».

S'agissant des violences physiques, les enfants sont fortement exposés à une maltraitance éducative préjudiciable à leur développement, si l'on regarde la prévalence des châtiments corporels et la violence émotionnelle auxquels les enfants sont confrontés dans la sphère domestique dans la région de Dakar (MICS Urbaine 2015).

Les enfants sont ainsi régulièrement corrigés, frappés, battus et martyrisés dans la sphère domestique et scolaire. Aucune donnée n'est disponible sur la violence ou discipline violente à l'encontre des élèves. Une étude prévue à cet effet au niveau national permettra de combler cette lacune.

Ces atteintes à l'intégrité physique des enfants ne sont pas perçues comme une violence de la part des parents/tuteurs, mais comme un moyen d'éducation et de discipline des enfants. Les punitions reposent ainsi sur l'usage de la force physique et/ou l'intimidation verbale pour obtenir les comportements désirés. L'analyse du graphique ci-après tiré du MICS Urbaine Dakar 2015-2016, montre que 73,7% des enfants âgés de moins de 15 ans ont été soumis à au moins une forme de punition psychologique ou physique par des membres du ménage et 67,9% ont subi une agression psychologique. Par ailleurs, 23,9% des enfants ont subi des châtiments physiques sévères notamment des coups sur la tête, les oreilles ou le visage, ou être frappé avec force et à plusieurs reprises.

Graphique 25 : % d'enfants de 1-14 ans selon les méthodes de discipline appliquées durant le mois dernier



Source : MICS Urbaine Dakar, 2015-2016

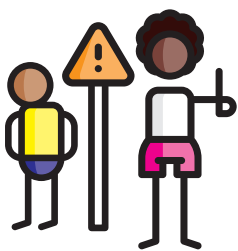
Les méthodes de discipline violentes concernent aussi bien les filles (73%) que les garçons (74%) où toutes les classes d'âges des enfants de 1 à 14 ans sont touchées. Le niveau d'instruction du chef de ménage ou l'indice de bien-être économique ne sont pas déterminants dans l'usage de la violence physique envers les enfants. Toutes les catégories sociales sont concernées, quel que soit leur niveau d'étude. Les châtiments corporels sont acceptés socialement, tandis que la façon dont un enfant est traité par ses parents est considérée comme relevant de la sphère privée.

ETATS ET TENDANCES DES SECTEURS DE LA PROTECTION DE L'ENFANCE I 4

4.5 Analyse causale abus, maltraitance, violence, pratiques néfastes

Causes intermédiaires	- Volonté des parents de respecter des traditions et de donner une éducation religieuse - Faible compréhension des parents et des communautés de l'impact sur les enfants et capacités de détection - Disponibilités de services de protection de qualité limitée - Violations non sanctionnées et faible protection de la loi
Causes sous-jacentes	- Croyances religieuses coutumières mystiques - Pression des communautés - Accès limité à l'information - Faible engagement des influenceurs - Influence et poids des autorités religieuses - Faible engagement des OP et visibilité des normes positives - Déficit de communication structurée et ciblée - Capacités limitées des services d'actions sociales à prévenir, détecter et répondre aux besoins de protection des enfants - Capacités limitées d'EDUC/Santé à prévenir, détecter et répondre - Faibles signalements à la Justice - Faibles poursuites et condamnations - Déploiement géographique des services - Compétences des agents - Non gratuité des soins/certificats - Compétences spécialisées acteurs chaîne pénale - Insuffisance équipements/matériels - Déficit de standards, procédures, outils - Insuffisance lois/règlement - Organisation/qualité des services de Prise En Charge alternatives
Causes structurelles	- Circulation traditionnelle de l'enfant hors sphère parental - Normes sociales, statut de l'enfant et selon le genre - Stratégie de survie familles - Accès insuffisant aux mécanismes de Protection sociale - Accès insuffisant à l'éducation de qualité - Pauvreté monétaire - Fonctionnalité des mécanismes de coordination et de pilotage - Fonctionnalité des mécanismes de coordination au niveau déconcentré - Limites de la collecte de données de routine et mécanisme M&E - Capacités de planification/budgétisation - Insuffisance des ressources budgétaires allouées aux services

4 | ETATS ET TENDANCES DES SECTEURS DE LA PROTECTION DE L'ENFANCE



V. TRAVAIL ABUSIF OU DANGEREUX

5.1 Situation et tendances

Le travail des enfants est un phénomène largement répandu au Sénégal. Il fait référence aux travaux susceptibles de nuire à la santé et au développement physique, mental, moral ou social des enfants, de compromettre leur éducation en les privant de toute scolarisation, les contraignant à abandonner prématurément l'école ou les obligeant à cumuler activités scolaires et professionnelles. Il faut faire la différence entre les travaux légers qui sont des travaux socialisant dans le cadre familial, les travaux dangereux et les pires formes de travail.

Selon le comité des droits de l'enfant dans ses observations faites au Sénégal : de nombreux enfants travaillent avant d'avoir atteint l'âge minimum d'admission à l'emploi et sont affectés à des tâches qui les exposent à des dangers, en particulier dans l'agriculture, l'industrie minière, la pêche, le travail domestique et la vente dans la rue.

Les enfants interviennent dans des activités économiques, participent aux tâches domestiques, et parfois travaillent dans des conditions dangereuses. Selon la définition de l'UNICEF, repris par l'EDS-C 2016, les enfants travaillant dans des conditions dangereuses sont ceux qui, dans le cadre de leur travail : a) portent des charges lourdes ; ou b) travaillent avec des outils dangereux ou font fonctionner de grosses machines ; ou c) sont exposés à la poussière, à la fumée ou au gaz ; ou d) sont exposés au froid, à la chaleur ou à de l'humidité, extrême ; ou e) sont exposés à des bruits intenses ou des vibrations ; ou f) sont exposés à un travail en hauteur ; ou g) sont exposés à des produits chimiques (pesticides, colles, etc.) ou ... des explosifs ; ou h) sont exposés ... à d'autres choses, procédés ou conditions mauvaises pour sa santé, ou sa sécurité.

Les résultats de l'EDS-C 2016 montre que 24,3% des enfants âgés de 5-17 ans ont participé à des activités économiques à la limite ou au-dessus du seuil défini pour leur groupe d'âge, à des tâches domestiques à la limite ou au-dessus du seuil défini pour leur groupe d'âges et dans des conditions dangereuses. Pour cette dernière catégorie, 11,3% d'enfant ont travaillé dans des conditions jugées dangereuses. Ces proportions varient avec l'âge des enfants : elles sont plus élevées dans le groupe d'âge 12-14 ans (31%), 23,5% pour les 5-11 ans et 18,4% pour les 15-17 ans.

Cette participation des enfants aux activités économiques s'est amplifiée selon les différentes enquêtes réalisées au Sénégal. De 20,8% en 2010, la participation des enfants aux activités économiques est passée à 24,3% en 2016. En effet, selon l'EDS-MICS 2010-2011, 20,8% des enfants âgés de 5 à 17 ans ont travaillé pour une personne autre qu'un membre de leur ménage. Parmi cette proportion, 7% ont effectué des travaux rémunérés, dont 5,8% ayant travaillé plus de quatre heures par jour. Même si les résultats de l'EDS-C 2016 montrent une légère augmentation, l'analyse comparative des données des deux EDS (2010-2011 et 2016) n'est pas aisée car les critères de classification ont légèrement différé entre ces deux documents.

Le travail des enfants concerne plus les tâches domestiques que les activités économiques. 71,6% des enfants de 5-17 ans ont participé au cours de la semaine ayant précédé l'interview, à des tâches domestiques en dessous de la limite définie pour chaque groupe d'âges. Dans 5% des cas, le nombre d'heures passées à effectuer des tâches domestiques est à la limite ou supérieur au seuil fixé. En revanche pour les activités économiques, 8,8% ont mené des activités en dessous de la limite définie pour chaque groupe d'âges et 17,4% à la limite ou supérieur au seuil fixé.

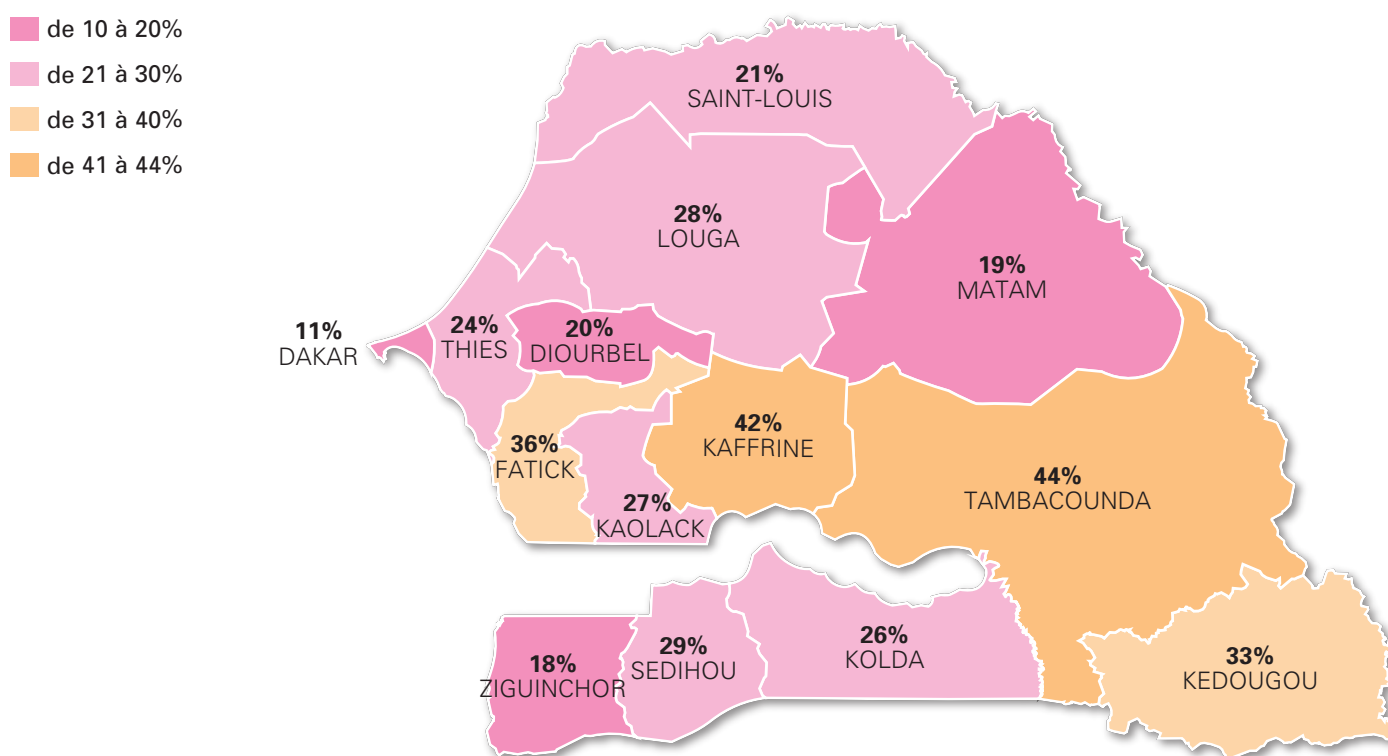
ETATS ET TENDANCES DES SECTEURS DE LA PROTECTION DE L'ENFANCE I 4

Le travail touche aussi bien les enfants scolarisés (21,1%) que ceux ne fréquentant pas l'école (28%). Globalement, l'analyse selon le sexe montre que les garçons (30,2%) travaillent plus que les filles (18,6%) selon l'EDSC 2016 sauf pour les tâches domestiques où les filles sont plus sollicitées. En outre, le travail des enfants est plus marqué en milieu rural (32,3%) qu'en milieu urbain (12,7%). L'implication des enfants dans les travaux champêtres et la faiblesse du taux de scolarisation en milieu rural sont des éléments explicatifs de ce phénomène.

Le niveau de participation des enfants aux activités économiques est fortement influencé par le niveau d'instruction de la mère de l'enfant. En effet, ce niveau de participation est deux fois plus élevé si la mère n'a aucune instruction (29,3%) avec une tendance à la baisse au fur et à mesure que le niveau d'instruction de la mère augmente avec respectivement 14,4% pour le primaire et 7,6% pour le moyen/secondaire. De même, la participation des enfants aux activités économiques /domestiques est très liée aux conditions de vie et du bien-être du ménage. Le niveau de participation est de loin plus élevé au quintile le plus bas (44,3%) par rapport au quintile le plus élevé (7,6%) selon l'EDSC 2016.

La spatialisation du travail des enfants montre que les régions de Tambacounda et Kaffrine et dans une moindre mesure, Fatick et Kédougou affichent de forts taux d'enfants de 5-17 ans qui ont participé à des activités économiques/domestiques et parfois dans des conditions dangereuses.

Carte 15 : Pourcentage d'enfants de 5-17 ans ayant travaillé au cours de la semaine précédant l'enquête



Source : EDS-continue, 2016

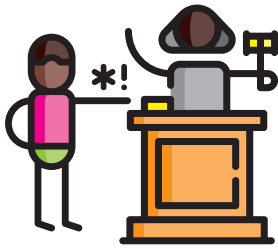
4 | ETATS ET TENDANCES DES SECTEURS DE LA PROTECTION DE L'ENFANCE

Il faut par ailleurs souligner le travail dangereux effectué par des enfants notamment dans les zones aurifères du Sud du pays parfois assimilé aux pires formes de travail. C'est le cas des zones aurifères de la région de Kédougou, qui du point de vue de sa position frontalière avec les pays voisins connaissent un afflux massif des populations. Ainsi, à côté de l'exploitation par les entreprises minières, existe celle dite traditionnelle faite par les populations, parfois de manière informelle et anarchique. Ces populations nationales et étrangères bâtissent des familles autour des "diouras". Or, ces familles souvent pauvres sont à la quête perpétuelle d'un bien être. Elles n'hésitent point de mettre à concours les enfants quel qu'en soit l'âge à des travaux même dangereux pour leur santé.

Le Sénégal doit prendre des mesures efficaces pour se conformer aux dispositions du Comité des droits des enfants et au point 8.7 des ODD qui demande entre autre « *la prise de mesures immédiates et efficaces pour interdire et éliminer les pires formes de travail des enfants, et, d'ici à 2025, mettre fin au travail des enfants sous toutes ses formes* ».

5.2 Analyse causale

Causes intermédiaires	- Processus de socialisation : le travail constitue pour les parents un moyen de formation de l'enfant - Ignorance des dangers liés au travail précoce, à certaines tâches ou dans certaines conditions, et aux risques liés à la circulation en dehors de la sphère parentale - Déficit d'opportunités éducatives en particulier à la fin du cycle primaire - Nécessité pour les filles de se constituer une dot pour le mariage
Causes sous-jacentes	- Insuffisance dispositifs de formation professionnelle permettant de récupérer les exclus du système éducatif à partir du primaire ou du cycle moyen - Absence de cadre de prise en charge et de financement des filles qui sont embauchées comme domestiques dans les maisons - Absence d'alternatives
Causes structurelles	- Statut de l'enfant, pratiques sociales et croyances culturelles, qui ont une influence énorme sur la valeur attribuée au travail sur l'éducation des enfants - Pauvreté des ménages - Faible effet des politiques et stratégies de lutte contre la pauvreté sur les conditions d'existence des ménages du Sénégal



VI. ENFANTS EN CONFLIT AVEC LA LOI ET/OU EN DANGER

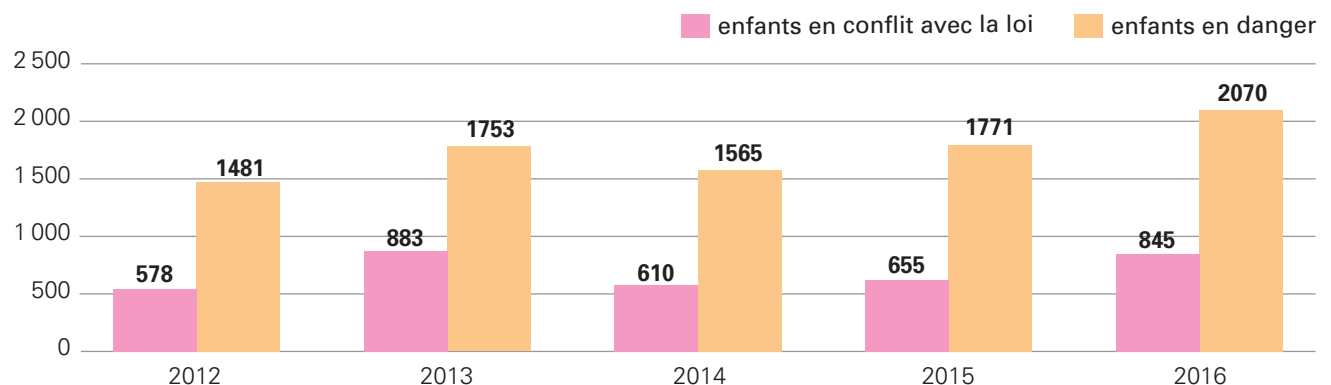
6.1 Situation et tendances

Un **enfant en conflit avec la loi** est «un mineur à qui il est reproché d'avoir enfreint la loi». Un **enfant en danger** est «un mineur dont la santé, la sécurité, la moralité ou l'éducation sont compromises au sens des articles 293 du Code de la Famille et 594 du Code de Procédure Pénale».

La radioscopie de la cartographie de la population carcérale au sein des 37 prisons du pays faite par l'administration pénitentiaire en 2016 permet de disposer d'indications sur la proportion des mineurs. Sur une population pénale totale de 37 263 personnes, on comptait 1 529 mineurs, soit 4,1%. Pour ce qui est des personnes sous le coup d'une condamnation à une peine privative de liberté, sur un total de 9 310, les mineurs étaient au nombre de 54. En 2003, le nombre de mineurs poursuivis devant les tribunaux était de 1062, soit une progression de presque un tiers.

Les enfants en danger ou en conflit avec la loi peuvent être confiés à des structures de prise en charge par le juge notamment les Services de l'Action Educative et de la protection sociale en Milieu ouvert (AEMO) ou les centres de réinsertion. La compilation des rapports de la Direction de l'Education Surveillée et de la Protection Sociale de 2012 à 2016 permet d'avoir un aperçu sur l'évolution de l'effectif des enfants en conflits avec la loi et les enfants en danger confiés aux structures de prise en charge.

Graphique 26 : Evolution des statistiques des enfants en conflit avec la loi et en danger confiés aux AEMO



Source : Rapport Direction de l'Education Surveillée et de la Protection Sociale 2012- 2013- 2014-2015-2016

On observe une augmentation du nombre d'enfants pris en charge par l'AEMO depuis 2012. Les enfants en conflits avec la loi confiés aux structures de l'AEMO sont passés de 578 à 845 entre 2012 et 2016. Quant aux enfants en danger de 1481 en 2012, ils sont passés à 2070 en 2016.

Par ailleurs, le phénomène a un visage essentiellement masculin et qui découle, entre autres, de l'entrée précoce des garçons sur le marché du travail avec parfois des activités proches de l'illicite et de leur forte représentation dans l'effectif des enfants de la rue. En outre, les filles mineures sont rarement conduites devant les tribunaux pour des considérations socioculturelles.

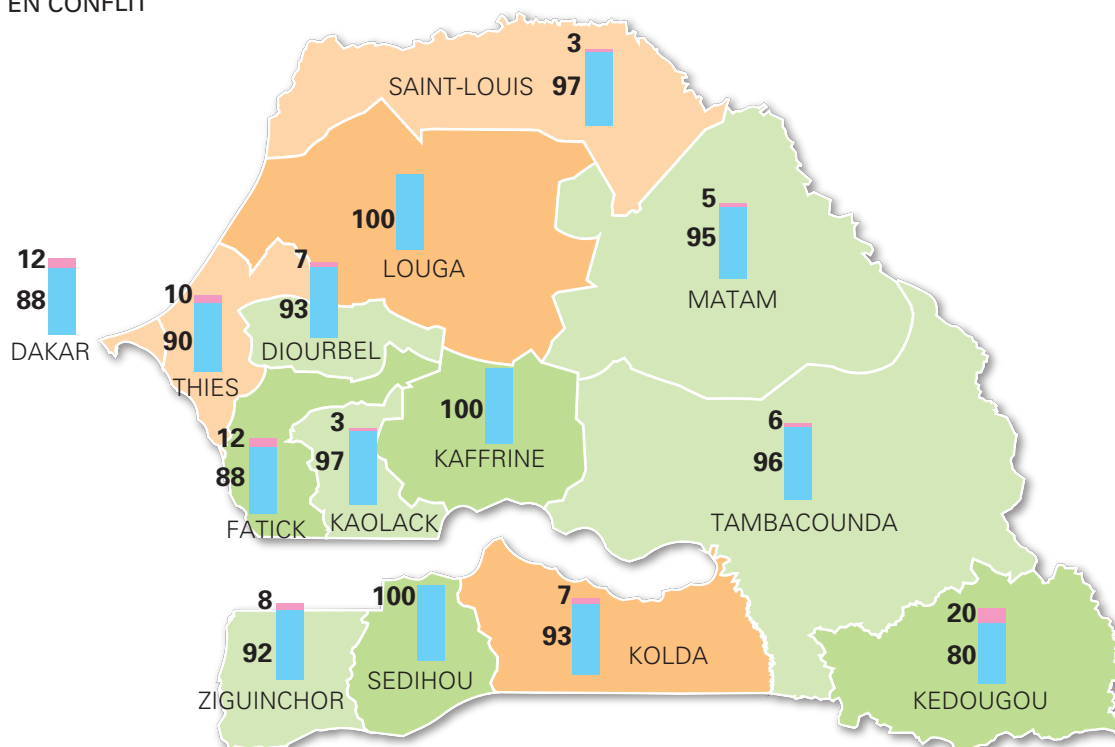
4 | ETATS ET TENDANCES DES SECTEURS DE LA PROTECTION DE L'ENFANCE

Carte 16 : Répartition par sexe des mineurs en conflit avec la loi confiés aux services de l'AEMO

NOMBRE D'ENFANTS EN CONFLIT

- moins de 30
- de 31 à 60
- de 61 à 90
- de 91 à 150

- % Garçons
- % Filles



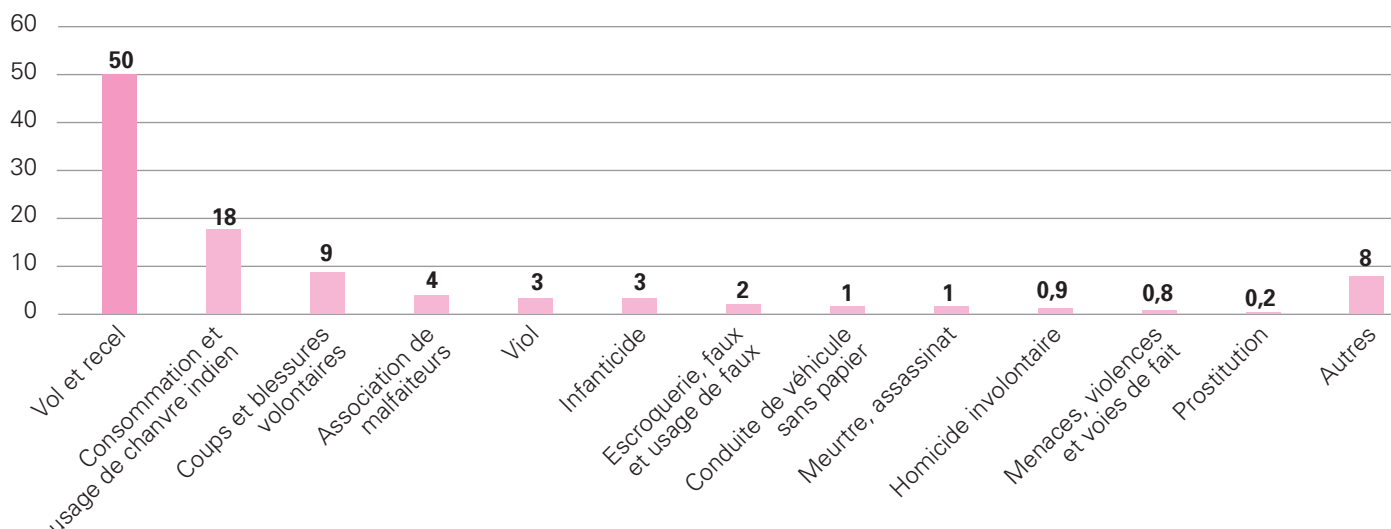
Source : Rapport annuel de la DESPS 2016

La lecture de la carte montre un sex-ratio largement en faveur des garçons (93%). Le nombre plus élevé d'enfants dans les grandes villes comme Thiès, Dakar et Saint Louis s'expliquent par la densité démographique et certainement la fragilité du tissu familial et communautaire protecteur urbain. La paupérisation d'une frange importante de la population de la capitale, l'exode rural, le chômage, la prostitution, sont des facteurs aggravants de la délinquance en milieu urbain.

Il est évident que, rapportée à la population globale des mineurs, la proportion des enfants en conflit avec la loi paraît faible mais néanmoins, la situation de ces mineurs pose des problèmes de prévention et de prise en charge. Elle illustre la fragilisation des mécanismes sociaux et institutionnels de prévention et de gestion de ces délits. La présence des enfants devant les tribunaux relève de plusieurs facteurs mais globalement ils convergent vers une « délinquance de survie » que met en lumière la nature des infractions les plus fréquentes que sont les vols et recels (50% des cas).

ETATS ET TENDANCES DES SECTEURS DE LA PROTECTION DE L'ENFANCE I 4

Graphique 27 : Répartition de la population carcérale des mineurs selon le type d'infraction



Source : ANDS, 2015, Sénégal. Situation économique et sociale 2013, p. 138

Pour venir en aide à ces enfants en conflits avec la loi ou en danger, l'Etat a mis en place des structures de prise en charge mais inégalement réparties sur le territoire national. La majorité des centres d'éducation surveillée sont implantées dans les régions de Dakar, Thiès, Diourbel, Ziguinchor et Kaolack. À elle seule, la région de Dakar concentre 12 structures publiques de prise en charge, soit 33,3% du total en plus du centre Guididi mais qui a une capacité d'accueil limitée. Les régions de Thiès, Fatick et Ziguinchor en comptent quatre chacune, Diourbel et Saint Louis deux. Les autres régions n'abritent chacune qu'une seule structure de prise en charge. L'accompagnement des enfants dans leur milieu familial est affecté par l'insuffisance des ressources allouées aux services sociaux, aussi bien en termes de ressources humaines, que logistiques ou financières.

En ce qui concerne l'encadrement des mineurs, notamment en conflit avec la loi, en dehors de la Maison d'arrêt du Fort B, les enfants en détention ne sont pas systématiquement séparés des adultes.

6.2 Analyse causale

Causes intermédiaires	- Circulation de l'enfant en dehors de la sphère parentale - Fugues Violences domestiques - Fragilisation des mécanismes de socialisation et d'encadrement social Crise de la famille : les enfants en situation de rupture familiale sont plus exposés à la délinquance, à la drogue, etc.
Causes sous-jacentes	- Absence et/ou insuffisance des dispositifs institutionnels de prévention et de prise en charge spécialisée ; - Manque d'alternatives pour les enfants en situation d'échec scolaire.

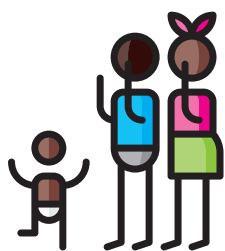
4 | ETATS ET TENDANCES DES SECTEURS DE LA PROTECTION DE L'ENFANCE

Causes structurelles

- Pauvreté des ménages : la majorité des enfants en conflits avec la loi viennent de familles socio économiquement faibles, souvent marquées par la délinquance, l'alcool, la drogue, la violence, les problèmes de santé, etc. ;
- Effritement des valeurs morales et les conséquences sociales néfastes notamment la drogue, la criminalité, l'exploitation sexuelle.



©UNICEF/Senegal/March 2016/Léa Dispa



VII. OPPORTUNITÉS, CONTRAINTES, ET PERSPECTIVES POUR L'ENSEMBLE DE LA PROTECTION DE L'ENFANT

La SNPE est accompagnée de son plan d'action national 2013-2015 dont le bilan effectué a permis de mesurer les progrès réalisés par le pays en matière de protection de l'enfance et déclinier les forces et faiblesses. Le problème majeur reste les difficultés de mise en application des orientations nationales en matière de protection de l'enfant. L'évaluation du plan d'action 2013-2015 par le Comité Intersectoriel National de Protection de l'enfant²⁹ a relevé les faiblesses dans l'application de la stratégie :

- faible participation des enfants du fait de la léthargie du PNE ;
- faible implication des Collectivités territoriales dans la mise en œuvre de la SNPE ;
- insuffisances dans l'appropriation du plan d'action de la SNPE ;
- dispersion des ressources allouées par les PTF ;
- faible allocation de ressources budgétaires pour la mise en œuvre de la SNPE ;
- insuffisance dans la vulgarisation des documents relatifs à la SNPE ;
- faible capitalisation des actions menées par les ONG.

De nombreux plans et programmes d'action en faveur des enfants sont adoptés par le Sénégal mais se pose le problème de leur complémentarité, financement, mise en œuvre et suivi. Egalement la SNPE et cette multiplicité de plans nationaux multisectoriels ciblés sur des problématiques spécifiques, bien que nécessaires, n'ont pas toujours permis de clarifier les responsabilités sectorielles et n'ont donc pu être relayées/portées par dans les politiques et plans sectoriels et les budgets nationaux. La multiplication des instances multisectorielles de coordination à et de suivi et des fonctionnalités variables, soulèvent des questions d'efficacité et de pérennisation.

L'adoption de la SNPE et les interventions menées par le Gouvernement et les partenaires de la protection de l'enfant, ont permis de renforcer les cadres de coordination et de suivi au niveau départemental avec un maillage territorial pyramidal s/c les CDPE, et les CVPE et COPE.

Cependant, des difficultés se posent encore notamment au regard de :

- la révision du cadre juridique et de la mise en conformité des textes nationaux avec les engagements internationaux auxquels le Sénégal a souscrit ou ratifié qui stagne ;
- une faible répression des abus commis sur les enfants ;
- une coordination nationale encore peu fonctionnelle au niveau politique ;
- des engagements et responsabilités insuffisamment clarifiées de chacun des secteurs pour la prévention et la réponse aux cas de protection de l'enfant ;
- une organisation des missions et tutelles relatives à l'action sociale qui est dispersée entre quatre ministères impactant sur l'organisation standardisée des services, l'efficacité des dépenses et l'appui des PTF, la supervision et le contrôle des services ainsi que l'information de routine ;
- des allocations budgétaires au secteur de l'action sociale insuffisantes (capacités de réponse des structures d'action sociale limitées en particulier en milieu ouvert) ;
- l'absence d'un système de collecte de données administratives en protection de l'enfant dans chacun des secteurs concernés, et de manière intégrée

29. Comité Intersectoriel National de Protection de l'enfant : deuxième réunion du Secrétariat Exécutif National de protection de l'enfant (SENPE) : Bilan de mise œuvre de la SNPE 2013- 2015 et Plan d'Action 2016 - 2018

4 | ETATS ET TENDANCES DES SECTEURS DE LA PROTECTION DE L'ENFANCE

- des connaissances dispersées ou limitées sur certaines problématique, comme la violence à l'encontre des enfants, en particulier la violence domestique et les violences sexuelles, le travail des enfants selon les secteurs et types d'activités, les discrimination et mauvais traitements à l'encontre des enfants vivant avec un handicap.

Un enjeu important réside dans les pesanteurs socioculturelles, la transformation des normes sociales et la promotion de normes et comportements positives pour la protection des enfants. La dispersion des approches et des outils de communication en protection de l'enfant, l'engagement limité des chefs religieux pourtant influents, ainsi que l'absence de dispositifs de suivi des progrès ne permettent pas de réduire les comportements abusifs ou à risques pour les enfants et de baisser les prévalences constatées.

Les grandes priorités résident dans :

- le renouvellement et la systématisation des approches de communication de masse et de proximité en faveur de l'enfant, y compris de mobilisation sociale et de mobilisation communautaire ;
- l'intégration des mesures de prévention et réponse en protection de l'enfant, dans les politiques et plans sectoriels ;
- la revue du cadre institutionnel et de coordination ;
- le développement de standard et directives en matière de protection de remplacement ;
- le renforcement des dispositifs de protection judiciaire de la jeunesse, des procédures et outils pour les services sectoriels intervenant en prévention et réponse aux situations et l'application de la loi ;
- le renforcement des capacités des professionnels et des acteurs communautaires ;
- le renforcement des systèmes d'information et de suivi.





LA DECENTRALISATION, UN LEVIER POUR REDUIRE LA PAUVRETE DES GROUPES



5 | LA DECENTRALISATION, UN LEVIER POUR REDUIRE LA PAUVRETE DES GROUPES



LA GOUVERNANCE TERRITORIALE, UN LEVIER POUR REDUIRE LA PAUVRETE DES GROUPES VULNERABLES

1.1 Processus de la décentralisation : quelques éléments de contexte

La gouvernance territoriale consacrée par les politiques de décentralisation est considérée comme un moyen privilégié de rendre les politiques publiques plus efficaces. La logique centralisatrice de gouvernance a été, certes, un moteur de l'intégration du territoire national, mais aujourd'hui face aux nouvelles demandes, aux nouveaux défis économiques, technologiques, de démocratisation – la décentralisation – constitue une réponse aux besoins des populations locales par une meilleure identification et un meilleur classement des priorités.

La Loi 2016-10 du 5 avril 2016 portant révision de la Constitution a renforcé l'ancrage institutionnel de la décentralisation et posé, pour la première fois, le principe de la territorialisation des politiques publiques. Elle dispose en son article 102 que : « Les collectivités territoriales constituent le cadre institutionnel de la participation des citoyens à la gestion des affaires publiques. Elles s'administrent librement par des assemblées élues au suffrage universel direct. Elles participent, à la territorialisation des politiques publiques, à la mise en œuvre de la politique générale de l'Etat ainsi qu'à l'élaboration et au suivi des programmes de développement spécifiques à leurs territoires ».

L'Acte III envisage de confier de nouvelles compétences aux collectivités territoriales et redéfinit clairement les compétences attribuées à chaque collectivité territoriale. L'Acte III de la décentralisation ouvre des perspectives nouvelles aux collectivités territoriales qui disposent, du fait des compétences transférées (la santé de la population et l'action sociale, l'éducation, la jeunesse, les sports et loisirs, etc.), de plus de latitude pour agir dans les secteurs clés tel que l'éducation, la santé qui méritent une attention particulièrement pour réduire la pauvreté.

1.2 Capacités des collectivités dans la prise en charge des groupes vulnérables

A travers les compétences transférées, les collectivités territoriales sont des acteurs majeurs en matière de politiques sociales. En effet, les politiques envers l'amélioration du bien-être de l'enfant couvrent un large spectre qui traverse l'ensemble des politiques publiques locales menées par celles-ci. Les principales difficultés résident dans la disparité des moyens financiers affectés aux collectivités territoriales. Cette situation résulte en partie des fortes inégalités de ressources existantes entre les collectivités territoriales, en dépit de la mise en place de mécanismes de péréquation.

Les ressources dont disposent les communes pour faire face à leurs missions proviennent des produits des recettes fiscales, de l'exploitation du domaine et ses services locaux, des ristournes accordées par l'Etat ou d'autres collectivités publiques sur le montant des impôts et taxes recouvrés à leur profit. Si, pour le Département, les recettes fiscales sont inexistantes, les communes en tirent une partie de leurs ressources. Sur le plan externe, le développement local est financé, en majorité,

LA DECENTRALISATION, UN LEVIER POUR REDUIRE LA PAUVRETE DES GROUPES I 5

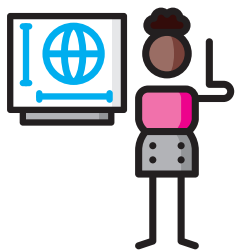
par des transferts opérés par l'Etat. Le montant du fonds de dotation de la décentralisation s'élève à environ 21 milliards de FCFA (Arrêté interministériel N° 003944/ MEFP/MGLDAT, 2017), ce qui dans l'absolu, en faisant le rapport de ce montant au nombre d'habitants, représente un ratio de 15000 Fcfa/habitant et par an.

Dans le cadre des objectifs poursuivis par le PSE et l'Acte 3 de la décentralisation, le Gouvernement du Sénégal, grâce à l'appui de ses partenaires a mis en place plusieurs programmes et projets nationaux destinés à prendre en charge la demande sociale et à améliorer les conditions de vie des populations. Entre 2012-2016, un montant d'environ 805 milliards a été investi dans le secteur de la protection sociale (DCFE/ MEFP, 2016).

Cependant, les inégalités territoriales demeurent avec une grande acuité. Les cartes relatives aux indicateurs de la protection de l'enfant, de l'éducation et de la survie, de la santé de la mère et de l'enfant illustrent parfaitement les enjeux et les défis auxquels il faut faire face. Les distorsions et inégalités inter-régionales ressortent de tous les indices : niveau d'enregistrement des naissances, enfants en conflit avec la loi, taux d'occupation des enfants, taux de scolarisation, excision des jeunes filles, mortalité infanto-juvénile, taux d'accès à l'eau potable et à l'assainissement amélioré, etc.

Beaucoup d'études et de rapports sur l'analyse des dépenses publiques dans les secteurs sociaux au Sénégal ont montré leur caractère insuffisant (MEFP/DGPPE et UNICEF, 2016). **Cependant, Il serait important de questionner les stratégies de mise en œuvre de ces politiques, ainsi que les modes d'intervention du système de protection de l'enfance organisé suivant une logique centralisée et sectorielle.** Sur le plan institutionnel, l'érection d'un Ministère chargé de la protection de l'enfance est une avancée importante. Il serait opportun, dans le cadre de la réforme de l'Acte 3 de la décentralisation, de proposer de nouvelles formes de démarches partenariales en plaçant le territoire comme la référence centrale depuis la conception jusqu'à la mise en œuvre des politiques de protection de l'enfance.





II. ENJEUX TERRITORIAUX DES POLITIQUES PRO-PAUVRES : ESSAI DE CARACTERISATION REGIONALE

2.1 Approche méthodologique

Dans cette partie, il s'agit de faire une analyse synthétique combinatoire des domaines d'interventions ciblés. La synthèse vise à faire une caractérisation des territoires en fonction des indicateurs de la situation des enfants et des adolescents. La finalité est de faire ressortir le ciblage pertinent des domaines d'intervention selon les caractéristiques de chaque territoire.

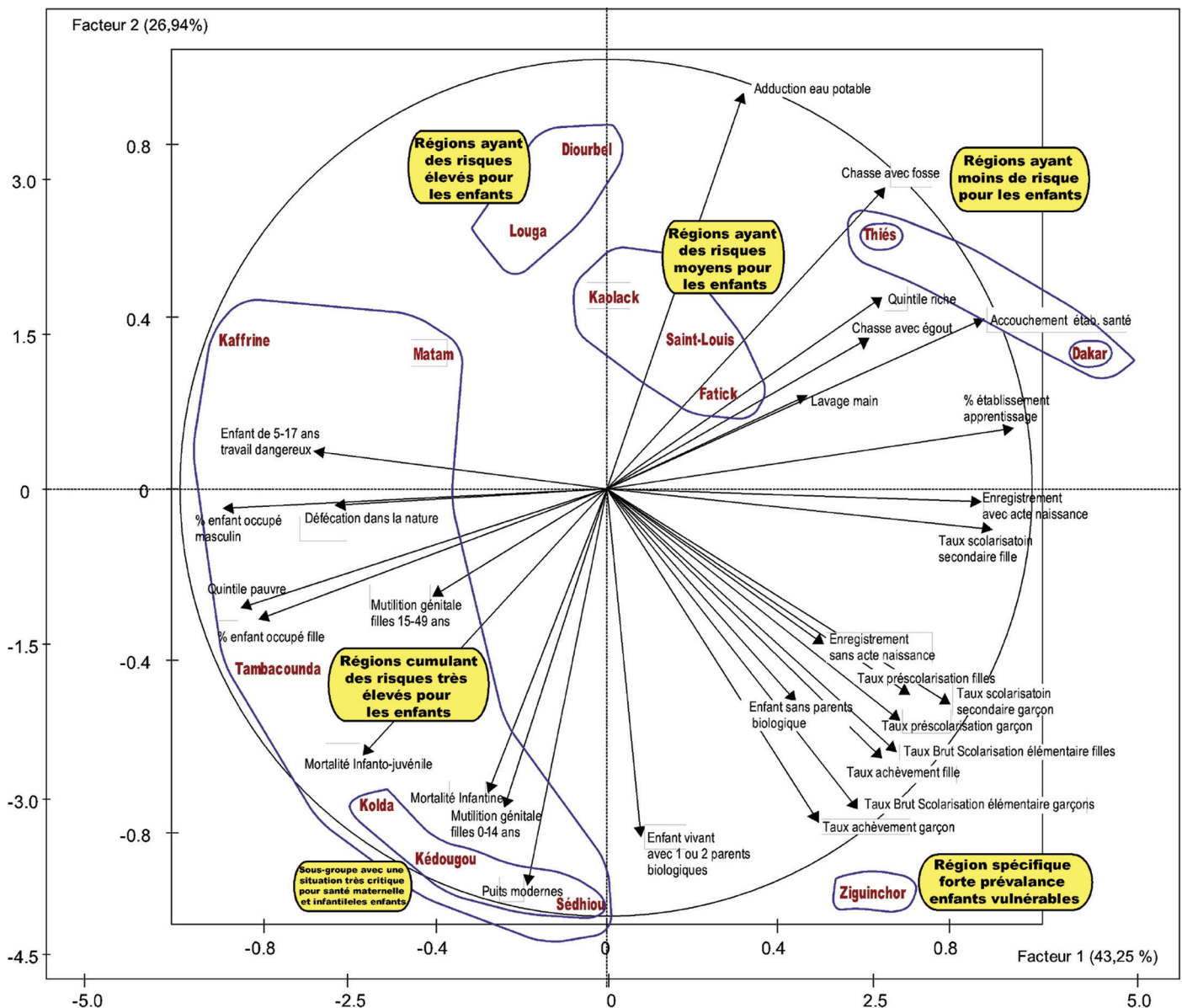
Le diagnostic territorial sur la situation des enfants et des adolescents a permis de mettre en évidence une forte disparité entre les régions. Pour la caractérisation des régions, la méthode retenue consiste à superposer les cartes thématiques régionales de prévalence des différents domaines étudiés que sont l'éducation, la santé, l'eau et l'assainissement et la protection de l'enfance.

Pour la détermination des profils, deux méthodes d'approche ont été combinées :

- la méthode cartographique qui a consisté à produire une carte de synthèse à partir de la superposition de toutes les cartes thématiques ;
- la deuxième méthode a porté sur une analyse factorielle (Analyse par composante principale). L'interprétation du graphique factoriel à partir du jeu des oppositions a permis de voir 1) comment se structurent les variables analysées. Quelles sont celles qui sont corrélées et celles qui s'opposent ? 2) comment se répartissent les individus que sont les régions en fonction de ces variables. 3) de donner des indications sur la nature, la force et la pertinence de ces liens, afin de faciliter leur interprétation et découvrir quelles sont les tendances dominantes afin d'aider à la prise de décision,

LA DECENTRALISATION, UN LEVIER POUR REDUIRE LA PAUVRETE DES GROUPES I 5

Analyse en composantes principales des disparités régionales de la situation des enfants et des adolescents



L'interprétation du graphique factoriel à partir du jeu des oppositions montre que le premier axe qui concentre à lui seul 43,25% de la distribution met en évidence la structure qui différencie le plus :

- les régions situées à l'ouest du pays où l'éducation, la santé, l'accès à l'eau et l'assainissement, la prise en charge de la protection des enfants et les conditions de vie sont relativement plus acceptables;
- les régions situées majoritairement au Sud du pays où la pauvreté des ménages est beaucoup plus affirmée et où les risques pour les enfants dans le domaine de la santé, de l'éducation, de l'accès à l'eau et l'assainissement et la prise en charge de la protection des enfants sont plus élevés.

2.2 Caractérisation des régions

2.2.1 Régions cumulant moins de risques pour les enfants

ELEMENTS DU DIAGNOSTIC

L'espace régional Dakar-Thiès constitue une conurbation urbaine en devenir. Il abrite les deux plus grandes capitales régionales notamment Dakar qui exerce aussi les fonctions de capitale nationale. Cette région centralise l'essentiel des équipements de qualité : plus de 75% du nombre total national des médecins, la moitié des établissements préscolaires, le 1/4 des écoles élémentaires. Quant à l'encadrement économique et commercial, c'est sans doute là où le rôle de cet espace régional se fait le plus fortement sentir : plus des 2/3 des équipements privés du pays sont localisés sur cet espace. Cette région constitue l'axe majeur et privilégié d'urbanisation et reste pénétré par de multiples flux relationnels, de capitaux, d'hommes. Les infrastructures routières, portuaires et aéroportuaires lui assurent un rôle clé dans les échanges régionaux et internationaux et constituent les fondamentaux du développement économique.

Ainsi, cet ensemble régional, offre des conditions qui présentent moins de risques pour les enfants. Car il existe une relation d'interdépendance entre le développement économique, l'offre de services de qualité et une meilleure prise en charge du bien-être des enfants. La région de Dakar enregistre le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans le plus faible.

Cependant, le poids démographique très important de cet ensemble régional et la croissance urbaine mal maîtrisée qu'il engendre aboutissent à des tensions : quête d'emplois, problème de logements et de transports. Des signes de fermentation d'une explosion qui aboutissent à des violences urbaines qui ne sont que le reflet de la pauvreté qui règne dans les quartiers périphériques. Certains jeunes étant rejeté par l'école et vivant avec des parents qui n'ont pas les moyens de les prendre en charge même sur le plan de l'alimentation, s'émancipent très tôt pour prendre leurs destinées en mains. Etant donné qu'ils n'ont aucune qualification professionnelle, ils se retrouvent souvent sur le chemin de la délinquance.

ENJEUX ET DEFIS

Les enjeux et défis ont trait à :

- Meilleure protection des enfants en conflit avec la loi ;
- Atténuation du taux de prévalence des enfants hors du système scolaire, notamment dans la région de Thiès ;
- Renforcement du système des bourses familiales à l'endroit des enfants des quartiers pauvres ;
- Élaboration des stratégies pour le maintien et/ou la réintégration des enfants déscolarisés ;
- Diminution du taux d'enfants exerçant des activités économiques ;
- Recherche d'alternatives pour éradiquer le phénomène des enfants dans la rue.
- Renforcement du respect des normes et standards de prise en charge de l'enfant au niveau du privé médical
- Renforcement de la communication pour le changement social et comportemental autour de la santé des adolescent(e)s/ jeunes

LA DECENTRALISATION, UN LEVIER POUR REDUIRE LA PAUVRETE DES GROUPES I 5

2.2.2 Régions caractérisées par des risques moyens pour les enfants**ELEMENTS DU DIAGNOSTIC**

Les régions de Saint-Louis, Kaolack et de Fatick sont caractérisées par des densités de population relativement élevées. Les services offerts par ces régions sont relativement appréciables : le taux de scolarisation des enfants est acceptable, le ratio de mortalité maternelle est faible sauf à Saint-Louis, la mortalité infanto-juvénile est aussi faible. Cependant, des performances moyennes voire faibles sont notées au niveau de la préscolarisation des tout petits, du taux d'accès à l'assainissement amélioré et le taux de non-enregistrement des enfants à la naissance.

Ces régions, au regard de certains indicateurs présentent des risques moyens pour la prise en charge des enfants. Leur plus grande vulnérabilité, à l'exception de la région de Fatick, c'est le nombre élevé d'enfants talibés qui sont logés en surnombre dans des maisons délabrées où l'accès à l'eau, l'électricité, la santé et la nourriture est souvent difficile.

ENJEUX ET DEFIS

Ils concernent :

- Renforcement de la protection sociale des groupes vulnérables ;
- Promotion pour la préscolarisation des tout petits ;
- Modalités de prise en charge des enfants talibés dans les régions de Kaolack et de Saint Louis ;
- Atténuation du taux de prévalence des enfants hors du système scolaire, particulièrement dans la région de Kaolack ;
- Promotion de l'assainissement et meilleur accès à l'eau potable.

2.2.3 Régions cumulant des risques élevés**ELEMENTS DU DIAGNOSTIC**

Les régions qui cumulent des risques élevés pour la prise en charge des enfants sont la région de Diourbel et de Louga. Les services qui y sont offerts sont caractérisés par : un taux de préscolarisation très faible, un taux de scolarisation faible et un taux élevé de non-enregistrement des naissances des enfants. Cependant, la problématique la plus préoccupante demeure le taux d'occupation très élevé des enfants. Le travail fait référence à toutes les tâches susceptibles de nuire à la santé et au développement physique, mental, moral ou social des enfants, de compromettre leur éducation en les privant de toute scolarisation, en les contraignant à abandonner prématurément l'école. L'étude nationale sur les enfants et les jeunes hors du système éducatif au Sénégal (USAID, 2017) indique que dans la région de Diourbel, 68% des enfants âgés de 6-16 ans, sont hors du système scolaire ; cette proportion est de 46% dans la région de Louga. Cette forte prévalence des enfants hors du système scolaire s'explique par la forte implantation des écoles coraniques (Daara), mais aussi la prévalence d'un mode de vie caractéristique des foyers religieux. Cette situation induit une forte implication des enfants dans les activités domestiques, avec respectivement 68% à Diourbel et 66% à Louga (garçons pour les travaux champêtres et filles pour les travaux domestiques). Il faut tenir compte aussi que cette situation est aussi liée plutôt au petit commerce et à l'artisanat traditionnel auxquels s'adonnent les jeunes. Dans ces régions, on prépare l'enfant à être autonome dès l'âge de 10 à 16 ans en vue d'un départ éventuel vers l'Europe.

L'autre facteur explicatif est relatif au mode de vie des populations de la zone sylvo-pastorale, essentiellement nomades et dont les enfants ont généralement la charge de la garde du troupeau (garçons) et la corvée d'eau (filles à l'aide de charrettes et de chambre à air).

5 | LA DECENTRALISATION, UN LEVIER POUR REDUIRE LA PAUVRETE DES GROUPES

ENJEUX ET DEFIS

Les principaux enjeux et défis sont :

- Mise en œuvre de campagnes d'informations et de sensibilisation des populations sur la nécessité de préserver les droits des enfants à l'éducation ;
- Conduite de plaidoyers en faveur de la diminution du niveau de participation des enfants aux activités économiques et domestiques ;
- Amélioration du taux de préscolarisation et de scolarisation des enfants ;
- Amélioration du niveau d'enregistrement des naissances à l'état civil ;
- Accompagnement des autorités pour l'amélioration de la situation des enfants dans les daaras ;
- Promotion de l'assainissement et meilleur accès à l'eau potable.

2.2.4 Région spécifique avec prévalence d'enfants ne vivant pas avec leurs 2 parents biologiques

ELEMENTS DU DIAGNOSTIC

La région de Ziguinchor observe des progrès intéressants dans le domaine de la santé et de l'éducation. En revanche, la région connaît une prévalence élevée d'enfants vulnérables : les orphelins et les enfants qui ne vivent pas avec leurs parents biologiques. En effet, il est noté un accroissement préoccupant du taux d'enfants vulnérables inhérent à la crise casamançaise. Le conflit armé a un impact négatif considérable sur le fonctionnement des espaces d'intégration d'enfants que sont les familles, les écoles etc. La crise casamançaise a occasionné un grand nombre de familles matriarcales, dirigées par les mères, dont les maris sont handicapés ou morts dans le conflit. Les conséquences qui en découlent sont la délinquance juvénile, l'abandon scolaire précoce la présence de plus en plus marquée d'enfants dans la rue. D'autres facteurs explicatifs sont aussi importants pour caractériser cette situation. Il s'agit de la forte prévalence du VIH/SIDA qui est plus élevée que la moyenne nationale, du fait entre autres, de la mobilité des populations à travers ces trois pays voisins (Sénégal, Gambie et Guinée-Bissau). L'autre facteur est aussi lié à la mobilité entretenue par des liens de parenté entre les peuples, les activités commerciales, ainsi que les pratiques socioculturelles.

L'importance de la migration des jeunes filles vers Dakar, la capitale sénégalaise, pour y travailler comme employées de maison, est aussi un facteur à retenir. Le plus souvent, de ces séjours dans la capitale en résulte une grossesse et l'enfant est confié aux parents de la jeune maman.

ENJEUX ET DEFIS

Les enjeux et défis sont :

- Atténuation de la pratique du confiage, à travers un programme de rétention des filles ;
- Mise en place d'un programme d'appui à la prise en charge des enfants orphelins ;
- Renforcement des campagnes de sensibilisation à l'endroit des jeunes pour lutter contre les maladies sexuellement transmissibles.
- Renforcement des stratégies de lutte contre l'infection à VIH y compris l'élimination de la transmission mère-enfant

LA DECENTRALISATION, UN LEVIER POUR REDUIRE LA PAUVRETE DES GROUPES I 5

2.2.5 Régions cumulant les risques les plus élevés pour les enfants**ELEMENTS DU DIAGNOSTIC**

Ces territoires qui cumulent les risques les plus élevés pour la prise en charge des enfants, concernent les régions de Kédougou, Kolda, Sédhiou, Tambacounda et Matam. Ils sont caractérisés par de très mauvaises performances dans tous les domaines relatifs à la situation des enfants victimes de multiples privations : forte prévalence MGF/E, taux de mortalité infanto-juvénile élevé, niveau élevé de grossesse précoce et de mariage d'enfants, forte proportion des enfants (filles et garçons) qui travaillent. La situation en matière d'assainissement est également préoccupante avec un fort recours à la nature comme lieu d'aisance, mais aussi l'utilisation des sources d'eau non protégées comme eau de boisson.

La prévalence des femmes excisées y est plus élevée que partout ailleurs au Sénégal, avec un taux de prévalence de 37% à Kédougou, 45% à Kolda et 55% à Matam (EDS-C 2016). C'est dans ces régions également que l'on trouve les plus forts pourcentages d'anémie des enfants de 6-59 mois avec 67% à Matam, 75% à Kédougou et 76% à Kolda ainsi que les taux les plus élevés de prévalence du paludisme (EDS-C 2016).

ENJEUX ET DEFIS

Les enjeux et défis sont liés à :

- Amélioration du niveau de préscolarisation et de scolarisation des enfants ;
- Diminution du taux de prévalence de la pratique des mutilations génitales féminines/ excision ;
- Mise en place d'un programme national pour une meilleure prise en compte des droits des enfants avec l'implication effective des collectivités territoriales ;
- Déroutement d'une vaste campagne de lutte contre les facteurs de déscolarisation des filles ;
- Amélioration du niveau d'enregistrement des naissances à l'état civil ;
- Une discrimination positive en faveur de ces régions dans la répartition géographique des investissements relatifs à la protection de l'enfant ;
- Promotion de l'assainissement et meilleur accès à l'eau potable ;
- Mise en place des conditions nécessaires pour réduire la mortalité maternelle et infanto-juvénile ;
- Amélioration de l'offre d'un paquet intégré d'interventions de Santé reproductive maternelle néonatale, infantile (SRMNIA) à haut-impact ;
- Amélioration de l'équité et la demande de services SRMNIA à travers le renforcement des stratégies communautaires intégrées de promotion, de prévention et de soins ;
- Renforcement des piliers de l'offre de services la SRMNIA (équipements, système de distribution des produits et médicaments essentiels, etc)
- Programme d'aide ciblé selon le cycle de vie : 1) lutter contre la malnutrition aiguë et chronique, contre la carence en micronutriments des 0-5 ans et des femmes en âge de procréer à travers entre autres des interventions préventives axées sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, et 2) lutter contre les risques de marginalisation et d'abandon scolaire pour les enfants âgés de 5 à 11 ans.

2.3 Des collectivités territoriales au service de l'équité et de la cohésion sociale pour le bien-être des enfants : donner du sens à l'Acte 3 de la décentralisation

Au regard des inégalités régionales observées, les collectivités territoriales doivent devenir des lieux de production d'équité. Le territoire devient ainsi le lieu d'expression des problèmes et de définition de ces politiques et c'est aussi à cette échelle que doivent être pensées les solutions pour répondre, de manière plus efficace, aux besoins des populations. Le territoire doit être le lieu de partage des initiatives, des buts, des risques et des gains possibles. La territorialisation des politiques publiques répond aux enjeux de lisibilité, de visibilité et d'efficacité de l'action publique. La territorialisation s'oppose ainsi à l'approche verticale descendante et sectorielle des politiques publiques devenues restrictives parce qu'elle (l'approche) a du mal à se multi-dimensionner. L'approche de type vertical ascendant prend sa source au niveau des collectivités de base et permet d'apprécier la réalité humaine et sa dynamique.

Cependant, l'approfondissement du processus de la décentralisation doit s'inscrire dans une logique d'articulation et de complémentarité avec les politiques publiques nationales à condition qu'elle soit propice aux pauvres.

La réforme de l'Acte 3 de la décentralisation aura tout son sens si elle conduit à un véritable partenariat à la coproduction de politiques de protection de l'enfance et de la santé de la mère. C'est à l'échelle des collectivités territoriales que l'Etat doit élaborer et mettre en œuvre des politiques partagées. L'Acte 3 doit conférer au territoire un véritable rôle de maîtrise d'ouvrage et de conduite des projets et d'investissements. La mise en œuvre des programmes ministériels doit se faire de manière coordonnée au sein des territoires. Le principe de subsidiarité doit être à la base de la démarche multi-échelle et multi-acteurs. L'échelon départemental et surtout le pôle territoire, s'il est mis en place, devrait jouer un rôle stratégique d'orientation et de programmation des actions et l'échelon communal doit être le niveau de mise en œuvre en assurant la maîtrise d'ouvrage délégué.

La territorialisation ne signifie pas exclusion de l'Etat. Au contraire, l'Etat demeure un acteur principal qui incarne la légitimité et sa mission est de définir les priorités en matière de protection de l'enfance, il doit créer les conditions d'un accès optimal pour les catégories les plus vulnérables. C'est à lui de déterminer, après concertation, la nature des biens et des services que la collectivité territoriale prendrait en charge tout en lui en donnant les moyens.





CONCLUSIONS ET PRIORITES



CONCLUSIONS ET PRIORITES

La revue de la situation des enfants et adolescents/jeunes a permis globalement de révéler des défis importants mais aussi de générer des facteurs de pertinence et de durabilité grâce à l'engagement politique de l'Etat et des parties prenantes à travers diverses stratégies notamment le renforcement des stratégies, politiques et programmes nationaux focus sur les enfants/ados/jeunes. En effet, la présente analyse a permis d'identifier des facteurs favorisant la pérennisation des interventions et la durabilité des résultats acquis pour le développement de l'enfant et de l'adolescent.

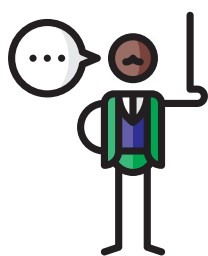
L'engagement de l'Etat s'est traduit par la mise en place de politiques et/ou de programmes axés sur les enfants/ados/jeunes afin de promouvoir et développer leur bien-être et leur potentiel. En effet, l'axe 2 « capital humain, protection sociale et développement durable » du Plan Sénégal Emergent constitue le socle autour duquel doivent s'articuler les politiques sectorielles sociales visant à développer entre autres, des services sociaux de base tels que l'élargissement de l'assiette d'accès aux services de santé et à la couverture sociale.

L'implication active des Parlementaires (députés, sénateurs et hauts conseillers), des Collectivités territoriales, des leaders communautaires et des communicateurs traditionnels dans les politiques de promotion des enfants et des ados/jeunes, à travers des actions de sensibilisation et le plaidoyer pour le respect de leurs droits, a permis d'améliorer de façon considérable la situation des enfants et adolescents.

Cet engagement des parties prenantes a permis d'enregistrer des résultats substantiels qui ont de fortes chances de perdurer, étant donné que les effets mêmes des différentes politiques et programmes sont définis et orientés sur les effets des documents stratégiques des Ministères sectoriels et donc sur les priorités nationales. Il convient en outre d'ajouter que les acquis en termes de prise en charge et de renforcement de capacités techniques, institutionnelles auront un effet certain de réplication des activités et interventions à haut impact sur l'ensemble de la société sénégalaise.

Toutefois, malgré ces résultats enregistrés, des facteurs favorisant la durabilité des acquis dans les différentes thématiques existent mais ils s'avèrent encore fragiles car menacés par un contexte socioculturel comprenant des contraintes rendant précaires les changements et progrès obtenus en matière de droits des enfants et ados/jeunes dans les domaines de la santé, de l'éducation et de la protection sociale, particulièrement des groupes vulnérables majoritairement localisés dans le milieu rural et périurbain.

Au terme de l'analyse de la situation des enfants/ados/jeunes, les conclusions et les recommandations sont présentées au niveau programmatique tout en restant dans l'approche par cycle.



CONCLUSIONS

ENVIRONNEMENT

- Les ressources publiques allouées aux programmes pour les enfants et les adolescents ne sont pas suffisantes pour adresser les défis surtout de la protection de l'enfant, malgré le fait que le budget social représente un tiers du budget général de l'état. Ces dernières années, le budget général a augmenté à un rythme plus rapide que le budget social, malgré que la demande sociale s'accroisse toujours, dans un contexte de forte dépendance démographique surtout de la population d'enfants et de jeunes.

OFFRE

- Malgré la disponibilité d'un certain nombre de programmes visant à assurer la protection sociale pour les enfants, la couverture reste faible, ainsi que l'impact mesuré en termes d'amélioration des résultats pour les enfants. Le Registre National Unique n'est pas encore un outil systématiquement utilisé pour cibler les enfants pauvres, même si 450,000 ménages pauvres (la plupart avec enfants) y sont répertoriés, ou plus de moitié de tous les ménages pauvres au Sénégal. Il n'y a pas de suivi rigoureux des résultats pour les enfants dans la mise en œuvre des bourses de sécurité familiales à cause des faiblesses des cadres de suivi et d'accompagnement au niveau local et les faiblesses du partenariat entre la DGPSN et les ministères sectoriels pour circonscrire les rôles et les responsabilités.
- Les programmes de gestion des risques sociaux et de lutte contre les inégalités sociales et régionales demeurent nécessaires pour promouvoir les capacités de résilience des populations face à l'amplification des vulnérabilités et des risques d'extrême pauvreté notamment dans les zones de banlieues urbaines à Dakar et dans les régions périphériques.
- L'insécurité alimentaire affecte plus fortement la situation nutritionnelle des enfants : 35,1% des ménages ont été incapables de nourrir leurs enfants de moins de 15 ans et cette proportion est de 44% en milieu rural, suivant les dernières données de l'enquête de suivi de la pauvreté au Sénégal.
- Des lacunes importantes à résorber en matière de protection des enfants restent : 30% des enfants de moins de 5 ans n'ont aucune identité juridique parce que non déclarés à l'état civil. Les pratiques discriminatoires et néfastes perdurent avec la prévalence des MGF qui s'élève encore à 22,7% pour les filles de 15-19 ans et les mariages d'enfants persistent encore dans le pays (3,7% des filles de 12-14 ans et 21,3% des adolescentes).
- Les enfants sont toujours victimes de maltraitance et de violence notamment les enfants en situation de rue et les talibés qui pratiquent la mendicité dans des conditions très difficiles assimilables selon Human Right Watch à de « l'esclavage ». Malgré les conventions internationales signées et ratifiées par le Sénégal interdisant le travail des enfants, 24 % de l'effectif des 5-17 ans mènent des activités économiques et des tâches domestiques.

Malgré les progrès de ces dernières années en termes de renforcement du système multisectoriel de protection de l'enfant, en particulier à travers la mise en place de Comités Départementaux de Protection de l'enfant, l'accès des enfants ayant besoin de protection spécialisée, à des services de qualité reste affecté par une couverture insuffisante et inéquitable des services sociaux, des

CONCLUSIONS ET PRIORITES

capacités opérationnelles limitées de ces mêmes services sociaux ; des besoins de clarifications des rôles et responsabilités de chacun des secteurs et des services au regard de la prévention et réponse aux violations de droit des enfants ; une fonctionnalité variable des mécanismes de coordination et de suivi tant au niveau national que déconcentré ; une articulation insuffisante entre les interventions et mesures prises dans le cadre de la lutte contre les VBG et dans le cadre de la protection de l'enfant ; l'absence de données de routine en protection de l'enfant à niveau national.

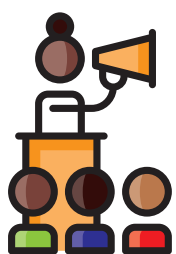
- La mise en œuvre des approches intégrées à chaque niveau du système de santé, plutôt que sur des approches verticales et isolées va permettre de juguler les défis liés à l'offre de services de santé pour les enfants. L'identification des interventions prioritaires du paquet de la SRMNIA sera axée sur les causes de la mortalité maternelle néonatale, infanto-juvénile.

DEMANDE

- L'analyse a aussi montré que beaucoup d'efforts ont été fait dans le domaine de la santé des enfants, des adolescents/jeunes ; mais force est de constater que beaucoup reste à faire pour réduire les taux de mortalité néo-natale, infantile et infanto-juvénile qui se situent toujours à des niveaux très élevés au Sénégal en raison de la persistance des barrières socioculturelles et religieuses. Ceci nécessite des réponses multiples et coordonnées en faisant focus sur le niveau communautaire où la prévalence est plus importante.
- En protection de l'enfant, le ciblage des pesanteurs socioculturelles, la transformation des normes sociales et la promotion de normes et comportements positives pour la protection des enfants constitue un enjeu essentiel. Beaucoup d'efforts ont été faits dans ce domaine depuis l'adoption de la SNPE, mais les approches et les outils de communication sont dispersés et ne sont pas systématiquement basées sur des évidences, le rôle essentiel joué par les chefs religieux influents dans la sphère sociale n'est pas suffisamment pris en compte.

QUALITÉ

- L'analyse de la situation de l'éducation a révélé des offres d'éducation de faible qualité quel que soit le niveau d'enseignement. Ceci se traduit par des inégalités dans les statuts et capacités de décision et d'accès des enfants au système éducatif formel.
- La qualité des services de santé reste problématique et justifie le niveau insuffisant de baisse des indicateurs malgré les efforts consentis dans le domaine de la santé.



PRIORITES

PRIORITE 1.

GÉNÉRATION D'ÉVIDENCES ET DES DONNÉES PROBANTES COMME FACTEUR DE CHANGEMENT POUR LES ENFANTS

- L'importance d'améliorer les systèmes de collecte et analyse des données surtout concernant la protection de l'enfant
- L'importance d'améliorer l'analyse des déterminants de l'offre et la demande de services de base
- L'importance de faire un suivi local de la situation des enfants et de la mise en œuvre des cibles ODD sur lesquels le Sénégal est aligné
- L'importance de l'analyse coût-efficacité et coût-efficacité des investissements publiques en appui à la réallocation budgétaire et la rationalisation des dépenses pour de meilleurs résultats pour les enfants
- L'importance d'améliorer la qualité de la programmation budgétaire et le suivi des résultats dans les secteurs par rapport aux ressources allouées.
- Renforcement du suivi des ODD relatifs à la protection des enfants, en particulier en matière de violences faites aux enfants, dans les systèmes d'information de routine et dans les enquêtes de population de types EDS/MICS.

PRIORITE 2.

DIALOGUE POLITIQUE ET PLAIDOYER POUR RALLIER LES DÉCIDEURS ET LE GRAND PUBLIC À LA CAUSE DES ENFANTS

- L'importance d'ériger l'enfant, l'adolescente et le jeune en priorité politique dans le cadre du PSE phase 2
- L'importance d'identifier des programmes et projets phares concernant l'amélioration du bien-être des enfants, des adolescents et les jeunes dans la phase 2 du PSE à travers les orientations stratégiques et les Programmes d'action prioritaires
- Renforcement des engagements sectoriels en appui à la prévention et à la réponse aux situations de violences, abus, exploitation affectant les enfants, à travers une clarification des responsabilités des secteurs et l'intégration de la protection de l'enfant dans les politiques et plans des différents secteurs concernés, en termes de prévention, détection, référence et/ou prise en charge (action sociale, éducation, santé, justice, sécurité, famille) Renforcement du cadrage stratégique et politique de l'état civil et de l'identification, centré sur l'enregistrement universel des faits d'état civil, en particulier des naissances, la modernisation et sécurisation des systèmes, et la production de statistiques vitales

CONCLUSIONS ET PRIORITES

PRIORITE 3.

DÉVELOPPER LES PARTENARIATS ET TIRER PLEINEMENT PARTI DES RESSOURCES ET PARTENARIATS EXISTANTS EN FAVEUR DES ENFANTS

- L'importance de formaliser les actions RSE des entreprises en appui aux plans d'action sectoriels et multisectoriels visant à hausser la couverture en services sociaux de base et à améliorer les conditions de vie des enfants

PRIORITE 4.

FAVORISER L'INNOVATION EN FAVEUR DES ENFANTS

- L'importance de TIC surtout en éducation pour augmenter la scolarisation des enfants qui sont hors de l'école formelle et la qualité de l'éducation à travers des actions à faible cout et à haut impact
- L'importance du contrôle citoyen de l'action publique pour assurer la qualité de l'enseignement a tous les niveaux, l'accès et la qualité des services d'état civil

PRIORITE 5.

PRISE EN COMPTE DE LA PROBLÉMATIQUE ÉQUITÉ, GENRE, ET ÂGE DANS LES PROGRAMMES

- L'importance d'une planification et programmation budgétaire sensible aux questions d'équité, genre, âge etc.

PRIORITE 6.

MISE EN ŒUVRE EFFICACE DE PROGRAMMES PERMETTANT DE MIEUX RÉPONDRE AUX BESOINS DES ENFANTS Y COMPRIS EN SITUATION D'URGENCE

- L'importance d'améliorer le ciblage et le suivi et l'évaluation des programmes et surtout des programmes visant à atteindre les enfants 'laissés en rade' tel qu'à travers le Registre National Unique et les programmes phares sectoriels et multisectoriels visant les mesures spécifiques pour les enfants face aux barrières socio-économiques d'accès aux services

PRIORITE 7.

METTRE LA FORCE DES ENTREPRISES ET DES MARCHÉS AU SERVICE DES ENFANTS

- L'importance de sensibiliser les entreprises sur le respect des droits des enfants et d'orienter leurs actions de responsabilité sociétale vers les besoins réels de la communauté et en appui aux plans d'action sectoriels

PRIORITE 8.

RENFORCEMENT DES APPROCHES DE COMMUNICATION POUR LE CHANGEMENT SOCIAL BASÉ SUR LES ÉVIDENCES

- Amélioration des connaissances autour des déterminants des normes sociales et comportements par rapport à la violence, abus, exploitation, pratiques néfastes à l'encontre des enfants et développement de cadres de mesure et de suivi du changement social en matière de protection de l'enfant

CONCLUSIONS ET PRIORITES

- Renouvellement et renforcement des approches de communication pour le changement de normes sociales et de comportement en faveur de la protection de l'enfant, en particulier en termes de méthodologies et outils pour le dialogue communautaire, la création d'alliances avec les leaders traditionnels et religieux, l'engagement des jeunes, le renforcement des capacités parentales pour une meilleure prévention et gestion des situations de violence, abus, exploitation affectant les enfants.

PRIORITE 9.

AMÉLIORATION DE L'ACCÈS ET DE LA QUALITÉ DES SERVICES AUX ENFANTS

- Renforcement de l'organisation, standardisation et budgétisation des services sociaux et des services de protection judiciaires, pour plus de qualité et d'efficacité dans la prestation de service en termes de prévention et réponse aux situations de protection de l'enfant
- Amélioration des capacités des établissements scolaires et des structures sanitaires (procédures, outils, formations...) à mieux prévenir, détecter et répondre aux situations de violences, abus, exploitation, pratiques néfastes affectant les enfants
- Mise en place d'un système intégré et informatisé de gestion des cas de protection de l'enfant, assurant un continuum de service pour les enfants ayant besoin de protection et le suivi des cas (qualité, données)
- Revue et renforcement du système de protection de remplacement pour les enfants privés de protection parentale, y compris les dispositifs d'adoption, sur la base des principes fondamentaux du droit à la vie familiale et du placement institutionnel en mesure de dernier recours
- L'importance d'améliorer la qualité dans les services de santé, de nutrition, d'éducation et de protection sociale délivrés aux enfants

PRIORITE 10.

RENFORCEMENT DE LA PROTECTION JURIDIQUE DES ENFANTS

- Accélération des réformes attendues en matière de protection des droits de l'enfant conformément aux engagements internationaux du Sénégal : Code de l'enfant, révision du Code pénale et code de procédure pénale, projet de loi sur le défenseur des enfants, projet de loi portant réforme des daara
- Renforcement de l'application de la loi

PRIORITE 11.

RENFORCEMENT DE LA COORDINATION DES INTERVENTIONS EN FAVEUR DE L'ENFANT

- Renforcement de l'organisation, financement et fonctionnement des mécanismes multilatéraux de coordination de l'action gouvernementale en matière de protection de l'enfant, tant au niveau central qu'au niveau déconcentré (régional, départemental, local)
- Améliorer les capacités des professionnels à travers un renforcement de la protection de l'enfant dans les formations initiales et des plans de formation continue



ANNEXES



ANNEXES

ANNEXE 1 : BIBLIOGRAPHIE

1. Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD), Sénégal : Enquête Démographique et de Santé Continue (EDS-Continue) 2012, 2013, 2014, 2015, 2016
2. Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie et UNICEF, 2016, MICS V Dakar, Enquête par grappes à indicateurs multiples 2015-2016, Rapport final
3. Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie, 2015, Pauvreté et conditions de vie des ménages
4. Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie, 2015, Sénégal Situation économique et sociale 2013, Régions Situation économique et sociale 2013
5. Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie, 2015, Situation économique et sociale des régions 2013,
6. Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie, 2013, Recensement Général de la Population, de l'Habitat
7. Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie, 2011-2012, EDS-MICS
8. Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie, 2013, Deuxième Enquête de Suivi de la Pauvreté au Sénégal (ESPS-II 2011)»
9. Banque Mondiale, Société Financière Internationale ; Palgrave Macmillan. (2013) Doing Business 2013 Washington, D.C. ;
10. Chaque femme chaque enfant, 2015, - La stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016-2030) – Survivre – s'épanouir – transformer
11. Cellule Nationale de Lutte contre la Traite des Personnes, en particulier les Femmes et les Enfants (CNLTP), 2014, Cartographie des écoles coraniques de la région de Dakar
12. Comité Africain d'Experts sur les Droits et le Bien-être de l'Enfant de l'Union Africaine, 2012, Recommandations et observations adressées au Gouvernement du Sénégal par le Comité Africain d'Experts sur les Droits et le Bien-être de l'Enfant sur le rapport initial de la mise en œuvre de la Charte Africaine des Droits et du Bien-être de l'Enfant »,
13. Document de politique nationale de développement de la nutrition 2015 -2025.
14. DGPPE, BOS et BOM, CAES/Primature, DGB et ANSD, 2017, Revue Annuelle conjointe, (RAC), état de mise en œuvre de la politique économique et sociale en 2016
15. Fonds Monétaire International (FMI), 2014, Septième revue de l'Instrument de soutien à la politique Economique, Rapport du FMI
16. Humann Right Watch, 2016, « Sur le dos des enfants », Mendicité forcée et autres mauvais traitements à l'encontre des talibés au Sénégal,
17. IRD, UCAD et UNICEF. 2016. Les enfants hors ou en marge du système scolaire classique au Sénégal. Etude "Orlecol ". Synthèse analytique
18. Lartes/IFAN, 2016, Jangandoo, baromètre de la qualité des apprentissages au Sénégal.
19. Ministère de l'Hydraulique et de l'Assainissement – PEPAM, Présentation de la Revue Sectorielle Conjointe – 2009-2010-2011-2012-2013-2014-2015-2016
20. Ministère de l'Economie, des Finances et du Plan, 2017, En route pour engranger le dividende démographique au Sénégal
21. Ministère de l'Economie des Finances et du Plan, UNICEF, 2016, Actes du symposium sur l'enfant au Sénégal dans le cadre du Plan Sénégal émergent
22. Ministère de l'Economie des Finances et du Plan, Direction Générale de la Planification et des Politiques, UNICEF, 2016, Analyse des dépenses publiques
23. Ministère de l'Education Nationale, Direction de la Planification et de la Réforme de l'Education, 2016, Rapport sur la situation de l'éducation
24. Ministère de l'Education Nationale, 2014, « Etat des lieux de l'éducation de base au Sénégal ».
25. Ministère de la Famille, Direction des Droits, de la Protection de l'Enfance et des Groupes Vulnérables, Plan de retrait des enfants de la rue, Rapport Annuel JUIN 2016 –JUIN 2017.
26. Ministère de la Femme, de la Famille et du Développement Social, Ministère de la Justice, Cellule d'Appui à la Protection de l'Enfance, UNICEF, Save the Children Suède, Plan International, 2011, Cartographie et analyse des systèmes de protection de l'enfance au Sénégal.
27. Ministère de la Femme, de la Famille et du Développement Social, Stratégie Nationale pour l'Egalité et l'Equité de Genre – SNEEG 2015.

28. Ministère de la Justice, DESPS, Rapport annuel 2016.
29. Ministère de la Santé et de l'Action sociale, UNICEF, 2016, Enquête nutritionnelle nationale utilisant la méthode SMART.
30. OCDE, 2017, L'examen multidimensionnel du Sénégal : Volume 1. Evaluation initiale, les voies de développement
31. Plan Sénégal Emergent (PSE) 2014 – 2018 « Un Sénégal émergent et solidaire ».
32. Plan stratégique de santé sexuelle et de la reproduction des adolescent (e) s jeunes au Sénégal (2014- 2018).
33. Programme des Nations Unis pour le Développement, 2006, Rapport mondial sur le développement humain.
34. République du Sénégal, 2013, Plan d'action de la Stratégie Nationale de Protection de l'Enfant.
35. Saliou FAYE, 2014 "La problématique des enfants de rue au Sénégal." Texte d'une conférence dispensée dans le cadre d'un colloque organisé en 2014 à l'Université de Dakar au Sénégal, 17 pp.
36. Samu Social Sénégal, 2016, Rapport d'activités.
37. Save the Children Sénégal, 2014, Analyse de la Situation des Droits de l'Enfant au Sénégal.
38. Secrétariat Exécutif du Conseil National à la Sécurité Alimentaire, 2013, Enquête nationale sur la Sécurité Alimentaire et la Nutrition.
39. UNICEF, 2017, Analyse du budget social au Sénégal sur la période 2013 – 2015
40. UNICEF, ANSD, 2016, Le profil statistique de l'enfant au Sénégal sur la base du recensement général de la population 2013 une contribution vers la situation des enfants au Sénégal.
41. UNICEF, ANSD, 2016, Livre des statistiques clés sur les enfants : plus de 100 tableaux sur la situation des enfants au Sénégal.
42. UNICEF, Ministère de la santé et de l'action sociale, 2016, Initiative pour les micronutriments, gain, cellule de lutte contre la malnutrition, Enquête nationale sur l'utilisation du sel adéquatement iode et des bouillons par les ménages et le statut des femmes enceintes et en âge de procréer.
43. UNICEF /BIT, 2012, Amélioration de la situation des enfants à risques au Sénégal : Analyse des effets et des bonnes pratiques du projet inter agences BIT/UNICEF dans la commune de Mboro et les communautés rurales de Darou Khoudoss, Taïba Ndiaye et Ngoundiane (région de Thiès).
44. UNICEF, 2009, Rapport National Sénégal. Etude mondiale sur la pauvreté et les disparités chez les enfants.
45. UNICEF, Revue à mi-parcours du programme pays 2007-2011 SENEGAL.
46. UNICEF, 2009, Promouvoir les droits de l'enfant pour mettre fin à la pauvreté des enfants, Cadre des programmes de plan (2009-2013), Rapport final.
47. USAID, 2017, Etude Nationale sur les enfants et les jeunes hors du système éducatif au Sénégal.
48. Conventions et Textes de loi
49. Convention relative aux Droits de l'Enfant (CDE, 1989)
50. Convention sur l'Élimination de toutes Formes de Discrimination à l'Égard des Femmes (CEDEF, 1985)
51. Charte Africaine des Droits et du Bien-être de l'Enfant
52. Constitution de la République du Sénégal du 22 Janvier 2001
53. Loi n° 97-17 du 1er décembre 1997 portant code du travail
54. Loi n°87-010 du 1er août 1987 portant Code de la famille
55. Loi n° 65-60 du 21 juillet 1965 portant code pénal
56. Loi n° 65-61 du 21 juillet 1965 portant code de procédure pénale
57. Loi d'orientation de l'éducation n°91-22 du 16 février 1991 modifiée par La loi 2004-37 du 15 Décembre 2004 relative à l'obligation scolaire
58. Loi d'orientation sociale relative à la promotion et la protection des personnes handicapées du 26 juillet 2010
59. Loi n°2005-18 du 05 aout 2005 relative à la santé de la reproduction
60. Loi n°99-05 du 29 janvier 1999 modifie le code pénal en vue de pénaliser la pratique de l'excision
61. Loi n° 2010-03 du 09 avril 2010 pour la prise en charge globale des personnes infectées ou affectées et la prévention pour freiner la propagation de l'infection à VIH/SIDA

ANNEXES

ANNEXE 2 : BASE DE DONNÉES CARTOGRAPHIQUES

Poids démographique et indice pauvreté

Régions	Poids démographique	Indice pauvreté
Dakar	24%	26,1
Diourbel	11%	48,9
Fatick	5%	67,8
Kaffrine	4%	63,4
Kaolack	7%	61,8
Kédougou	1%	71,4
Kolda	5%	76,6
Louga	7%	26,8
Matam	4%	45
Saint Louis	4%	39,6
Sédhiou	3%	68,3
Tambacounda	5%	60,4
Thiès	14%	40,3
Ziguinchor	4%	66,9

Taux Brut de préscolarisation

Régions	Taux Brut de préscolarisation Garçon	Taux Brut de préscolarisation Fille	Taux Brut de préscolarisation Total
Dakar	26,60%	30,50%	28,40%
Diourbel	6,50%	8,80%	7,60%
Fatick	11,50%	13,20%	12,30%
Kaffrine	4,40%	5,80%	5,10%
Kaolack	8,40%	10,60%	9,50%
Kédougou	17,40%	18,90%	18,20%
Kolda	13,40%	14,60%	14,00%
Louga	20,90%	26,00%	23,40%
Matam	8,60%	11,90%	10,20%
Saint Louis	13,60%	16,40%	15,00%
Sédhiou	25,20%	26,40%	25,80%
Tambacounda	12,40%	14,10%	13,20%
Thiès	15,90%	18,90%	17,40%
Ziguinchor	53,20%	54,00%	53,60%

Taux brut de scolarisation élémentaire

Régions	Taux brut de scolarisation élémentaire Garçons	Taux brut de scolarisation élémentaire Filles	Taux brut de scolarisation élémentaire Total
Dakar	100%	106%	103%
Diourbel	47%	62%	55%
Fatick	87%	95%	91%
Kaffrine	42%	56%	49%
Kaolack	72%	84%	78%
Kédougou	114%	109%	111%
Kolda	92%	96%	94%
Louga	62%	78%	70%
Matam	57%	91%	73%
Saint Louis	79%	103%	91%
Sédhiou	106,60%	106,10%	106%
Tambacounda	74%	82%	78%
Thiès	95%	107%	101%
Ziguinchor	122%	122%	122%

Taux brut de scolarisation secondaire général

Régions	Taux brut de scolarisation Secondaire général Garçons	Taux brut de scolarisation Secondaire général Filles	Taux brut de scolarisation Secondaire général Total
Dakar	44,7%	47,2%	46,0%
Diourbel	17,9%	15,9%	16,9%
Fatick	37,2%	39,1%	38,1%
Kaffrine	16,3%	13,3%	14,9%
Kaolack	37,6%	31,6%	34,7%
Kédougou	32,2%	13,2%	23,2%
Kolda	29,8%	19,8%	25,0%
Louga	22,6%	24,4%	23,4%
Matam	17,7%	20,8%	19,2%
Saint Louis	34,8%	36,4%	35,6%
Sédhiou	42,4%	22,7%	33,2%
Tambacounda	22,9%	18,0%	20,6%
Thiès	39,2%	42,6%	40,9%
Ziguinchor	73,0%	68,4%	70,9%

ANNEXES

Santé

Régions	Méthodes modernes contraception	Mortalité infanto- juvénile	Couverture vaccinale 2016 en %
Dakar	33,3	42	78
Diourbel	11,5	81	66
Fatick	21,6	61	79
Kaffrine	13,8	74	73
Kaolack	18,6	66	70
Kédougou	11,2	140	47
Kolda	18,9	105	65
Louga	19,9	52	56
Matam	10,8	55	57
Saint Louis	26,6	48	72
Sédhiou	16,1	78	64
Tambacounda	9,9	105	41
Thiès	31,3	34	82
Ziguinchor	24,1	65	74

Eau et assainissement

Régions	Accès par AEP	Taux d'accès à l'assainissement amélioré	Taux de défécation à l'air libre
Dakar	99,0%	87,7%	0,5%
Diourbel	91,6%	42,2%	12,1%
Fatick	81,2%	27,4%	27,8%
Kaffrine	84,3%	12,2%	29,4%
Kaolack	88,9%	30,0%	13,9%
Kédougou	30,7%	7,2%	40,3%
Kolda	34,9%	8,0%	8,1%
Louga	82,3%	33,6%	25,1%
Matam	81,9%	16,3%	28,0%
Saint Louis	85,1%	37,5%	16,6%
Sédhiou	37,5%	5,0%	11,7%
Tambacounda	51,7%	12,7%	17,2%
Thiès	90,0%	49,5%	8,7%
Ziguinchor	58,0%	23,1%	4,9%

Enregistrement et mariage d'enfant

Régions	Non enregistrement des enfants	Mariage d'enfants	Pourcentage ne vivant avec aucun parent biologique	Pourcentage d'enfants de 5 à 17 ans ayant travaillé au cours de la semaine ayant précédé l'enquête
Dakar	9,6	15	14,5	11
Diourbel	35,6	35,1	15,6	20
Fatick	27,8	27,3	18,1	36
Kaffrine	58,2	61,7	14,0	42
Kaolack	29,4	41	15,6	27
Kédougou	29,8	66,9	12,2	33
Kolda	37,4	59,3	13,1	26
Louga	50,6	41,8	11,8	28
Matam	36,6	49,4	15,3	19
Saint Louis	37,5	43,1	12,6	21
Sédhiou	36,8	34,9	23,5	29
Tambacounda	50	56	12,9	44
Thiès	18,7	16,8	12,9	24
Ziguinchor	18,7	9,2	27,0	18

Enfant ne vivant avec aucun parent biologique et travaille des enfants

Régions	Pourcentage ne vivant avec aucun parent biologique	Pourcentage d'enfants de 5-17 ans ayant travaillé au cours de la semaine ayant précédé l'enquête
Dakar	14,5	11
Diourbel	15,6	20
Fatick	18,1	36
Kaffrine	14,0	42
Kaolack	15,6	27
Kédougou	12,2	33
Kolda	13,1	26
Louga	11,8	28
Matam	15,3	19
Saint Louis	12,6	21
Sédhiou	23,5	29
Tambacounda	12,9	44
Thiès	12,9	24
Ziguinchor	27,0	18

ANNEXES

ANNEXE 3 : BASE DE DONNÉES ANALYSE ACP

Région	Enregistrement avec acte naissance <i>EDS-C 2016</i>	Enregistrement sans acte naissance <i>EDS-C 2016</i>	Quintile bien-être des plus pauvres	Quintile bien <i>EDS-C 2016</i>	MGF 0-14 ans <i>EDS-C 2016</i>	MGF 15-49 ans moins de 5 ans <i>EDS-C 2016</i>
Dakar	24%	24%	24%	24%	24%	26,1
Diourbel	11%	11%	11%	11%	11%	48,9
Fatick	5%	5%	5%	5%	5%	67,8
Kaffrine	4%	4%	4%	4%	4%	63,4
Kaolack	7%	7%	7%	7%	7%	61,8
Kédougou	1%	1%	1%	1%	1%	71,4
Kolda	5%	5%	5%	5%	5%	76,6
Louga	7%	7%	7%	7%	7%	26,8
Matam	4%	4%	4%	4%	4%	45
Saint Louis	4%	4%	4%	4%	4%	39,6
Sédhiou	3%	3%	3%	3%	3%	68,3
Tambacounda	5%	5%	5%	5%	5%	60,4
Thiès	14%	14%	14%	14%	14%	40,3
Ziguinchor	4%	4%	4%	4%	4%	66,9

Région	Répartition % des enfants occupés masculin <i>RGPHAE 2013</i>	Répartition % des enfants occupés féminin <i>RGPHAE 2013</i>	Enfants de 5-17 ans trav dang <i>EDS-C 2016</i>	Enfants ne vivant pas avec un parent biologique <i>EDS-C 2016</i>	Enfants ayant un ou 2 parents décédés <i>EDS-C 2016</i>	% Etbliss apprentissage
Dakar	3.8	2.7	1.8	14.5	4.7	63.8
Diourbel	7.6	4.7	9.9	15.6	4.9	23.3
Fatick	7	3.6	15	18.1	6.6	32.2
Kaffrine	15.9	11	23.3	14	6.5	14.1
Kaolack	7.5	5	12.1	15.6	6.5	23.6
Kédougou	8.6	8.1	19.1	12.2	6.5	16.4
Kolda	12.5	9.8	3.8	13.1	8.3	18.5
Louga	12.6	7.8	15.1	11.8	3.2	26.7
Matam	10.7	5.4	7.7	15.3	5.8	18.3
Saint louis	7.9	3	7.7	12.6	5.1	26.5
Sédhiou	12.7	11.3	4.9	23.5	9.3	22.8
Tambacounda	17.8	12.1	28.2	12.9	7.3	14.3
Thiès	5.5	3	10.9	12.9	5.8	48.5
Ziguinchor	2.7	2	5.1	27	10.5	49.9

ANNEXES

Région	Adduction eau potable <i>Revue sectorielle PEPAM-2016</i>	Puits modernes <i>Revue sectorielle PEPAM 2016</i>	Chasse raccordée à l'égout <i>RGPHAE 2013</i>	Chasse avec fosse <i>RGPHAE 2013</i>	Défécation dans la nature <i>RGPHAE 2013</i>	Lavage des mains avec savon et eau <i>EDS-C 2016</i>
Dakar	99.00%	0.00%	40.90%	46.80%	0.50%	65.50%
Diourbel	91.60%	0.50%	4.50%	37.70%	12.10%	92.50%
Fatick	81.20%	8.40%	1.80%	25.60%	27.80%	70.80%
Kaffrine	84.30%	7.90%	2.20%	10.00%	29.40%	26.40%
Kaolack	88.90%	4.20%	4.70%	25.30%	13.90%	49.80%
Kédougou	30.70%	62.70%	0.80%	6.40%	40.30%	34.50%
Kolda	34.90%	28.70%	1.70%	6.30%	8.10%	64.20%
Louga	82.30%	1.90%	5.40%	28.20%	25.10%	85.10%
Matam	81.90%	7.50%	2.90%	13.40%	28.00%	89.40%
Saint louis	85.10%	7.60%	7.40%	30.10%	16.60%	87.10%
Sédhiou	37.50%	36.30%	1.00%	4.00%	11.70%	75.20%
Tambacounda	51.70%	27.20%	2.10%	10.60%	17.20%	27.40%
Thiès	90.00%	0.40%	6.40%	43.10%	8.70%	70.60%
Ziguinchor	58.00%	34.90%	3.80%	19.30%	4.90%	78.40%

Région	Mortalité Infantile <i>EDS-C 2016</i>	Mort infanto- juvénile <i>EDS-C 2016</i>	Accouchement établissement de santé <i>EDS-C 2016</i>	Achèvement primaire garçon	Achèvement primaire fille	Taux brut de préscolarisation garçon <i>RNSE, 2016</i>
Dakar	31	42	94.6	71.7	79.9	26.60%
Diourbel	56	81	81.9	27.3	38.7	6.50%
Fatick	38	61	79.9	55	68.8	11.50%
Kaffrine	31	74	52.7	27	38.1	4.40%
Kaolack	42	66	72.1	47.7	59	8.40%
Kédougou	71	140	46.4	90.8	85.4	17.40%
Kolda	63	105	50.7	64.5	68.9	13.40%
Louga	41	52	68.5	41.5	54.3	20.90%
Matam	42	55	63.4	34.4	62	8.60%
Saint louis	36	48	70.4	49.5	70.1	13.60%
Sédhiou	52	78	57.4	73.1	71.9	25.20%
Tambacounda	48	105	44.7	52.2	59.9	12.40%
Thiès	26	34	89.9	62.6	78.1	15.90%
Ziguinchor	53	65	90.8	85.1	88.5	53.20%

ANNEXES

Région	Taux brut de préscolarisation fille <i>RNSE, 2016</i>	Taux brut de scolarisation élémentaire garçons <i>RNSE, 2016</i>	Taux brut de scolarisation élémentaire filles <i>RNSE, 2016</i>	Taux brut de scolarisation secondaire général garçons <i>RNSE, 2016</i>	Taux brut de scolarisation secondaire général filles <i>RNSE, 2016</i>	% Etbliss apprentissage
Dakar	30.50%	99.90%	105.90%	44.70%	47.20%	63.8
Diourbel	8.80%	47.10%	62.40%	17.90%	15.90%	23.3
Fatick	13.20%	86.90%	95.30%	37.20%	39.10%	32.2
Kaffrine	5.80%	42.10%	55.60%	16.30%	13.30%	14.1
Kaolack	10.60%	72.20%	83.90%	37.60%	31.60%	23.6
Kédougou	18.90%	113.70%	108.80%	32.20%	13.20%	16.4
Kolda	14.60%	92.40%	95.80%	29.80%	19.80%	18.5
Louga	26.00%	61.70%	78.40%	22.60%	24.40%	26.7
Matam	11.90%	56.50%	91.10%	17.70%	20.80%	18.3
Saint louis	16.40%	78.80%	103.40%	34.80%	36.40%	26.5
Sédhiou	26.40%	106.60%	106.10%	42.40%	22.70%	22.8
Tambacounda	14.10%	74.00%	81.60%	22.90%	18.00%	14.3
Thiès	18.90%	95.40%	107.30%	39.20%	42.60%	48.5
Ziguinchor	54.00%	121.70%	121.90%	73.00%	68.40%	49.9

ANNEXE 4 : LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

Prénoms et noms	Fonctions et structures	Contact
UNICEF		
Mme Laetitia Bazzi	Chef de la Section Protection	lbazzi@unicef.org
Elena Roversi	Point focal suivi et évaluation de la section protection UN Fellow	eroversi@unicef.org
M. Massamba Diouf	Spécialiste Protection de l'Enfant Chargé de l'enregistrement des enfant à l'Etat Civil	madiouf@unicef.org
M. George Fom Ameh	Chef de la Section Survie	gfnameh@unicef.org
Mme Aida Gadiaga	Point focal Santé maternelle	agadiaga@unicef.org
Mme Aminata Coly	Point focal Santé infanto-juvénile	amineta74@yahoo.fr
Mme Awa Bathily	Point focal vaccination	abathily@unicef.org
Mariana Stirbu	Chief Social Policy, UNICEF Sénégal	mstirbu@unicef.org
Mouhamadou Fall	Spécialiste en politiques sociales, UNICEF Sénégal	mofall@unicef.org
Violeta Cojocar		
Ministère de l'Economie, des Finances et du Plan (MEFP)		
Amsata Sène	Coordonnateur thématique multi pôles et président comité pilotage SITAN Direction Générale de la Planification et des Politiques Economiques (DGPPE)	+221 77 422 44 69
Alassane Diallo	Chef division projection macro-économiques et suivi des programmes Direction Prévision et Etudes Economiques (DPEE/DGPPE)	+221 77 640 79 47
Samba Kâ	Chef division planification générale (DPG) Direction de la Planification (DP)	+221 77 403 80 71
Souleymane Cissé	DPG/DP	+221 77 700 89 21
Abdou Loum	DPG/DP	+221 77 301 16 21
Adama Diop	Division planification sectorielle et études (DPSE)/DP	+221 77 713 07 13
Dieynaba Sakho	Centre d'études de politiques pour le développement (CEPOD)	+221 77 517 18 66
Yeya Touré	Direction de la programmation budgétaire	+221 77 722 33 11
Arona Dia	Direction de la Coopération et des financements extérieurs	+221 77 635 06 15
Mamadou Sall	Direction de la Coopération et des financements extérieurs	+221 77 653 36 59
Papa Matar Ndiaye	Direction de la Coopération et des financements extérieurs	+221 77 515 69 11
Bakary Djiba	Directeur de la Direction du Développement du Capital Humain	+221 77 552 66 81
Saturnin Kodjo	Direction du Développement du Capital Humain	+221 77 542 21 93
Mansour Diaw	Direction du Développement du Capital Humain	+221 77 516 38 08

ANNEXES

Direction de la protection des enfants et des groupes vulnérables/ Ministère de la famille

Niokhobaye Diouf	Directeur	+221 77 740 69 53
Abdoulaye Dieng	Directeur adjoint	+221 77 605 73 55
Aminata Niang	Agent Division Etudes et Programmes	+221 77 569 55 02

Direction de l'éducation surveillée et de la Protection sociale/Ministère de la Justice

Amadou Ndiaye	Directeur adjoint	+221 77 6374417
El Hadji Diaw	Chef de Division	+221 77 6478890
Ibrahima Ndiaye	Chef de Division	+221 78 184 59 66
Ndiaga Diop	Agent bureau des ressources humaines	+221 77 542 50 25
Koïlèl Sambou	Chef du bureau Statistiques	+221 77 535 86 56

Cellule de Coordination de la lutte contre le travail des enfants/ Ministère du Travail

Ibra Ndoeye	Coordonnateur	+221 77 565 63 04
-------------	---------------	-------------------

Coalition Nationale des Associations et ONG en faveur de l'Enfance (CONAFE)

Justine Laison	Secrétaire Exécutive de la CONAFE	+221 77 574 39 21
----------------	-----------------------------------	-------------------

Centre national d'état civil /Ministère de la Gouvernance locale, du Développement et de l'Aménagement du Territoire/ Entretien Téléphonique

Mme Dieh Mandiaye Ba	Directeur	+221 77 719 35 76
----------------------	-----------	-------------------

Cellule d'Appui à la Protection de l'Enfance (CAPE)/ Présidence de la République contribution de la CAPE à la SITAN par mail

Fulbert Dioh	Juriste - Assistant de Programmes	+221 33 859 09 89
--------------	-----------------------------------	-------------------

Direction de la prévention - MSAS

Dr Ousseynou Badiane	Chef de la Division de l'Immunisation Coordonnateur du PEV	+221 77 651 43 76
----------------------	---	-------------------

Division de l'alimentation et de la Nutrition - Direction de la santé de la mère et de l'enfant

Dr Maty Diagne Camara	Chef de Division	+221 77 566 70 30
-----------------------	------------------	-------------------

Division de la lutte contre le SIDA et les IST, composante PTME

Mme Diakhou Mbaye	Technicien de santé	+221 77 453 63 19
-------------------	---------------------	-------------------

Délégation Générale à la Protection sociale et à la Solidarité Nationale (DGPSN)/ Présidence de la République

Ousmane Basse	Direction des Stratégies et de la Planification	+221 77 333 96 46
---------------	---	-------------------



RÉPUBLIQUE DU SÉNÉGAL



pour chaque enfant

