

Ministère de l'Economie et des Finances (MEF)

Cellule de suivi des programmes de lutte contre la pauvreté (CSPLP)

Etude sur la pauvreté et les disparités chez les enfants au Sénégal

Rapport Final

Equipe des consultants

Amacodou NDIAYE économiste (chef de mission)
Cabinet Etudes et Management de Projets (EMAP)
emap@orange.sn

Babacar NDIR statisticien-économiste
Centre d'Etudes Pour le Développement (CEPOD)
bndir@hotmail.com

Momath WILANE macroéconomiste
Cabinet Etudes et Management de Projets (EMAP)
wilaneptci@yahoo.fr

Mai 2009

TABLE DES MATIERES

LES ENFANTS ET LE DEVELOPPEMENT	12
INTRODUCTION	12
1.1. LES ENFANTS, LA PAUVRETE ET LES DISPARITES	13
1.1.1. Cadre conceptuel : une approche en trois parties	13
1.1.2. Constatations principales sur les enfants du Sénégal	14
1.1.3. Les enfants et les OMD : progrès et disparités.....	15
1.2. CONTEXTE POLITIQUE, INSTITUTIONNEL ET ECONOMIQUE.....	18
1.2.1. La toile de fond politique, géographique et institutionnelle.....	18
1.2.2 Population et croissance économique	19
1.2.3 Problème de développement humain et de l'équité.....	20
1.3 STRATEGIES MACROECONOMIQUES ET REPARTITION DES RESSOURCES	21
1.3.1 Croissance pro-pauvre et résultats pour les enfants	21
1.3.2. Les budgets publics et les partenariats comme preuve d'engagement	23
CONCLUSION	25
CHAPITRE 2 :	27
LA PAUVRETE ET LES ENFANTS.....	27
INTRODUCTION	27
2.1. LA PAUVRETE MONETAIRE ET LES PRIVATIONS QUI AFFECTENT LES ENFANTS.....	27
2.1.1 Constatations de l'approche revenu/consommation	27
2.1.1.1 Niveaux de la pauvreté monétaire.....	28
2.1.1.2 Profil de la pauvreté monétaire.....	28
2.1.2 Constatations de l'approche privations	29
2.1.2.1 Incidence des privations sévères et des privations modérées	30
2.1.2.2 Profil de la privation sévère	32
2.1.2.3 Déterminants des privations sévères des enfants.....	33
2.1.2.4 Distribution régionale des privations sévères.....	34
2.1.3 Enfants grandissant sans famille absents des enquêtes sur les ménages	42
2.2. SURVIE DE L'ENFANT ET EQUITE	43
2.2.1 Tendances de la mortalité infanto-juvénile au cours des dernières années	43
2.2.2 Taux de mortalité et facteurs de stratification sociale	44
2.3 FACTEURS EXPLICATIFS DES TENDANCES DE LA MORTALITE INFANTO-JUVENILE	45
CONCLUSION	45
CHAPITRE 3 :	47
LES PILIERS DU BIEN ETRE DES ENFANTS	47
INTRODUCTION	47
3.1 LA NUTRITION	47
3.1.1 Lois, politiques et programmes nationaux en matière de nutrition	47
3.1.2 Résultats pour les enfants, disparités et égalité des sexes	48
3.1.3 Analyse de causalité et corrélation.....	49
3.1.4 Fondements et partenaires pour une stratégie	50
3.2 LA SANTE	51
3.2.1 Les politiques et programmes	51
3.2.2 Les résultats pour les enfants, disparités et égalité des sexes.....	52
3.2.3 Analyse de causalité et corrélation.....	53
3.2.4 Fondements de partenaires pour une stratégie.....	54
3.3 LA PROTECTION DE L'ENFANT	55
3.3.1 Les politiques et programmes nationaux de protection de l'enfant.....	55
3.3.2 Les résultats pour les enfants, disparités et égalité des sexes.....	57
3.3.3 Analyse de causalité et corrélation.....	58
3.3.4 Fondements de partenaires pour une stratégie.....	59
3.4 L'EDUCATION	60
3.4.1 Les politiques et programmes nationaux en matière d'éducation	60
3.4.2 Les Résultats pour les enfants, disparités et égalité des sexes.....	61
3.4.3 Analyse de causalité et corrélation.....	62

3.4.4 Fondements et partenaires pour une stratégie	63
3.5 PROTECTION SOCIALE	65
3.5.1 Les lois, politiques et programmes nationaux en matière de protection sociale.....	65
3.5.2 Résultats pour les enfants, disparités et égalité des sexes	66
3.5.3 Analyse de causalité et corrélation.....	67
3.5.4 Fondements et partenaires pour une stratégie	67
CONCLUSION	68
CHAPITRE 4 :	70
COMBATTRE LA PAUVRETE ET LES DISPARITES CHEZ LES ENFANTS : DEFINIR UNE STRATEGIE GAGNANTE	70
INTRODUCTION	70
4.1 ENSEIGNEMENTS DES PRIVATIONS, LACUNES DES POLITIQUES ET OPPORTUNITES POUR LES ENFANTS.....	70
4.2 LES REPNSES POLITIQUES POSSIBLES : LE CHAMP DES REPNSES ET LEUR ORGANISATION.....	71
4.2.1 L'exercice d'une influence forte sur les politiques et stratégies nationales	72
4.2.2 La traduction des politiques sociales dans les budgets.....	72
4.2.3 Une demande de services de base plus solvable à travers la mise en place d'un système de protection sociale.	73
4.2.4 Concours à la réduction de la mortalité infantile.....	74
CONCLUSION	75
ANNEXES	76
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	112

TABLEAUX

Tableau 1: Evolution de l'ensemble des crédits décentralisés dans le budget de l'Etat	24
Tableau 2: Tendances de la pauvreté monétaire et de la sous-consommation selon le seuil national de pauvreté	28
Tableau 3 : Corrélats de la pauvreté monétaire et de la sous-consommation des enfants	29
Tableau 4: Changements dans les taux de privations sévères parmi les enfants pendant la dernière décennie.....	31
Tableau 5: Classement des régions par privations sectorielles.....	39
Tableau 6 : Evolution des taux de mortalité des moins de cinq ans par année selon le quintile de bien-être économique	43
Tableau 7: Budget par année du Programme de Renforcement de la Nutrition (en milliers de francs CFA)	48
Tableau 8 : CDSMT du secteur de la santé 2008/2010 (En milliards de FCFA)	51
Tableau 9 : Couverture en personnel sanitaire (médecin, SFE, Infirmier) en 2007	53
Tableau 10 : Contribution au financement de l'éducation en 2007 (en francs CFA).....	61
Tableau 11 : Types de couverture de sécurité sociale selon la catégorie professionnelle	65
Tableau 12 : Nombre d'enfants couverts par les régimes de sécurité sociale.....	67

GRAPHIQUES

Graphique 1: Pyramide des âges de la population	14
Graphique 2 : Taux de brut de scolarisation, ensemble des élèves et selon le sexe	16
Graphique 3: Mortalités infantile, juvénile et infanto-juvénile	17
Graphique 4: Taux de croissance par tête	19
Graphique 5 : Enfants souffrant de la privation de logement selon la région au Sénégal en 2005 (en %).....	34
Graphique 6: Enfants souffrant de la privation de toilettes selon la région au Sénégal en 2005 (en %).....	35
Graphique 7 : Enfants souffrant de la privation d'eau selon la région au Sénégal en 2005 (en %)	35
Graphique 8: Enfants souffrant de la privation d'information selon la région au Sénégal en 2005 (en %)	36
Graphique 9: Enfants souffrant de la privation nutritionnelle selon la région au Sénégal en 2005 (en %).....	37
Graphique 10: Enfants souffrant de la privation d'éducation selon la région au Sénégal en 2005 (en %).....	38
Graphique 11: Enfants souffrant de la privation de santé selon la région au Sénégal en 2005 (en %)	38
Graphique 12: Proportions d'enfants souffrant de privations sévères selon le milieu de résidence.....	42

Liste des abréviations et acronymes

ACAB	Arrangement cadre de l'appui budgétaire
ANSD	Agence national des la statistique et de la démographie
APD	Aide publique au Développement
BCI	Budget consolidé d'investissements
CAPE	Centre d'appui à la petite enfance
CCC	Communication pour le Changement de Comportement
CDSMT	Cadre de Dépenses sectorielles à Moyen Terme
CNCR	Conseil national de Concertation et de Coopération des Ruraux
CONGAD	Conseil des Organisation non gouvernementales d'Appui au Développement
CPN	Consultation Périnatale
CS	Centre de Santé
CSPLP	Cellule de suivi des programmes de lutte contre la pauvreté
DB	Direction du Budget
DCEF	Direction de la Coopération Economique et Financière
DDI	Direction de la Dette et de l'Investissement
DPEE	Direction de la prévision et des études économiques
DPS	Direction de la Prévision et de la Statistique
DSRP	Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté
DTP3	Diphtérie Tétanos, Poliomyélite 3
EDS	Enquête Démographie et Santé
ENSP	Enquête Nationale sur le Paludisme
EPS	Etablissement Public de Santé
ESAM	Enquête Sénégalaise Auprès des Ménages
ESC	Enquête de surveillance du comportement
ESPS	Enquête de Suivi de la Pauvreté au Sénégal
FAF	Fer acide folique
FAFS	Fédération des Associations féminines du Sénégal
FDD	Fonds de dotation de la décentralisation
FECL	Fonds d'équipement des collectivités locales
FMI	Fonds Monétaire International
FONGS	Fédération des Organisations non gouvernementales du Sénégal
GPF	Groupement de Promotion Féminine
ICP	Infirmier Chef de Poste
IDH	Indice de Développement Humain
IRA	Infection Respiratoire Aigue
MCD	Médecin Chef de District
MCR	Médecin Chef de Région
MEF	Ministère de l'Economie et des Finances
MFSNEFMF	Ministère de la Famille, de la Solidarité Nationale, de l'Entreprenariat féminin et des de la Microfinance
MPDDCI	Ministère du Plan du Développement Durable et de la Coopération Internationale
MSP	Ministère de la Santé et de la Prévention
OCB	Organisation Communautaire de Base
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONDH	Organisation nationale des Droits de l'Homme
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PAM	Programme Alimentaire Mondial

PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PDIS	Programme de Développement intégré de la Santé
PEV	Programme Elargi de vaccination
PMA	Pays les Moins Avancés
PNA	Pharmacie Nationale d'Approvisionnement
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire et social
PNLP	Programme National de Lutte contre le Paludisme
PNSE	Plan national stratégique de survie de l'enfant
PPTE	Pays Pauvres très endettés
PRA	Pharmacie Régionale d'Approvisionnement
PS	Poste de Santé
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
PTME	Prévention de la transmission mère-enfant
RADDHO	Rencontre africaine de Défense des Droits de l'Homme
RMM	Réduction de la mortalité maternelle
SMNI	Santé Maternelle, Néonatale et Infantile
SONUB	Soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base
SONUC	Soins Obstétricaux et néonataux d'urgence Complets
SPNN	Santé Périnatale et Néonatale
SR	Santé de la Reproduction
TOFE	Tableau d'Opération Financières de l'Etat
TRO	Thérapie par Réhydratation Orale
UEMOA	Union économique et monétaire Ouest-Africaine
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
UROCREN	Unité de réhydratation Orale/ Centre de Récupération et d'Education nutritionnelle
VAT2	Vaccin antitétanique (deuxième dose)
VIH/SIDA	Virus de l'immunodéficience humaine/Syndrome d'Immunodéficience acquise

RESUME EXECUTIF

Contexte et justification de l'étude

En 2005, le Sénégal qui a rejoint le groupe des Pays les Moins Avancés (PMA) depuis 2001, présente un Indice de Développement Humain (IDH) relativement faible (0,458) et occupe la 156^{ème} place sur 177. Le taux de croissance du PIB est tombé à 2,1 % en 2006 et à 2,8 % en 2007, contre 5,3 % 2005 et une moyenne de 4,4 % par an sur la période 1996-2006. Depuis ces dernières années, on observe un faible dynamisme des activités agricoles dont dépendent près de 60 % de la population occupée et une concentration de la pauvreté en zones rurales. De ce fait, la croissance enregistrée au cours de la décennie passée profite peu aux pauvres.

En effet, selon l'Enquête de Suivi de la Pauvreté au Sénégal (ESPS) réalisée en 2005, 50,8 % Sénégalais vivent au dessous du seuil de la pauvreté avec des disparités géographiques et spatiales mais également sexospécifiques importantes. C'est dans ce contexte, que l'UNICEF a commandité une Étude sur la pauvreté et les disparités chez les enfants.

Objectifs de l'étude

Cette étude cherche à susciter une meilleure connaissance des politiques et programmes qui soutiennent le plus efficacement les droits des enfants, garçons et filles. L'étude a pour objectif de :

1. Faire un diagnostic précis de la pauvreté chez les enfants au Sénégal en identifiant les manifestations et les causes
2. Susciter une compréhension plus large des opportunités et des contraintes liées à la réduction de la pauvreté et des disparités qui touchent les enfants
3. Identifier les lacunes existantes dans les stratégies et politiques socioéconomiques (y compris les systèmes de protection sociale).
4. Partant des constats, faire des propositions et des recommandations claires pour accélérer le progrès vers la réalisation des OMD et la garantie des droits effectifs de tous les enfants eu égard au contexte national.

Principaux constats et facteurs contextuels influant sur le bien-être des enfants

La croissance moyenne de l'économie peine à dépasser les 5 % sur la période 1996-2006, donc inférieure au rythme minimum (7%) nécessaire pour réduire de moitié la pauvreté d'ici à 2015. Pendant ce temps, la population sénégalaise a atteint les 11 millions d'habitant dont 5,4 millions sont des enfants avec une prédominance masculine. La plupart de ces enfants vivent dans la région de Dakar (18,0 %), Thiès (13,0 %), Kaolack (12,0 %) et Diourbel (11,0 %) mais également dans les ménages les plus pauvres (27%) ainsi qu'au niveau de ceux dont la taille dépasse sept personnes (85%) et dans les ménages dont le chef n'a aucune instruction (74%).

Au Sénégal, la vulnérabilité des enfants constitue une réalité : 16,0 % des enfants vivent avec des adultes ayant une maladie chronique, près de 23,0 % des enfants sont orphelins, 28,7 % vivent dans des ménages avec des personnes âgées de plus de 70 ans, 39,8 % des enfants âgés de moins cinq ans n'ont pas été enregistrés à leur naissance.

En dépit de ces constats, des progrès ont été réalisés dans la plupart des OMD. Au niveau de l'incidence de la pauvreté, elle a passé de 57,1% en 2001/2002 à 50,8% en 2005. Dans le domaine de l'éducation, le taux brut de scolarisation a atteint 86% en 2007 contre un objectif de 88,9%. En matière de santé et de nutrition, les résultats obtenus dans le domaine de la santé de l'enfant et de la mère ont permis de faire reculer la mortalité maternelle et infantile. Entre 1992 et 2005, le taux de mortalité infantile est passé de 157 ‰ à 121‰. Au niveau de la mortalité maternelle, le taux a atteint 510 décès pour 100 000 naissances vivantes au cours de la période 1986-1992 contre 401 décès maternels pour cent mille naissances vivantes pour la période 1998-2005. Pour ce qui est de l'accès à l'eau potable, les efforts menés ont permis d'atteindre des résultats appréciables. En effet, le taux d'accès à l'eau potable est estimé en 2007 à 79,0 %. En milieu urbain, ce taux a atteint 98,0 % contre 72,0 % en milieu rural. En matière d'accès à l'assainissement, le pourcentage de ménages ruraux ayant accès à un système autonome d'évacuation des excréta et des eaux usées a été de 17,1 % en 2007 contre 69,3% en milieu urbain.

Eléments principaux du bilan de la pauvreté des enfants

La pauvreté est très répandue chez les enfants au Sénégal. Selon l'approche monétaire 2 973 605 enfants de moins de 18 ans vivent dans des ménages pauvres en 2005, soit une incidence de pauvreté de 53,7 %. Ce taux cache, cependant, des disparités. Il est plus élevé chez les enfants vivant dans des ménages localisés en milieu rural (82%), mais aussi au sein des ménages dont le chef n'a aucune instruction (63,1%) et dont la taille dépasse sept personnes (54,7%).

Sous l'angle des privations, seul un enfant sur quatre (25 %) ne souffre d'aucune privation modérée, et les privations sévères affectent plus de trois enfants sur cinq (62,3 %).

Le logement et l'éducation sont les premières privations qui affectent l'enfant. Toutefois, les privations de logement qu'elle soit sévère (42,7 %) ou modérée (50,0 %), constituent la première privation dont souffrent les enfants. Il est suivi de l'éducation qui constitue la deuxième privation qui entrave le devenir des enfants tant sous sa forme modérée que sévère : en 2005, près de deux enfants âgés de 7 à 18 ans sur cinq (38,8 %) ne sont jamais allés à l'école au Sénégal, et près d'un enfant sur deux (47,0 %) n'a pas terminé l'école primaire et n'étudiait plus. Les enfants sont également privés de santé et d'installation sanitaires. En effet, près d'un enfant sur cinq (24,0 %) vit dans une habitation avec cinq personnes ou plus par pièce et sans revêtement de sol, et sans avoir accès à des toilettes et un peu plus d'un enfant sur cinq (20,7 %) n'a été vacciné contre aucune maladie, ou n'ont aucun accès à un traitement s'ils souffrent de diarrhée.

Ces privations ne sont cependant pas uniformes : selon le milieu de résidence, près de quatre enfants sur cinq (79,2 %) souffrent d'au moins une privation sévère en milieu rural en 2005 contre 36 % en milieu urbain. Selon le niveau du bien être des ménages, les enfants vivant dans les ménages appartenant au premier quintile connaissent les taux d'incidence de privations sévères les plus élevés : la quasi-totalité des enfants des ménages les plus pauvres (95,7 %) souffrent d'au moins une privation grave et 71,4 % d'entre eux d'au moins deux privations sévères. Cependant, elles diminuent avec le niveau d'instruction du chef de ménage. En effet, près de 7 enfants sur dix (69,9 %) vivant dans des ménages dont le chef ne dispose d'aucune instruction, souffrent au moins d'une privation grave contre 43% chez les enfants vivant avec des ménages dont le chef a fréquenté l'école primaire.

En matière de survie de l'enfant, les données observées indiquent une baisse de la mortalité infanto-juvénile. Estimée à 151 décès pour 1 000 naissances vivantes en 1992, la mortalité des enfants de moins de 5 ans est passée à 121 décès pour 1 000 naissances vivantes en 2005, soit

23,5% de moins qu'en 1990. Cependant, ce taux cache des disparités. Selon le milieu de résidence, 176 enfants sur 1 000 décèdent avant leur cinquième anniversaire en milieu rural contre 107 décès sur 1 000 naissances vivantes en milieu urbain. Par ailleurs, le phénomène diminue avec le niveau d'instruction et, inversement, croît avec la taille du ménage.

Résultats pour les enfants et perspectives des politiques nationales orientées vers les enfants

En vue d'améliorer le bien être des enfants, des lois, stratégies et programmes ont été élaborés dans les différents piliers de bien être des enfants.

Dans le domaine de la nutrition, plusieurs programmes ont été mis en place ces dernières années parmi lesquels, le Programme de Renforcement de la Nutrition, le programme de supplémentation en vitamine A, le programme santé communautaire, le programme des cantines scolaires, le programme d'accélération de l'iodation du sel, le programme de fortification des aliments en micronutriments. Cependant, la mise en œuvre de ces projets et programmes n'a pas permis d'améliorer significativement la situation nutritionnelle des enfants. En matière d'insuffisance pondérale, la prévalence est estimée à 16 %. S'agissant de la prévalence du retard de croissance, les statistiques indiquent que la prévalence se situe à 17 %. On note que, quelle que soit la forme de malnutrition, les enfants les plus touchés par le phénomène sont : (i) les enfants âgés entre 13-23 mois, (ii) les enfants vivant dans des ménages dont le chef n'a aucune instruction, (iii) les enfants résidant en milieu rural, et (iv) les enfants vivant dans les ménages pauvres se situant dans le premier quintile de bien être.

Dans le domaine de la santé, le PNDS constitue la référence et les ressources allouées au secteur, entre 2000 et 2007, sont passés de 29,8 milliards à 75,2 milliards de francs CFA, soit une progression en valeur absolue de 45,4 milliards de francs CFA. Ces efforts ont permis d'avoir des résultats dans la lutte contre la fièvre, la diarrhée et le VIH/SIDA. En ce qui concerne la fièvre, les statistiques montrent que 30 % des enfants de moins de cinq ans ont eu de la fièvre au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête EDS-IV. La prévalence de la fièvre ne varie pratiquement pas selon le sexe de l'enfant (22 % chez les garçons et 20 % pour les filles) et le milieu de résidence (31 % en milieu urbain, contre 30 % en milieu rural). S'agissant de la prévalence de la diarrhée, il ressort de l'analyse des statistiques qu'un peu plus d'un enfant de moins de cinq ans sur cinq (23 %) avait souffert de diarrhée pendant les deux semaines ayant précédé l'enquête EDS-IV. Cependant, la prévalence de la diarrhée semble être corrélée avec le milieu de résidence et le niveau d'instruction du chef de ménage, le milieu de résidence. Au niveau de la connaissance des moyens de prévention du VIH/SIDA, 16 % des filles âgées de 15 à 24 ans et 6 % des garçons de cette tranche d'âge déclarent avoir une bonne connaissance des moyens de prévention du VIH.

En matière de la protection de l'enfant, en plus des projets mis en œuvre, le Sénégal a adopté un certain nombre d'actes réglementaires et législatifs dont : (i) la loi 2005-02 du 29 avril 2005 relative à la lutte contre la traite des personnes et pratiques assimilées et à la protection des victimes, (ii) la loi n°2003-24 du 19 août 2003 le protocole facultatif se rapportant à la CDE concernant la vente d'enfant, la prostitution et la pornographie mettant en scène des enfants, (iii) la loi n° 2003-25 du 19 août 2003 le protocole facultatif se rapportant à la CDE et concernant l'implication des enfants dans les conflits armés du 25 mai 2000. Les efforts menés dans ce secteur ont permis d'obtenir les résultats ci-après :

Concernant l'enregistrement des enfants à la naissance, 60 % des enfants ont été enregistrés à leur naissance. Cependant, on note de fortes disparités entre les milieux urbain et rural : 84 % en zone urbaine contre 47 % en milieu rural. La déclaration de l'enfant à la naissance est positivement

corrélée au niveau d'instruction du chef de ménage, cependant que selon le niveau de bien être du ménage, 65 % des enfants des ménages les plus pauvres n'ont pas été enregistrés à leur naissance contre seulement 10 % chez les ménages les plus riches.

En ce qui concerne le travail des enfants, 28 % des enfants de 5 à 15 ans travaillent actuellement. Ce taux est plus élevé en milieu rural (31%) qu'en zone urbaine (23 %) et est négativement corrélé avec le niveau de bien être des ménages : il est de 36 % chez les ménages les plus pauvres contre 17% chez les ménages les plus riches.

Pour ce qui est du mariage précoce, 11 % des filles sont mariées avant 15 ans contre 25 % avant 18 ans. Le mariage précoce est plus répandu en milieu rural (16 %) qu'en milieu urbain (7 %). Le niveau d'instruction du chef de ménage a une influence sur le phénomène : la proportion de filles mariées avant 15 ans est de 4 % chez les ménages dont le chef a atteint le niveau secondaire contre 14 % au niveau de ceux dont le chef n'a aucune instruction.

Au niveau du pilier éducation, divers textes organisent la politique de l'éducation au Sénégal : la Constitution en son article 8, la loi n° 91-22 du 16 février 1991 portant orientation de l'éducation nationale au Sénégal, la loi 2004-37 du 03/12/2004 rendant obligatoire la scolarisation des enfants de 06 à 16 ans. Pour ce qui est des ressources allouées à ce secteur, elles sont passées de 35 % du budget en 2003, à 37 % en 2004, à 40 % en 2005 et 2006. Ces efforts ont permis d'améliorer le taux net de fréquentation scolaire qui est de 58 % pour les enfants âgés de 7-12 ans. On ne constate pas d'écarts importants entre les hommes et les femmes (58 % contre 59 %). Par contre, il est nettement plus élevé en milieu urbain (77 %) qu'en milieu rural (47,2 %).

Principales recommandations

Partant des constats fondamentaux que sont le caractère rural de la pauvreté des enfants (82,0 % en milieu rural), la forte prévalence de la pauvreté dans les familles où l'instruction du chef de ménage est inexistante voire limitée mais aussi dans les familles de grande taille et enfant, les liens entre la pauvreté monétaire et la prévalence des privations sévères au niveau des enfants, l'analyse a aussi examiné les réponses apportées par le gouvernement et les solutions possibles eu égard à ce contexte.

En effet, l'éducation apparaît comme un levier efficace pour l'élimination à moyen terme (10 ans) ces privations qui entravent le devenir des enfants. Elle est une priorité pour le gouvernement même si le secteur souffre encore de difficultés liées à sa gestion et aux relations entre les parties prenantes au système éducatif (Gouvernement, syndicats, élèves).

D'autres réponses sont apportées par le gouvernement notamment à travers les actions de protection sociale. Parmi elles, on note l'assistance aux personnes vulnérables mais des faiblesses demeurent dont le manque de leadership lié à la diversité des acteurs, au déficit de coordination et au manque de projets spécifiques de protection sociale. Aussi, les subventions à la consommation dont le caractère massif n'a pas permis de produire des résultats satisfaisants faute d'un ciblage précis.

Partant de ces enseignements majeurs, des réponses sont nécessaires pour

- 1 La première série de réponses doit viser les fondements des décisions publiques à savoir les politiques et les stratégies nationales de manière à peser positivement sur les pesanteurs socioculturelles.**

Dès lors que les principaux écueils de considérations socioculturelles mais aussi de politiques publiques relativement inadéquates car ne prenant pas l'enfant comme sujet principal, les réponses appropriées doivent cibler à la fois l'amélioration de la connaissance des phénomènes sociaux et des comportements mais aussi celle de la justification de l'action publique. Pour de faire, certains domaines d'études liés aux comportements sociaux, aux pratiques sociales et aux liens entre l'environnement économique et ces phénomènes sociaux doivent être défrichés en relation avec l'administration et les professionnels de ces domaines à savoir les structures de recherches en sciences humaines et en sciences sociales et les PTF qui appuient l'action de l'Etat.

2 La seconde série de réponses a trait à l'alignement des budgets sur les priorités sociales. Le DSRP est l'instrument de mise en œuvre des politiques publiques et constitue un cadre fédérateur de l'action des PTF en appui aux politiques menées par le gouvernement.

Le DSRP et les CDSMT constituent les instruments de définition des priorités mais aussi de budgétisation de ces priorités.

L'effort du gouvernement est matérialisé dans le budget mais l'exécution de ce budget est éclatée entre un nombre important de ministères s'occupant directement ou indirectement des enfants. En effet, il n'existe pas de cadre cohérent d'actions spécifiques à la promotion de l'enfant et la forme que prend le budget ne permet pas d'avoir une lecture aisée des activités et des objectifs.

Au niveau décentralisé, les mêmes limites sont notées. Ces collectivités locales ont des budgets de moyens et les actions ne sont pas explicites même quand on arrive à les repérer dans ces budgets. En plus les montants exécutés en mode décentralisé sont faibles (moins de 8% du budget est exécuté en mode décentralisé).

Il s'agit à court et moyen terme de pousser à mettre en évidence les ressources allouées non seulement aux budgets sociaux mais à la cible enfant. Pour ce faire, un partenariat Unicef/ministères chargé de la femme et de l'enfant/CSPLP/DB et DCEF devrait s'atteler à aider à la mise en place d'un cadre de promotion de l'enfant dans toutes ses dimensions avec un plan d'actions mettant en évidence les actions et les responsabilités des différents acteurs. Dans une seconde étape, il s'agira d'influencer les arbitrages budgétaires en vue d'un maintien de l'amélioration des dotations budgétaires aux secteurs sociaux.

3 La troisième série de réponses est liée à la mise sur pied d'un système de protection sociale afin de réduire les privations qui affectent les enfants.

Le maintien des enfants à l'école, le bénéfice effectif des services de santé sont compromis par l'incapacité des parents à faire face aux dépenses. En effet, l'on note encore des abandons de l'école faute de ressources ou le travail des enfants pour ces catégories de population quittant les écoles.

L'introduction d'un programme de « cash transferts » est promue et pourrait avoir des impacts

significatifs pour une amélioration des conditions de vie des enfants en situation de vulnérabilité et par là contribuer favorablement à la lutte contre la pauvreté.

Un partenariat Unicef/Bit/CSPLP/MFSNEFMF/collectivités locales pourrait pousser à l'opérationnalisation du système à partir d'un ciblage plus précis prenant en compte les disparités régionales et dont l'élaboration devrait impliquer l'ANSD, les ministères techniques sectoriels et l'administration territoriale mais aussi les institutions du Système des Nations Unies disposant d'avantages comparatifs en la matière.

4 La quatrième série de réponses a trait au renforcement des actions visant la réduction de la mortalité infantile.

L'examen du DSRP et des budgets publics montre que les besoins de Planification Familiale (PF) ne sont pas couverts. De même, la santé néonatale également défavorisée alors que la mortalité néonatale constitue 40 à 60% de la mortalité infantile.

Un cadre de partenariat doit être actif autour du PNSE 2007-2015 et du PNDS2 2009-2018. Aussi, la relance de la planification familiale nécessite une mise à l'échelle des services à base communautaire ainsi que son intégration dans les services de santé de la mère et de l'enfant

Il s'agira aussi de mettre en œuvre de manière solidaire et continue des paquets d'interventions essentielles pour répondre aux besoins de santé de la mère et ceux de l'enfant et permettre aux groupes vulnérables d'accéder aux services de la santé. Aussi, les défis liés à la gouvernance du secteur affectent l'efficacité du secteur.

le partenariat devra faire intervenir à la fois les Partenaires au développement intervenant dans le secteur (Usaid, Unicef, Unfpa, Banque mondiale, Union européenne, Coopération belge...), les ONG nationales comme internationales (Africare, World Vision, CCF, Save children...) mais aussi les organes gouvernementaux impliqués dans la gestion de la santé (MSP..) et dans la répartition des ressources (budget, CSPLP) pour relever le défi de l'atteinte des OMD et l'effectivité du droit à la santé de l'enfant et de la mère.

CHAPITRE 1 :

LES ENFANTS ET LE DEVELOPPEMENT

Introduction

En tant que PMA, le Sénégal fait partie du groupe de pays les plus pauvres et les plus faibles au sein de la communauté internationale présentant, en 2005, un Indice de Développement Humain relativement faible (0,458) et occupe la 156^{ème} place sur 177. Son développement économique et social représente un défi pour lui-même, ainsi que pour ses partenaires au développement. Pour relever cet immense défi, le Sénégal s'est engagé, avec l'appui des partenaires au développement, dans divers politiques, programmes et réformes économiques et sociales. Il a aussi déployé d'énormes efforts pour améliorer la qualité de vie de ses populations. Depuis 2000, en référence aux orientations et objectifs définis dans son DSRP, le Sénégal a entrepris de profondes réformes pour accélérer la croissance économique, atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) d'ici 2015 et promouvoir le développement humain durable.

Le chapitre commence par une présentation du contexte économique et social qui sous-tend tous les efforts fournis par le Sénégal pour le développement de ses populations, en particulier pour le bien-être et l'égalité des enfants au Sénégal.

Après un bref rappel du cadre conceptuel pour introduire l'objectif de la présente étude et son approche de la pauvreté des enfants, l'on tente de situer à travers un certain nombre de constatations principales, la situation des enfants au Sénégal par rapport à la pauvreté et aux inégalités. Une attention particulière est accordée, à cet effet, aux OMD, notamment aux progrès accomplis et sur les efforts qui restent à fournir.

Dans la seconde partie du chapitre, on traite d'une part du contexte politique, géographique et institutionnel qui caractérise l'environnement national qui encadre les processus nationaux de prise de décision et d'exécution des politiques, avant de procéder d'autre part à l'identification des principaux problèmes de développement humain et d'équité susceptible de permettre d'avoir une idée de leur pertinence pour les droits et le bien-être des enfants.

Enfin, dans une dernière partie, ce chapitre se termine par un examen succinct des principes et des considérations qui sous-tendent les politiques macroéconomiques. Il repère ainsi les principes des politiques macro-économiques et de répartition des ressources pour une croissance pro-pauvre et fait une brève revue des dépenses publiques de l'Etat et de l'appui extérieur dans le but de repérer les signes de l'engagement du Gouvernement en faveur des droits des enfants ainsi que les éléments de bonne gouvernance susceptibles de rendre routinière la recherche du bien-être et la prise en compte des besoins des enfants les plus vulnérables.

1.1. Les enfants, la pauvreté et les disparités

La population sénégalaise est relativement jeune avec près de 52,0 % de personnes âgées de moins de 18 ans. Cependant, la pauvreté et la vulnérabilité demeurent une réalité chez ces derniers et cela se reflète au niveau de l'éducation, la santé, l'accès à l'eau et à l'assainissement.

1.1.1. Cadre conceptuel : une approche en trois parties

L'objectif de l'Étude est de renforcer la connaissance du profil des enfants à la table de négociation des politiques nationales. En particulier, l'Étude cherche à influencer sur les politiques économiques et sociales qui affectent la répartition des ressources et à faire des enfants une priorité des programmes nationaux qui abordent : (i) la pauvreté des familles qui élèvent des enfants; (ii) les besoins de santé, d'éducation et de protection des enfants vivant dans des foyers pauvres et vulnérables, dans des conditions dangereuses ou dans des communautés défavorisées.

La finalité de l'étude est de fournir des éléments spécifiques au contexte sur la manière dont les politiques économiques et sociales influent sur les résultats pour les enfants. Pour cela, la pauvreté a été considérée comme la piste stratégique la plus appropriée conduisant à des débats de politiques sociales plus vastes. Ainsi, une mesure crédible de la pauvreté des enfants devrait être trouvée. En effet, la *Situation des enfants dans le monde* de l'UNICEF (2005) a mis sur pied une description de la pauvreté des enfants inspirée par les principes de la Convention relative aux droits de l'enfant (CDE), centrée sur les *ressources* dont les enfants ont besoin pour survivre et grandir.

Un concept global de la pauvreté des enfants devrait donc s'inspirer de définitions et de mesures existantes de la pauvreté. Il devrait aussi prendre en compte la façon unique dont les enfants vivent la pauvreté, tout en maintenant des liens avec des préoccupations systémiques plus vastes en ce qui concerne les politiques adoptées aux niveaux familial, communautaire, national et même international. Alimenté par des informations provenant des efforts fournis aux niveaux mondial, régional et national pour définir et mesurer les dimensions variées de la pauvreté de l'enfance, le concept directeur de cette étude adopte une approche tripartite de la pauvreté des enfants.

Le modèle « A » représente la façon simpliste dont la plus grande partie du monde voit la pauvreté des enfants : comme quelque chose que l'on ne peut pas distinguer de la pauvreté dans son ensemble. Cette approche commence par une vue générale de la pauvreté, qui doit être rendue plus spécifique (ou analysée selon des dimensions plus fines) pour révéler la pauvreté au niveau communautaire ou familial.

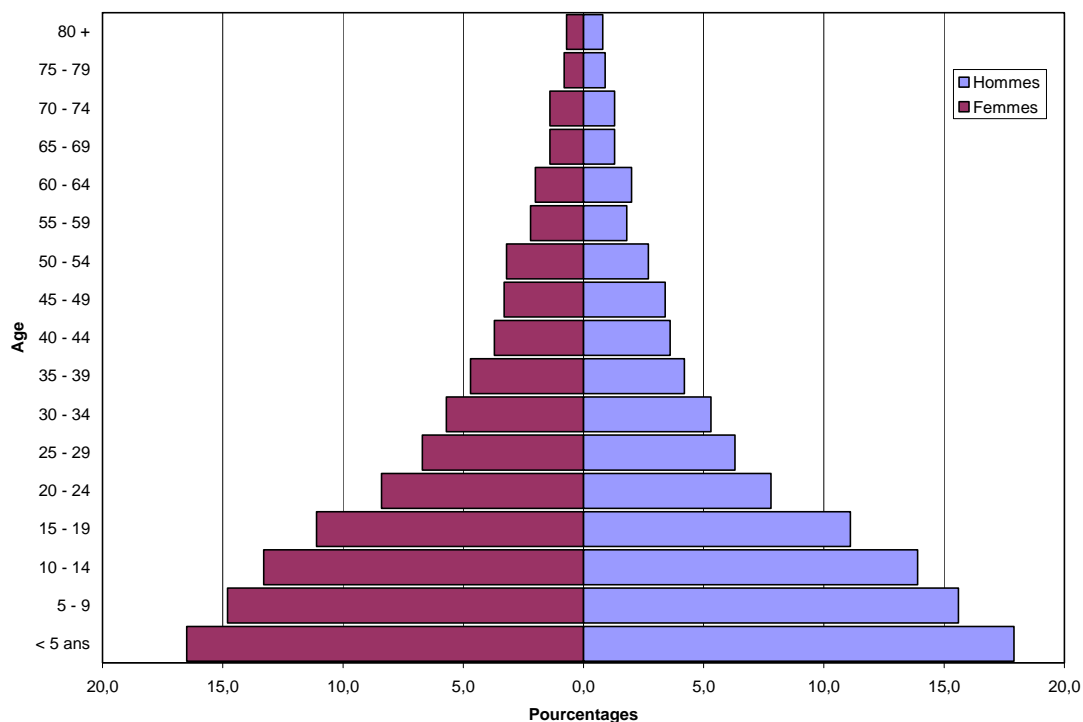
Le modèle « B » assimile la pauvreté des enfants à la pauvreté des familles qui les élèvent. L'avantage de ce modèle, c'est qu'il adopte la perspective familiale, qui est beaucoup plus proche du niveau où les enfants commencent à devenir visibles. Ce modèle peut saisir les handicaps auxquels sont confrontées les familles (et surtout les femmes) élevant des enfants, dans les domaines du revenu et du travail alors qu'elles recherchent un équilibre entre les responsabilités professionnelles et familiales. Toutefois, les concepts à ce niveau sont susceptibles d'ignorer les aspects non matériels des privations des enfants et pourraient cacher les disparités dont sont victimes les enfants au sein de la cellule familiale, dont les inégalités entre les sexes.

Pour un modèle qui saisisse les résultats individuels pour les enfants et fasse intervenir des aspects non matériels de la pauvreté, le modèle « C » est celui qui convient le mieux. Il considère le bien-être et les privations des enfants comme « les deux revers d'une même médaille ».

1.1.2. Constatations principales sur les enfants du Sénégal

La population du Sénégal est extrêmement jeune : 51,6 % ont moins de 18 ans soit un effectif total de 5 451 034 enfants selon les projections de l'ANSD.

Graphique 1: Pyramide des âges de la population



Sources : EDS IV

Il y a également une prédominance de la population masculine tant au niveau général qu'à celui des enfants de moins de 18 ans. Sur 100 enfants vivant actuellement au Sénégal, 50,8 sont des garçons. Le taux de masculinité chez cette catégorie de la population s'établit ainsi à 103,5 %, soit un léger déséquilibre en faveur des garçons. Cette surreprésentation du sexe masculin chez les enfants se vérifie aussi bien chez les moins de 5 ans que chez les autres catégories d'enfants, aussi bien en zone rurale qu'en milieu urbain.

Le tableau 1.1.1 en annexe présente la population sénégalaise projetée de 1995 à 2015 par sexe et par âge. L'analyse du tableau indique, en 2005, une dominance masculine dans les groupes âgés de 0-4 ans, de 5-9 ans et de 10-14 ans, le pourcentage de la population masculine dans ces groupes représente respectivement 18,2 %, 15,8 % et 14,0 % contre 15,6 %, 14,2 % et 12,7 % au niveau de la population féminine. Toutefois, on peut noter, de façon globale, que la surreprésentation des enfants de sexe masculin est plus marquée en milieu rural, plus particulièrement aux âges supérieurs à 4 ans.

Selon les projections démographiques réalisées par l'ANSD, sur les 5 451 034 enfants de moins de 18 ans, près de 63,0 % vivent en milieu rural contre 37,0 % en milieu urbain.

L'analyse de la répartition de la population selon les régions montre que la plupart des enfants vivent dans la région de Dakar (18,0 %), Thiès (13,0 %), Kaolack (12,0 %) et Diourbel (11,0 %).

Si l'on considère la taille du ménage, on observe que (tableau 1.1.2 en annexe) 85,9 % des enfants vivent dans des ménages dont la taille dépasse sept personnes contre 0,2 % au niveau de ceux dont la taille est inférieure à trois personnes.

Au niveau de la répartition des enfants selon le niveau d'instruction du chef du ménage, on constate que 74,7 % d'entre eux sont dirigés par un chef de ménage qui n'a aucune instruction contre 10,7 % avec un chef qui a atteint le niveau secondaire.

Concernant la répartition des enfants selon le niveau de bien être des ménages, on observe une certaine homogénéité. En effet, près de 27,0 % des enfants de moins de 18 ans vivent dans des ménages les plus pauvres contre 11,5 % au niveau de ceux les plus riches.

Pour ce qui de l'accès aux biens matériels, (tableau 1.1.2 en annexe), on constate que 42,0 % des enfants sont privés de logement, 24,0 % d'assainissement, 11,0 % d'eau et 1,0 % d'information. Aussi, en matière d'éducation et de santé, près de 22,0 % des enfants sont privés d'éducation et 5,0 % n'ont pas accès aux services de santé.

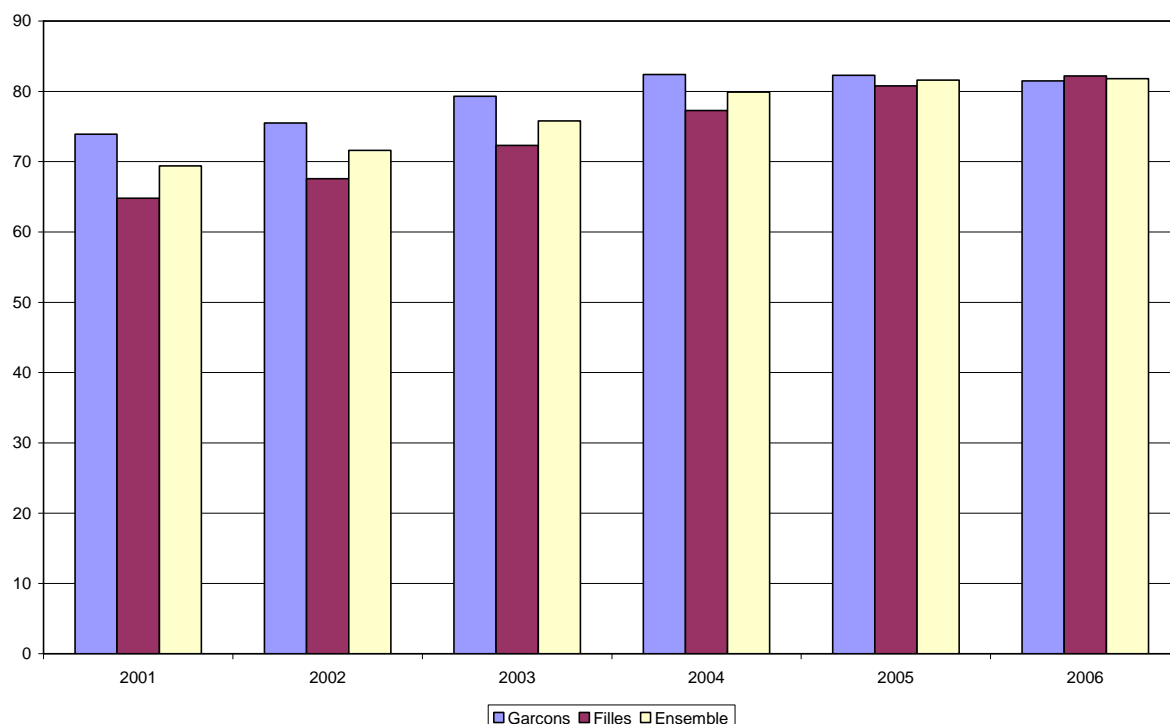
Au Sénégal, la vulnérabilité des enfants constitue une réalité. En effet, (tableau 1.1.2 en annexe) 16,0 % des enfants vivent avec des adultes ayant une maladie chronique, ce qui contribue à diminuer les ressources à allouer à l'enfant pour son développement. De plus, près de 23,0 % des enfants sont orphelins et 28,7 % vivent dans des ménages avec des personnes âgées de plus de 70 ans donc n'ayant plus d'activités économiques. Enfin, 39,8 % des enfants âgés de moins cinq ans n'ont pas été enregistrés à leur naissance. En outre, 47,0 % des enfants vivent dans des ménages où il y a au moins un enfant de moins 15 ans qui travaille.

1.1.3. Les enfants et les OMD : progrès et disparités

La dernière revue de la Stratégie de Réduction de la Pauvreté réalisée en 2008 montre que d'importants progrès ont été enregistrés dans la plupart des OMD. En matière de lutte contre la pauvreté des résultats encourageants ont été obtenus. Selon les résultats de l'Enquête de Suivi de la Pauvreté au Sénégal, l'incidence de la pauvreté a connu une baisse significative. En effet, la part de la population en situation de pauvreté a diminué de 67,9 % en 1994-95 à 57,1 % en 2001-02 puis à 50,8 % en 2005, ce qui représente une réduction de 17,1 points de pourcentage entre 1992 et 2005. De façon similaire, la part des ménages en pauvreté a diminué de 61,4 % à 48,5% et à 42,6 %, soit une baisse en termes relatifs de l'incidence de la pauvreté de 30,6 %. Les autres mesures de pauvreté (l'écart de la pauvreté et la sévérité de la pauvreté) ont évolué dans le même sens que l'incidence de pauvreté.

Dans le domaine de l'éducation, les efforts menés par le Gouvernement ont permis d'enregistrer des progrès. Selon le rapport d'avancement de la mise en œuvre du DSRP-2 en 2007, le taux brut de scolarisation élémentaire a atteint 86 % en 2007 contre un objectif de 88,9 %. Les efforts dans la scolarisation de filles semblent porter un impact positif permettant d'atteindre 89,2 %. Ce taux cache cependant des disparités régionales qui méritent d'être relevées. Les régions qui accusent des performances au dessus du taux national sont les suivants : Dakar (123,5 %), Fatick (104,4 %) Ziguinchor (100,7 %), Kolda (102,2 %) et Thiès (93,5 %). Les régions qui accusent des performances en deçà du taux national sont : Saint-Louis (84,4 %) Diourbel (48,8 %), Louga (60 %), Kaolack (65,1 %), Matam (62,0 %) et Tambacounda (82,2 %). Le taux d'admission au CI a été satisfaisant en 2007, au regard des objectifs de 100,0 % fixés avec le DSRP-2, il se situe à 103,3 %.

Graphique 2 : Taux de brut de scolarisation, ensemble des élèves et selon le sexe



Sources : DABIS, édition 2005-2006

En ce qui concerne la santé et la nutrition, des progrès ont été notés, cependant des efforts restent à faire pour l'atteinte des OMD. Selon le rapport d'avancement de la mise en œuvre du DSRP2 en 2007, le taux de couverture vaccinale DTC3 chez les enfants de 0 à 11 mois a connu une progression atteignant 94,0 % en 2007 contre un objectif de 80,0 %. Cette performance couvre bien l'ensemble du territoire national avec des résultats dépassant partout l'objectif fixé en 2007. Les taux dans les régions varient de 80,0 % à Ziguinchor à 99,0 % à Fatick, pour l'année 2007.

Au niveau de la santé de la mère, en 2007, le pourcentage d'accouchements assistés par du personnel formé a atteint 62,50%. Ce taux cache cependant des disparités importantes. La région de Louga enregistre le taux le plus faible (38,0 %), suivie de Kolda et Fatick qui enregistrent respectivement 40,0 et 41,0 % de taux d'accouchement assistés. Les régions de Dakar et Thiès ont les taux les plus élevés atteignant respectivement 86,0 % et 78,0 %. Ce taux était de 54,0 % en 2002.

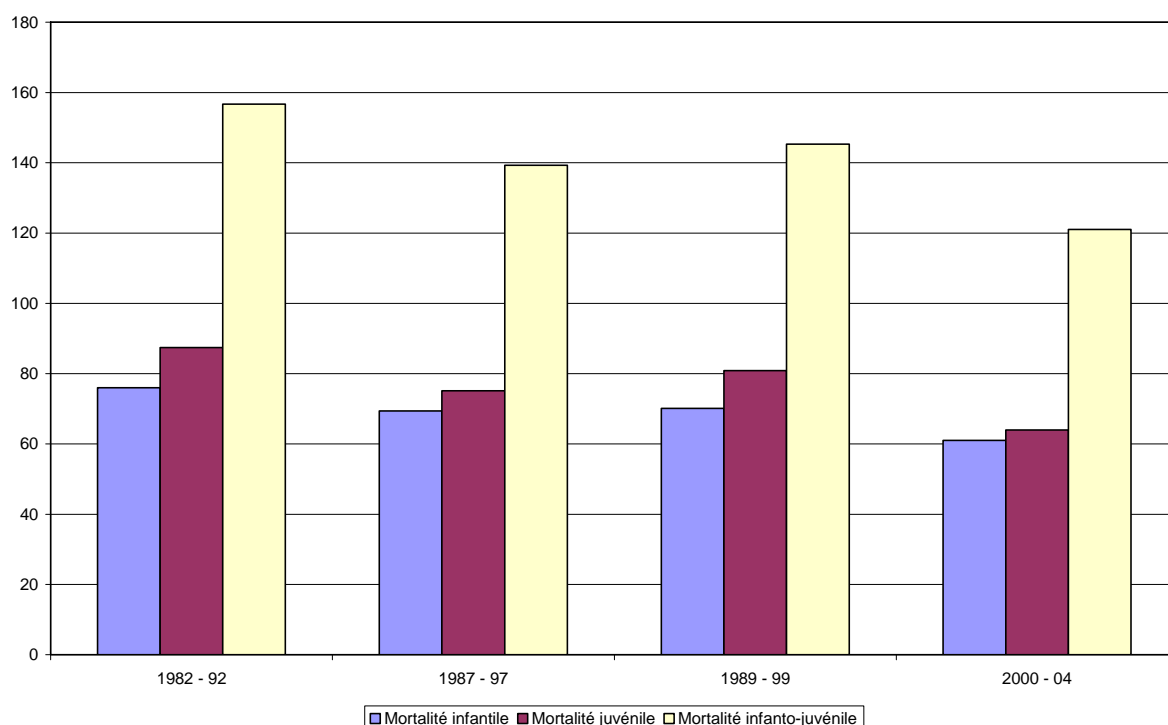
En ce qui concerne la nutrition, selon la revue du DSRP réalisée en 2008, le taux de prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de 0 à 36 mois a été évalué à 15,0 % en 2007 pour un objectif de 14,0 %. Selon l'EDS-IV, les disparités régionales sont encore très importantes. En effet, certaines régions ont un niveau très élevé par rapport à la moyenne nationale, il s'agit notamment de Kolda (32,0 %), Matam (29,0 %), Saint Louis (28,0 %), Tambacounda (25 %) et Diourbel (20,0 %).

S'agissant de la prévalence du VIH/SIDA, selon l'EDS-IV, le taux au niveau national, tous sexes confondus, s'est établi à 0,7 % en 2005. Les régions de Diourbel, Thiès, Tambacounda, Saint-Louis, Louga et Dakar présentent une situation beaucoup plus favorable que celle observée au niveau national et dans les autres régions. Par contre, les régions de Ziguinchor (2,2 %), Kolda

(2,0 %), Fatick (0,9 %) et Kaolack (0,7 %) enregistrent des niveaux de prévalence nettement plus élevés que les autres avec des taux de prévalence supérieurs ou égaux à celui enregistré au niveau national.

Les résultats obtenus ont permis de faire reculer la mortalité maternelle et infantile. Entre 1992 et 2005, le taux de mortalité infantile est passé de 157 ‰ à 121‰. Au niveau de la mortalité maternelle, le taux a atteint 510 décès pour 100 000 naissances vivantes au cours de la période 1986-1992 contre 401 décès maternels pour cent mille naissances vivantes pour la période 1998-2005.

Graphique 3: Mortalités infantile, juvénile et infanto-juvénile



Sources : DABIS, édition 2005-2006

Pour ce qui est de l'accès à l'eau potable, les efforts menés ont permis d'atteindre des résultats appréciables. En effet, le taux d'accès à l'eau potable est estimé en 2007 à 79,0 %. En milieu urbain, ce taux a atteint 98,0 % contre 72,0 % en milieu rural. Les taux moyens d'accès au niveau national cachent beaucoup de disparités interrégionales et intra-régionales qui montrent des capacités non uniformes à atteindre les OMD dans toutes les parties du pays. Ainsi, certaines régions comme Kolda affichent des taux ne dépassant pas 54,0 %, soit plus de 18 points en dessous de la moyenne nationale. Il en est de même à l'intérieur des régions où les écarts dans le niveau d'accès atteint parfois des proportions importantes.

Dans le domaine de l'assainissement, le pourcentage de ménages ruraux ayant accès à un système autonome d'évacuation des excréta et des eaux usées a été de 17,1 % en 2007, un niveau en deçà des objectifs fixés dans le DSRP en cours (20,0 % en 2007). En milieu urbain, le taux d'accès est passé de 62,0 % en 2006 à 63,9 % à fin 2007 et se situe en droite ligne des OMD.

1.2. Contexte politique, institutionnel et économique

Du fait de l'environnement international peu favorable, la croissance de l'économie sénégalaise a connu un ralentissement ces deux dernières années et elle s'est faite dans un contexte politique marqué par l'absence de dialogue entre l'opposition non parlementaire et le parti au pouvoir.

1.2.1. La toile de fond politique, géographique et institutionnelle

Dès son indépendance en 1960, le Sénégal s'est doté d'un régime présidentiel, avec un Président qui définit la politique de la nation exécutée par le Gouvernement dirigé par un Premier Ministre. Le contrôle des actions de l'exécutif est assuré par une Assemblée Nationale élue au suffrage universel direct et un Sénat récemment mis en place. Le pouvoir judiciaire est exercé par le Conseil Constitutionnel, la Cour de Cassation, le Conseil d'État, la Cour des Comptes et les Cours et Tribunaux. Une modification de la constitution a restauré la Cour Suprême et mis fin au processus de spécialisation qui avait cours depuis quelques années.

En matière de développement local et de déconcentration de l'administration, les prérogatives et compétences des collectivités locales (11 régions, 60 communes et 320 communautés rurales) ont été renforcées par la loi de 1996 portant sur la régionalisation. Une nouvelle réforme vient d'être adoptée par l'Assemblée Nationale et consacre notamment la création de trois régions supplémentaires : Kaffrine, Kédougou et Sédhiou.

Le pays compte diverses organisations de la société civile qui ne sont pas toujours organisées. Cependant, on compte des organisations faitières - telle que le CONGAD, la FONGS, le CNCR, la FAFS, etc. - et certaines relativement spécialisées (Forum Civil, Transparency, ONDH, RADDHO, etc.). L'on note cependant des ONG spécifiques aux enfants et aux femmes dont Plan International, World Vision, Christian Children Found, Aide Action... Sur toutes les questions sociales, politiques, économiques, les acteurs de la société civile arrivent de plus en plus à prendre des positions remarquables.

Au plan politique, le pays a connu une élection présidentielle en mars 2007, suivie d'élections législatives et sénatoriales en juin et août 2007. Abdoulaye Wade, candidat du PDS (Parti démocratique sénégalais, au pouvoir) et président sortant, a remporté la présidentielle avec plus de 56% des voix au premier tour. De l'avis des observateurs qui supervisaient le scrutin, l'élection s'est déroulée dans le calme et avec un niveau de transparence acceptable, malgré quelques dysfonctionnements. Cependant, l'opposition a contesté les résultats et exigé des discussions poussées avec le pouvoir, notamment afin d'assurer plus de clarté pour les prochains scrutins. Les deux parties n'ont pu trouver un consensus, les positions se sont braquées et l'opposition, réunie dans le « Front Siggil Sénégal », a choisi de boycotter les législatives de juin 2007. Celles-ci ont donc été largement remportées par le PDS, qui a obtenu 131 sièges sur 150 à l'Assemblée nationale avec un taux de participation de 38,0 %, contre 70,0 % lors de la présidentielle.

En 2007, le Sénat a été recréé. Les sénateurs sont soit élus au suffrage universel indirect par les différentes catégories socioprofessionnelles du pays (35,0 % des membres) soit nommés par le président de la République (65,0 % des sénateurs). Les élections sénatoriales ont également été boycottées par l'opposition et ont été largement remportées par le parti au pouvoir (34 sièges sur 35). Enfin, autre changement institutionnel a été opéré à travers la suppression en 2007 du Conseil de la République pour les affaires économiques et sociales, qui représentait la troisième institution du pays après la présidence de la République et l'Assemblée nationale. Ses

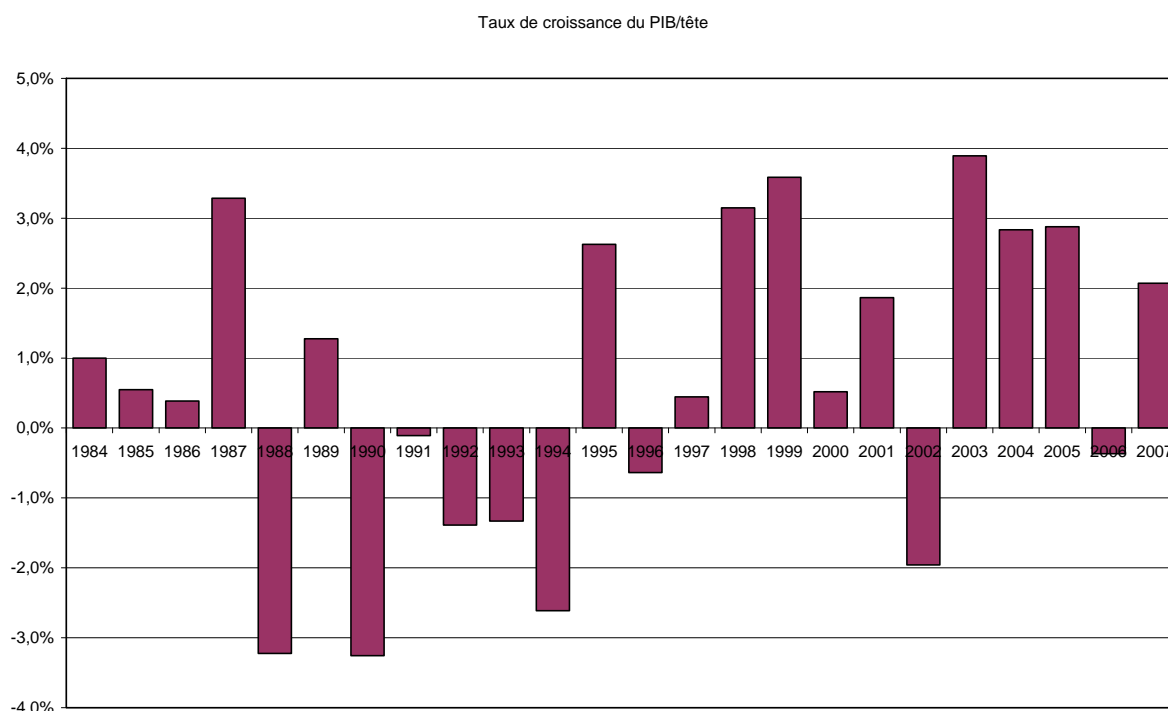
compétences sont revenues au Sénat et au Conseil économique et social, qui fait son retour sur la scène institutionnelle après avoir été supprimé en 2000.

La partie sud du pays, la Casamance, est marquée par un conflit armé depuis près de trois décennies. Cependant, la résolution du conflit a connu des avancées avec la signature, en décembre 2004, d'un accord de paix entre le Gouvernement du Sénégal et le MFDC (Mouvement des Forces Démocratiques de Casamance). Depuis deux ans, il n'y a eu que peu de confrontations entre l'armée sénégalaise et les forces du MFDC, mais sur la même période, l'on a noté deux assassinats d'autorités de la région à savoir le chef de mission de la présidence de la République chargé du dossier et acteur dans le processus de négociation avec les rebelles et l'ancien Président du Conseil Régional de Ziguinchor. Ces exactions ont rendu le contexte encore plus complexe et moins favorable à des avancées significatives en matière de droits humains et de développement économique.

1.2.2 Population et croissance économique

La population du Sénégal est estimée à un peu plus de 11 millions en 2005. La croissance démographique y demeure encore élevée (2,4 %). Le rythme d'accroissement rapide de la population est principalement dû à la fécondité encore forte (ISF de 5,3 en 2005) malgré une mortalité en baisse sensible mais toujours élevée. L'espérance de vie à la naissance est de 55,7 ans (HDR UNDP 2005).

Graphique 4: Taux de croissance par tête



Sources : ANSD

La densité moyenne est de 43 habitants au kilomètre carré. Cependant, cette population est inégalement répartie entre les 11 régions administratives du pays. Plus d'un sénégalais sur cinq (23,0 %) habite la région de Dakar qui ne couvre que 0,3 % du territoire national. Près de 50,0 %

de la population sénégalaise réside dans les 3 régions du centre ouest à savoir Dakar, Kaolack et Thiès.

La population urbaine avoisine 41,0 %, ce qui traduit une progression lente de l'urbanisation par rapport à 1988 où le taux d'urbanisation avait été estimé à 39,0 %. L'urbanisation est quasi générale à Dakar où 97,2 % des résidents vivent en milieu urbain. A l'inverse, les régions de Fatick et de Kolda ont les taux d'urbanisation les plus faibles, soit respectivement 12,6 % et 13,3 % en 2002.

Pendant ce temps, l'économie peine à dépasser les 5 % de croissance moyenne enregistrées ces dix dernières années (4,7 % entre 1997 et 2007). Le cheminement du PIB est toujours influencé par les aléas de la pluviométrie depuis le début des années 70. Ces chocs ont un impact de premier ordre sur les fluctuations de la production agricole, un secteur qui occupe encore plus de 60 % de la population active, et partant sur la production totale. Ce qui ne manque pas d'avoir de sérieuses implications négatives pour le bien-être par le biais à la fois de ses effets directs et indirects.

Depuis le début des années 70, le secteur primaire voit sa part dans le PIB baisser (recule de 5,1 % en 2007), une part fluctuant fortement d'année en année, conséquence des sécheresses intermittentes et des reprises subséquentes. La croissance repose ainsi largement sur la dynamique des activités tertiaires (6,7 % en 2007) et du secteur secondaire (6,5 % en 2007).

La croissance par habitant, du reste très volatile, demeure ainsi à un niveau très en deçà du nécessaire pour réduire l'incidence de la pauvreté de moitié d'ici 2015. Les taux de croissance modestes, joints au grand nombre de nouveaux entrants dans la population active, ne permettent pas de réduire de manière significative le haut niveau du chômage. Les taux de chômage sont toujours importants, notamment parmi les jeunes, les personnes éduquées et les femmes, et les inégalités de revenus ne cessent de s'accroître avec un indice de Gini qui se situe à 0,38 en 2005.

1.2.3 Problème de développement humain et de l'équité

Au Sénégal, les dernières enquêtes auprès des ménages montrent que la pauvreté au niveau des ménages est en nette régression. Cependant, cette situation cache des disparités entre les différents groupes socioéconomiques et entre les régions.

Les données observées dans l'ESPS montrent que la pauvreté est loin d'être uniforme d'une région à l'autre. Avec une incidence de la pauvreté de 25 % en 2005, la région de Dakar jouit d'une situation nettement plus favorable que les autres régions du pays, même si elle contribue le plus à la pauvreté (18,4 % de l'ensemble des ménages pauvres). A l'opposé c'est dans les régions de Louga, Tambacounda et Ziguinchor que la pauvreté des ménages est la plus répandue (deux ménages sur trois). Globalement, les régions de l'intérieur peuvent être regroupées en trois grandes catégories homogènes selon l'incidence de la pauvreté observée :

- très forte (plus de 60 %) à Louga, Tambacounda et Ziguinchor ;
- forte (entre 40 et 60 %) à Kolda, Kaolack, Matam Thiès, et Fatick ;
- moyennement forte (entre 25 et 40 %) à Dakar et Saint-Louis.

On note également une baisse de la pauvreté plus importante chez les ménages dirigés par des femmes. De 55,5 % en 1994-1995, l'incidence de la pauvreté est tombée à 37,1 %, soit une baisse de 33,0 % contre 18,6 % seulement pour les hommes.

Les statistiques de l'ESAM-II montrent que la pauvreté baisse de façon nette avec le niveau d'instruction. En effet, les ménages dont le chef n'a aucune instruction connaissent les taux de pauvreté les plus élevés : plus d'un ménage sur deux (54,2 %) vit en dessous du seuil de pauvreté. Ce taux tombe à 45,9 % quand le chef de ménage a fréquenté l'école primaire et baisse de plus de la moitié quand celui-ci atteint le niveau d'enseignement secondaire. Il continue de baisser jusqu'à 12,5 % pour les ménages dont le chef a atteint le niveau d'enseignement supérieur général.

La mortalité juvénile connaît une baisse au Sénégal. Cependant, les données observées dans l'EDS-IV montrent que la mortalité juvénile est nettement plus élevée en milieu rural (85 ‰) qu'en milieu urbain (41 ‰). De même, le niveau varie sensiblement d'une région administrative à l'autre, pouvant passer du simple à plus du double. Les niveaux sont plus faibles dans les régions de Dakar (37 ‰) et de Louga, Matam (45 ‰) et plus élevés dans celles du sud (116 ‰ à Kolda et 111 ‰ à Tambacounda).

Les résultats de l'ESPS indiquent que 17,0 % des personnes interrogées se sont estimées malades en 2005/06. Parmi elles, 45,9 % sont affligées du paludisme, 4,4 % de la diarrhée, 3,4 % de maux dentaires. Les problèmes de santé publique auxquels sont confrontées les populations ont des répercussions sur leur productivité : sur 100 personnes déclarées malades, plus des deux tiers ont dû prendre un repos médical.

L'accès aux services de santé révèle une autre source d'inégalités entre les urbains et les ruraux. Au niveau national, 38,7 % des ménages mettent 30 (trente) minutes à pied pour accéder à un service de santé. Mais, selon le milieu de résidence, on s'aperçoit qu'ils sont de 56,0 % dans les campagnes et 16,9 % dans les villes, mieux dotées en structures sanitaires.

1.3 Stratégies macroéconomiques et répartition des ressources

1.3.1 Croissance pro-pauvre et résultats pour les enfants

Le taux de croissance du PIB est tombé à 2,1 % en 2006 et à 2,8 % en 2007, contre 5,3 % 2005 et une moyenne de 4,4 % sur la période 1996-2006. Cependant, ces performances restent en deçà des objectifs de 7 % de croissance nécessaire à la réduction de moitié de la pauvreté d'ici à 2015.

Le secteur primaire a enregistré des baisses de croissance sensibles, avec des taux de -2,9 % en 2006 et 0,3 % en 2007, contre 11,1 % en 2005. Ces tendances reflètent le ralentissement de l'activité agricole et de la pêche en 2006 et 2007. Le secteur secondaire a enregistré une augmentation de la production de 6,3 % en 2007, contre une baisse de 1,7 % en 2006 et une faible hausse (0,3 %) en 2005. Le secteur tertiaire a connu une expansion grâce au bon comportement de l'informel et de l'administration avec, respectivement, une croissance de 3,5 % et 6,7 % en 2006, et de 6,5 % et 3,1 % en 2007.

Ainsi, on observe un faible dynamisme des activités agricoles, alors que majoritairement la population sénégalaise tire ses revenus de ce secteur (près de 70 % de la population occupée) et que les pauvres sont concentrés dans les zones rurales. Un long déclin structurel de l'agriculture auquel s'ajoute la réduction des prix relatifs réels des produits agricoles, ainsi que quelques années de mauvaise pluviométrie, explique la faible participation de ce secteur à la croissance économique depuis 1994 : seulement 15 % de cette dernière provient de la croissance agricole. De

plus, l'élasticité des revenus des ménages agricoles à la croissance économique est assez faible (0,76)¹, le niveau de vie des agriculteurs a, en conséquence, moins progressé que le PIB.

De plus, la croissance économique des secteurs non agricoles n'a cependant pas bénéficié pleinement à la population sénégalaise. Les salariés travaillant dans les activités minières, la construction, les transports et l'administration publique ont même connu une baisse de leur revenu réel. Cela s'explique en partie par l'effet du renchérissement des produits énergétiques et des denrées alimentaires qui s'est traduite par une baisse du pouvoir d'achat réel des ménages recevant des revenus salariaux non indexés sur le coût de la vie. Au total, peu de ménages sénégalais ont bénéficié de cette croissance économique.

En matière de politique budgétaire, On observe une situation paradoxale au niveau des finances publiques : des réalisations budgétaires supérieures aux prévisions, qui contrastent avec un déficit global ne cessant de se creuser, du fait des dépenses extrabudgétaires qui ont atteint des niveaux record ces deux dernières années et de l'effet du renchérissement des produits énergétiques et des denrées alimentaires. En vue de protéger les populations contre ces augmentations de prix, des mesures de soutien ont été adoptées. Cependant, une étude d'impact sur la pauvreté et le social (PSIA) réalisée par le FMI en février 2008 a constaté que les subventions sur les produits énergétiques et les denrées alimentaires n'étaient pas bien ciblées. S'agissant des produits énergétiques, l'étude montre que La subvention au butane profite surtout aux ménages plus aisés alors que les exonérations fiscales sur le pétrole lampant profitent davantage aux pauvres. Pour ce qui est des denrées alimentaires, les mesures de soutien concernant le riz profitent logiquement aux deux quintiles de population les plus pauvres. Cependant, s'agissant du lait en poudre et du pain, ce sont les couches les plus aisées qui bénéficient le plus des avantages fiscaux. A cela, il faut ajouter qu'avec la mise en place de la TVA à taux unique de 18 % la « régressivité » du système fiscale s'est accrue et la question de savoir si une telle taxe est socialement équitable peut être posée. En effet, le simple fait de s'appuyer sur les revenus d'une taxe indirecte régressive pour financer, même partiellement, des besoins aussi fondamentaux que la santé et l'éducation exclut *de facto* l'hypothèse de son éventuelle réduction et vient renforcer la tendance à une baisse de la progressivité de l'impôt.

Cependant, cette « régressivité » serait atténuée si les dépenses publiques en services sociaux de base, malgré leur part importante dans le budget, étaient davantage ciblées vers les plus défavorisés. Il faut noter que la fiscalité sénégalaise compte largement sur les impôts indirects qui représentent 70,7% des recettes fiscales totales qui frappent indistinctement les consommateurs riches comme pauvres.

Au regard de telles évolutions, on comprend pourquoi la croissance a été insuffisamment pro-pauvre. D'un côté les revenus agricoles, bien qu'augmentant, n'ont pas suffi à faire baisser significativement la pauvreté rurale, d'un autre côté, seulement une partie des ménages urbains ont réellement connu une amélioration de leur niveau de vie. Ces derniers expriment d'ailleurs une certaine frustration, la grande majorité ne percevant pas les retombées de la croissance. De plus, le système fiscal sénégalais est régressif donc accentue les inégalités et ne privilégie pas les couches les plus pauvres. Pour cela des options de politiques économiques doivent être prise à court et long terme. A court terme, le gouvernement doit cibler davantage les couches les plus défavorisées grâce à des initiatives telles les cantines scolaires et les programmes de travaux publics. A long terme le Gouvernement pourrait envisager de mettre en place un système de transfert monétaire lié.

¹ DIAL, Programme de lutte contre la pauvreté et Stratégie de croissance au Sénégal : les deux politique se complètent-elles ?

1.3.2. Les budgets publics et les partenariats comme preuve d'engagement

D'après les prévisions du Ministère de l'Economie et des Finances, en 2008, l'exécution des opérations financières des États se serait globalement traduite par une aggravation du déficit global (dons compris), qui atteindrait 290 milliards de FCFA, soit 4,8 % du PIB contre 3,5 % en 2007. Cette évolution s'expliquerait par une progression de l'ensemble des dépenses plus soutenue (+16,1 %) que celle des recettes (11,8 %), malgré une bonne progression des recettes hors dons (14,0 %). En effet, en 2008, les dépenses courantes auront progressé de 16,9 % essentiellement à cause des transferts et subventions aux produits alimentaires et au secteur énergétique (151 milliards, soit 2,5 % du PIB). Quant aux dépenses d'investissement, ils auraient progressé de 16,0 % en 2008 sous l'impulsion des financements intérieurs.

Au plan sectoriel, la répartition du budget de 2008 s'est faite sur la base des mêmes priorités macroéconomique qu'en 2007 avec des allocations budgétaires représentant 1,4 % du PIB pour les pouvoirs publics, 4,7 % pour les secteurs d'administrations générales, 8,9 % pour les secteurs économiques, et 8,1 % pour les secteurs sociaux dont 63,6 % et 19,7 % vont respectivement à l'Education et la Formation, et à la Santé, Prévention et Nutrition qui font ainsi partie des principaux secteurs privilégiés dans le budget de 2008. Toutefois, alors que l'Education et la Formation ont vu leur part dans le budget progresser de 16,7 % en 2007 à 17,8 % en 2008, des secteurs sociaux tout aussi prioritaires comme la Santé, et le Développement social et la Solidarité nationale ont vu leur part dans le budget stagner ou diminuer en 2008 passant, respectivement de 5,5 % en 2007 à 5,6 % en 2008, et de 0,6 % en 2007 à 0,4 % en 2008. Ces baisses, en part relative du budget total de l'Etat, s'expliquent surtout par la fin de plusieurs projets d'investissements comme le PDIS et la nouvelle orientation du secteur de la santé qui privilégie le développement des ressources humaines et les campagnes de vaccination et d'information plutôt que des investissements lourds. Les baisses relatives des budgets de fonctionnement et d'investissement pour le développement social (-59,7 % et -3,4 % respectivement) restent plus préoccupantes dans la mesure où elles interviennent au moment où la récente stratégie de protection sociale est adoptée (septembre 2005).

Sur le plan des investissements, le secteur quaternaire, avec 46,7 % du budget d'investissement, reste le secteur privilégié. Ce secteur regroupe tous les investissements relatifs au développement des ressources humaines (éducation, santé, nutrition), à l'amélioration du cadre de vie (approvisionnement en eau potable et assainissement en milieu urbain, urbanisme et habitat), à la promotion socio-économique des femmes, des jeunes et des populations déshéritées, au développement local et régional et à l'amélioration des conditions de travail de l'administration.

Les sources de financement en provenance des partenaires au développement constituent pratiquement le tiers du budget global au Sénégal. Selon le Tableau d'Opération Financières de l'Etat (TOFE), les flux de financement extérieurs décaissés chaque année totalisaient en moyenne 286 milliards de FCFA pendant la période 2005-2008. Toutefois, une enquête réalisée par la Banque mondiale en 2006 auprès de 35 bailleurs de fonds dont 27 ont exactement répondu, les bailleurs indiquent qu'ils ont déboursé pour plus de 435,4 milliards de FCFA dont 84,2 % sous forme de dons en 2005, alors que le TOFE indiquait 249,0 milliards de FCFA [**Banque mondiale, 2006**]² ; ces différences étant pour partie liées aux insuffisances dans le mode de comptabilisation des flux d'aides³.

² Revue des dépenses publiques au Sénégal. Banque mondiale 2006

³ Etude des écarts de comptabilisation de l'APD au Sénégal. MEF 2007 financement BM.

L'enquête⁴ a aussi révélé qu'il existait 474 projets pour un portefeuille de 1 270 milliards de FCFA à la fin de 2005, soit 2,7 milliards de FCFA de financement moyen sur ressources externes par projet. Le PNUD suivi par la coopération canadienne, la FAO et l'Union Européenne étaient les bailleurs qui avaient le plus grand nombre de projets en cours.

Au cours de ces dernières années, l'enquête a révélé que les bailleurs de fonds ont cherché à s'aligner sur les priorités DSRP qui étaient, en 2005, la création de richesse, le renforcement des capacités à délivrer les services sociaux, la protection des groupes vulnérables, et le soutien à la bonne gouvernance et au développement participatif. Ainsi, sur la période 2003-2005, le pilier consacré à la bonne gouvernance et le développement participatif a bénéficié de 35% des ressources des projets d'investissements soutenus par les bailleurs de fonds, suivi par la création de richesse avec 34,5%, le renforcement des capacités et l'accès aux services sociaux avec 22,4%, et la protection des groupes vulnérables avec seulement 3,1% des fonds alloués par les bailleurs de fonds. On peut toutefois penser que ce dernier taux sous-estime le véritable soutien financier aux groupes vulnérables puisque ce soutien passe aussi par des projets sectoriels dans, par exemple, l'éducation et la santé où les groupes défavorisés reçoivent aussi une assistance.

Plus particulièrement, le soutien des partenaires extérieurs au pilier «Renforcement des capacités et l'accès aux services sociaux», s'est orienté principalement vers les secteurs de l'Education et de la Formation, la Santé et la Nutrition, et l'Eau potable et l'Assainissement avec respectivement 7,7 %, 7,4 % et 5,7 % du total des décaissements sur la période 2003-2005.

Au niveau du pilier de la protection des groupes vulnérables, ce sont les enfants et les femmes qui ont bénéficié du faible appui délivré par les bailleurs de fonds, notamment de la Banque mondiale et le Programme Alimentaire Mondiale (PAM).

Si l'on considère la décentralisation du budget de l'Etat (investissements et fonctionnement confondus), on se rend compte que les ressources décentralisées regroupent le FECL (fonds d'équipement des collectivités locales), le FDD (fonds de dotation de la décentralisation) et BCI (budget consolidé d'investissements) décentralisé. En totalité, les crédits décentralisés mis par le gouvernement à la disposition des collectivités locales du pays sont à la hausse passant de 20,4 milliards en 2006 à 28,8 milliards de FCFA en 2009.

Tableau 1: Evolution de l'ensemble des crédits décentralisés dans le budget de l'Etat

	Crédits décentralisés (CD) (en milliards de francs CFA)			
	FECL	FDD	BCI	Total crédits décentralisés
2006	7,0	12,4	1,1	20,4
2007	10,5	13,4	1,4	25,3
2008	11,5	16,6	1,4	29,5
2009	12,5	14,9	1,4	28,8
Total	41,5	57,3	5,3	104,0

Source : Direction du Budget et Direction de la Coopération économique et financière MEF

Mais ces ressources décentralisées sont jugées globalement faibles par les collectivités locales et ne permettent pas de faire face réellement à la gestion des neuf (9) compétences transférées et aux efforts d'investissements nécessaires au sein des collectivités locales. En plus, si l'on considère le

⁴ Pour procéder à une estimation de l'APD au Sénégal, la BM a été obligée d'administrer un questionnaire auprès des PTF dans le cadre de la revue des dépenses publiques ; cela s'est traduit par des divergences de chiffres entre les PTF et le Gouvernement.

budget de 2006 par exemple, on constate que le processus budgétaire est encore fortement centralisé car près de 82,7% des dépenses concernent des ministères, des départements et les entités déconcentrées de l'Administration Centrale⁵. Les collectivités locales n'exécutent que 7,85% des ressources à travers les FDD, le FECL, le BCI mais aussi les transferts de l'administration centrale aux administrations décentralisées ; ce qui est fort peu.

Afin d'améliorer l'efficacité des dépenses publiques, le Sénégal a adopté depuis juin 2003 deux plans d'actions destinés à l'amélioration des procédures budgétaires au sein de l'Etat : les plans d'actions pour la gestion financière (CFAA) et la passation des marchés publics (CPAR) dont la mise en œuvre bénéficie de l'appui des partenaires au développement étant donné que ces deux plans d'action constituent un des axes centraux des appuis budgétaires développés actuellement par les principaux partenaires au développement du pays. Dans le cadre du plan d'actions pour la gestion financière, la gestion axée sur les résultats est en cours d'implantation avec la mise en œuvre depuis 2006 des CDSMT et du CDMT dans douze ministères dont la santé et l'éducation

En effet, le Sénégal s'est engagé à aller vers l'appui budgétaire pour une mobilisation et une utilisation rapides des ressources liées à la réalisation des objectifs. Toutefois, cela suppose aussi que l'Etat mette en place procédures budgétaires efficaces, fiables et transparentes. Ce qui explique ces réformes dans les finances publiques pour aller dans le sens de la crédibilisation de tout le processus depuis la préparation jusqu'au contrôle budgétaires en passant par l'exécution budgétaire, mais aussi les procédures de passation de marchés ainsi que la réforme de la fonction publique.

D'après l'évaluation de 2006 qui a été faite de ces deux plans d'action, plusieurs avancées significatives ont été enregistrées dans l'application des réformes notamment en ce qui concerne le processus de préparation budgétaire avec, notamment, la mise en place des CDSMT dans les Ministères clés du DSRP, le processus de passation des marchés publics et dans une moindre mesure le processus de l'exécution budgétaire et la décentralisation. Des efforts importants restent à faire concernant le contrôle de l'exécution budgétaire et le système de suivi et de gouvernance des entreprises publiques.

En raison du niveau de l'APD au Sénégal et du caractère stratégique de l'appui des partenaires au développement (appui ciblé sur les secteurs prioritaires), l'amélioration de l'efficacité des dépenses publiques devra obligatoirement passer par une hausse de l'efficacité de l'aide internationale. C'est dans ce sens qu'il faut noter que le Sénégal est engagé à la Déclaration de Paris. D'une part, il s'est porté volontaire pour les enquêtes de suivi de la DP (deux enquêtes ont été réalisées en 2006 et en 2008), d'autre part, il s'est aussi porté volontaire en tant que pays pilote pour la réalisation de l'évaluation de la mise en œuvre de la DP. Aussi, le gouvernement a élaboré un plan d'action de l'efficacité de l'aide visant l'atteinte des objectifs de la Déclaration de Paris. De plus, afin de développer les appuis budgétaires, le Sénégal a mis en place un protocole d'accord signé entre le gouvernement et les partenaires au développement appelé l'Arrangement cadre de l'appui budgétaire (ACAB) qui en fait, souligne les engagements réciproques et qui est passé sous revue chaque année.

Conclusion

La démographie sénégalaise se caractérise par une fécondité en baisse et une mortalité infantile encore élevée et sur laquelle des progrès sensibles sont à faire. La population sénégalaise est donc

⁵ PEFA 2007.

appelée à croître rapidement encore pendant quelques décennies. La pyramide des âges va ainsi continuer à garder sa forme triangulaire qui est la caractéristique principale des populations jeunes. Ce qui ne manquera pas d'avoir des effets sur la demande en services sociaux de base.

Dans un contexte où plus de deux ménages sur cinq est touchés par la pauvreté et où la croissance économique semble épuiser toute possibilité de création de marges de manœuvre supplémentaires pour accélérer le processus de l'atteinte des OMD, une attention particulière doit être accordée à la pauvreté des enfants.

Ce chapitre a montré que jusqu'à présent au Sénégal, la pauvreté des enfants n'a pas fait l'objet d'un examen attentif. Son observation, au travers de la statistique publique, est loin d'être systématique et les quelques résultats qui existent demeurent encore diffus. Sans compter que l'objectif de réduction de la pauvreté des enfants n'est guère présent à l'agenda politique. Cependant la révision du DSRP et l'axe 3 du DSRP2 qui met en exergue la protection sociale et la mise en place de la Stratégie nationale de protection sociale (SNPS) peuvent permettre d'espérer des avancées au cours des prochaines années.

Le contexte international a été très défavorable au Sénégal en 2007 et en 2008 à tel point que le Gouvernement a été obligé de prendre des mesures fiscales qui se sont traduites par une suspension des droits de douane et de la Tva sur certaines denrées de première nécessité. Sur la même période, le sous secteur énergie, sous l'effet des hausses répétées des cours mondiaux des produits pétroliers, a reçu des subventions publiques importantes. La conséquence directe a été un déséquilibre des finances publiques avec un endettement important vis-à-vis du secteur privé national. En, plus de ces contraintes de gestion des finances publiques, le Sénégal fait face, comme tous les pays, aux effets de la crise mondiale qui se manifestent essentiellement par une raréfaction des transferts (revenus de l'émigration), une compression probable du flux de l'APD, des investissements directs étrangers et des exportations. De ce fait, les prévisions les plus optimistes prévoient un taux de croissance de 2,5 % en 2008 et 2% en 2009. Ces crises ont fragilisé les populations les plus pauvres et les plus vulnérables du pays et les mesures proposées (subventions) n'ont pas été efficaces faute d'un ciblage précis. Une meilleure connaissance de ces groupes de population vulnérables aurait permis de mettre en place des réponses plus adaptées. Le chapitre 2 va en particulier s'attacher à décrire et comprendre la pauvreté des enfants au Sénégal.

CHAPITRE 2 :

LA PAUVRETE ET LES ENFANTS

Introduction

La pauvreté se manifeste sous différents aspects : Quand elle affecte l'enfant, elle constitue une menace pour le développement psychophysique de celui-ci en le privant des capacités nécessaires à sa survie, son développement et son épanouissement. Quand elle affecte les familles qui vivent avec des enfants, son impact négatif sur les inégalités économiques et sociales empêche les enfants concernés de bénéficier de l'égalité des chances et fragilise l'environnement protecteur que constitue la famille, ce qui expose les enfants à différents risques d'exclusion.

Pour lutter contre la pauvreté des enfants de manière efficace, il s'avère donc essentiel de comprendre comment les enfants vivent la pauvreté. Pour ce faire, ce chapitre a recours à trois indicateurs qui permettent d'examiner les différentes facettes de la pauvreté, à savoir : le rapport revenu/consommation, les privations et le niveau de la mortalité infanto-juvénile. Pour le calcul de ces indicateurs, ce chapitre utilise les bases de données des enquêtes ESAM, ESPS et EDS, principalement celle de 2005. Ces bases de données permettent de faire des estimations des mesures de la pauvreté telle qu'elle est vécue par les enfants au Sénégal.

L'une des mesures les plus couramment employées de la pauvreté est l'approche monétaire, qui mesure la pauvreté par le revenu ou les dépenses de consommation. Ainsi, la pauvreté est-elle définie comme étant la négation du bien-être économique, c'est-à-dire de l'utilité générée par la consommation totale, résultant donc de l'insuffisance de ressources à se procurer une consommation suffisante. Toutefois, cette mesure de la pauvreté ne semble pas très adaptée à l'évaluation de la pauvreté des enfants. L'utilisation de la notion de privation et du taux de mortalité des jeunes enfants permet de focaliser l'attention sur la situation dans laquelle évoluent les enfants, en faisant de la pauvreté un attribut du milieu dans lequel vivent ces derniers.

2.1. La pauvreté monétaire et les privations qui affectent les enfants

2.1.1 Constatations de l'approche revenu/consommation

La pauvreté monétaire exprime un aspect de niveau de vie et résulte d'une insuffisance de ressources engendrant une consommation insuffisante. Au Sénégal, sa mesure s'appuie sur la consommation, traduite en valeur monétaire. Il a été ainsi défini un seuil monétaire en deçà duquel on est considéré comme pauvre. Ce seuil est censé déterminer une pauvreté absolue, dans la mesure où sa définition s'est faite en considérant le revenu nécessaire à l'achat du panier minimal de biens alimentaires indispensables au maintien d'une ration calorifique quotidienne minimale (2.400 calories par équivalent adulte par jour), panier auquel il a été ajouté le revenu nécessaire à l'achat de biens non alimentaires indispensables (habillement, transport, hygiène, eau, énergie, etc.).

2.1.1.1 Niveaux de la pauvreté monétaire

Au Sénégal, on dénombrait 2 973 605 enfants de moins de 18 ans vivant dans des ménages pauvres en 2005, soit une incidence de pauvreté de 53,7 %. Le taux de pauvreté des enfants est ainsi plus élevé que celui des adultes. Il est aussi supérieur à celui de l'ensemble des sénégalais et au taux de pauvreté des ménages évalués respectivement à 50,6 % et 42,6 % en 2005.

Tableau 2: Tendances de la pauvreté monétaire et de la sous-consommation selon le seuil national de pauvreté

Incidence de la pauvreté	2001	2005
Incidence de la pauvreté des enfants de moins de 18 ans		53,7
Incidence de la pauvreté de tous les individus	57,1	50,6
Incidence de la pauvreté dans tous les ménages	48,5	42,6
Nombre d'enfants de moins de 18 ans qui sont dans la pauvreté		2 973 605

Sources : ESAM II ,2001 ; ESPS, 2005 ; et estimations des auteurs.

2.1.1.2 Profil de la pauvreté monétaire des enfants

De manière générale, les taux de pauvreté les plus élevés chez les enfants sont observés parmi les enfants vivant dans des ménages localisés en milieu rural, dont le chef est un homme n'ayant aucun niveau d'éducation, et composés d'au moins 5 personnes **[Tableau 3]** :

- **La pauvreté parmi les enfants croît avec la taille des ménages.** Relativement faible parmi les enfants vivant dans les ménages de moins de trois personnes (23,7 %), elle se situe à 54,7 % dans les ménages dont le nombre de membres est supérieur ou égal à 7 personnes contre 37,2 % dans les ménages de taille comprise entre 3 et 4 personnes et 52,6 % dans ceux de taille de 5 à 6 membres. Les ménages de grande taille (plus de 6 membres) qui abritent plus de 8 enfants sénégalais sur 10 sont ainsi ceux où l'intensité de la pauvreté des enfants est la plus élevée – comparativement aux ménages de taille moins importante.
- **La pauvreté des enfants diminue fortement lorsque le niveau d'éducation du chef de ménage dans lequel ils vivent augmente.** Les enfants pauvres vivent plus souvent avec des parents sans niveau d'éducation que les enfants qui ne sont pas pauvres. La pauvreté des enfants est ainsi concentrée parmi les enfants des ménages dont le chef est sans niveau d'éducation : 63,1 % contre 35,1 % parmi ceux dont le chef de ménage dispose du niveau d'instruction primaire alors que le taux de pauvreté n'est que de 10,2 % pour les enfants dont le chef de ménage a au moins une formation de niveau secondaire.

Le taux de pauvreté plus élevé enregistré chez les parents sans niveau d'instruction est attribuable à un certain nombre de facteurs. Les taux de chômage et de sous-emploi des personnes sans instruction sont plus élevés que chez les instruits. Les parents sans instruction qui travaillent sont plus susceptibles d'occuper des postes de bas salaires que les travailleurs instruits. En effet, si les individus disposant d'une formation, notamment ceux ayant un niveau supérieur qui sont les mieux formés, peuvent intégrer le secteur public ou le

secteur privé formel, les personnes sans instruction font largement recours à l'auto-emploi, surtout en milieu rural. Le niveau de capital requis étant faible, ces personnes s'emploient même si les rémunérations sont également faibles⁶.

Tableau 3 : Corrélats de la pauvreté monétaire et de la sous-consommation des enfants

.Caractéristiques de l'enfant ou du ménage	Modalités de la caractéristique	Taux de pauvreté
Age de l'enfant	Moins de 3 ans	53,5%
	3 - 4 ans	53,5%
	5 - 9 ans	55,2%
	10 - 14 ans	53,8%
	15 -17 ans	51,0%
Taille du ménage	< 3 membres	23,7%
	3-4 membres	37,2%
	5-6 membres	52,6%
	> 6 membres	54,6%
Niveau d'éducation du chef de ménage	Sans éducation	63,1%
	Primaire	35,1%
	Secondaire +	10,2%
Sexe du chef de ménage	Homme	59,6%
	Femme	29,7%
Milieu de résidence du ménage	Urbain	8,6%
	Rural	82,0%
Ensemble		53,7%

Sources : Estimations des auteurs d'après les données de l'ESPS 2005/2006

- **La pauvreté est plus répandue parmi les enfants issus du milieu rural que parmi ceux vivant en ville.** Le taux de pauvreté des enfants est de 82,0 % en milieu rural, contrairement au milieu urbain, où le taux de pauvreté des enfants n'est que de 8,6 %.
- **La pauvreté est relativement moins importante parmi les enfants vivant dans des ménages dirigés par une femme.** Le taux de pauvreté des enfants dont le chef de ménage est de sexe masculin est de 59,6 % contre 29,7 % parmi les enfants vivant dans les ménages dirigés par une femme.

2.1.2 Constatations de l'approche privations

La pauvreté peut également être perçue dans sa dimension d'exclusion par rapport à un certain mode de vie matériel, résultant de l'impossibilité de satisfaire aux besoins essentiels. En ce qui concerne les enfants, l'analyse est élargie à l'ensemble des besoins qui permettent de mener une vie décente dans la société, ce qui renvoie à la notion de privation. Cette approche traduit une situation de manque dans les domaines relatifs à l'alimentation, à la santé, à l'éducation, au logement, etc. La notion de seuil étant difficile à définir dans ce cas, il a été proposé les définitions concrètes suivantes des enfants souffrant de privations :

- il y a *privation modérée* si l'enfant :

⁶ Banque mondiale, 2008 « Sénégal – Diagnostic de la pauvreté »

- (i) vit dans un logement où il y a 4 personnes ou plus par chambre à coucher, sans plancher durable (la terre), ou avec un toit inadéquat ;
- (ii) n'a accès qu'à des toilettes non améliorées (latrines à fosse, couvertes et non couvertes, toilettes sans chasse d'eau branchée, seaux, etc.) ;
- (iii) n'a pas accès à l'eau potable à moins d'une demi heure de marche ;
- (iv) (de 3-17 ans) n'a accès ni à la radio, ni à la télévision ;
- (v) présente au moins une des trois formes de malnutrition modérée (retard de croissance, émaciation, insuffisance pondérale) ;
- (vi) (de 7-17 ans) ne fréquente pas l'école actuellement et n'a pas achevé son cycle primaire ;
- (vii) n'a pas été complètement vacciné avant l'âge de deux ans ou n'a pas accès au traitement approprié contre l'IRA ou la diarrhée en cas de besoin.

- il y a *privation sévère* si l'enfant :

- (i) vit dans un logement où il y a 5 personnes par chambre à coucher ou plus, et/ou sans sol durable ;
- (ii) vit dans un ménage qui ne comporte aucune installation sanitaire ;
- (iii) a accès à l'eau potable à plus d'une demi heure de marche ou utilise l'eau des ruisseaux, des sources non aménagées ou des puits non protégés ;
- (iv) (de 3-17 ans) n'a accès à aucun médium d'informations (ni radio, ni télévision, ni téléphone, ni journal ou ordinateur) ;
- (v) (de 7-17 ans) n'a jamais fréquenté l'école ;
- (vi) présente au moins une des trois formes de malnutrition sévère modérée (retard de croissance, émaciation, insuffisance pondérale) ;
- (vii) n'a jamais été vacciné, ou n'a reçu aucun traitement pour une maladie récente comportant une infection respiratoire ou une diarrhée.

- il y a *privation absolue* si l'enfant souffre de deux privations au moins.

C'est la privation absolue qui permet le mieux d'appréhender la vulnérabilité des enfants.

2.1.2.1 Incidence des privations sévères et des privations modérées

Les privations, qu'elles soient modérées ou sévères, semblent être le lot quotidien des enfants au Sénégal. Seul un enfant sur quatre (25 %) au Sénégal ne souffre d'aucune privation modérée, et les privations sévères affectent plus de trois enfants sur cinq (62,3 %). En général, les privations affectent plus d'enfants sous leurs formes modérées que sous leurs manifestations sévères. Toutefois, en ce qui concerne les enfants souffrant de privations absolues, c'est-à-dire d'au moins deux privations, ceux affectés par les privations sévères (31,0 %) sont, relativement à l'ensemble des enfants, plus importants que ceux souffrent de privations modérées [**cf. Annexe, Tableau 2.1.4**].

Le logement et l'éducation sont les premières privations qui affectent les enfants. Alors qu'un logement surpeuplé, ou insuffisamment salubre peut avoir un impact néfaste sur le devenir des enfants, en provoquant des problèmes de santé, en pesant sur la socialisation, la réussite scolaire et même l'insertion dans la vie active, la privation de logement, qu'elle soit sévère (42,7 %) ou modérée (50,0 %), constituent la première privation dont souffrent les enfants. Il est suivi de

l'éducation qui constitue la deuxième privation qui entrave le devenir des enfants sénégalais tant sous sa forme modérée que sévère : près de deux enfants âgés de 7 à 18 ans que cinq (38,8 %) ne sont jamais allés à l'école en 2005 au Sénégal, et près d'un enfant sur deux (47,0 %) n'a pas terminé l'école primaire et n'étudiait plus en 2005. Le logement et l'éducation constituent de ce fait, parmi tous les couples de privations dont souffrent sévèrement les enfants au Sénégal, celui qui est le plus fréquent avec une proportion de près de 20,0 % des enfants.

Les privations de santé et d'installations sanitaires constituent aussi des handicaps pour les enfants au Sénégal. Alors que près d'un enfant sur quatre (24,0 %) vit dans une habitation avec cinq personnes ou plus par pièce et sans revêtement de sol, et sans avoir accès à des toilettes quelles qu'elles soient, un peu plus d'un enfant sur cinq (20,7 %) n'a été vacciné contre aucune maladie, ou n'ont aucun accès à un traitement s'ils souffrent de diarrhée. Elles demeurent en plus très fréquentes sous sa forme modérée : la privation de santé affecte ainsi 36,0 % des enfants et 24,0 % des enfants n'ont accès à des toilettes salubres.

Tableau 4: Changements dans les taux de privations sévères parmi les enfants pendant la dernière décennie

Pays	2005 ou l'année la plus récente depuis 2000 ⁷		Dernières données disponibles entre 1990 et 1995*	
	Nombre d'enfants de la tranche d'âges pertinente (en milliers)	Pourcentage des enfants qui subissent des privations sévères	Nombre d'enfants de la tranche d'âges pertinente (en milliers)	Pourcentage des enfants qui subissent des privations sévères
1. Logement	32 945	43		46
2. Assainissement	32 945	24		33
3. Eau	32 945	11		23
4. Information	32 945	2		22
5. Nutrition	8 851	7		..
6. Éducation	18 532	39		..
7. Santé	8 851	21		..
Total	32 945			
Deux privations sévères		31		39

Sources : Estimations de Bristol University sur la base des données de l'EDS IV – 2005 **Correspond au Tableau 2.1.5 en annexes**

Le logement est la privation sévère la plus fréquemment associée aux privations sévères de santé, d'éducation, et nutritionnelle. Parmi les enfants âgés de 7 à 18 ans qui ne sont jamais allés à l'école en 2005 au Sénégal, 20,0 % d'entre eux vivent dans une habitation avec cinq personnes ou plus par pièce et sans revêtement de sol. Ce taux est de 11,0 % parmi les enfants qui n'ont pas été vacciné contre aucune maladie, ou n'ont aucun accès à un traitement s'ils souffrent de diarrhée des enfants de moins cinq ans, et de 4,0 % chez les enfants atteints de malnutrition sévère. L'accès à un logement décent apparaît de ce fait comme étant de très loin la meilleure garantie contre l'inconfort sanitaire de façon générale, et contre l'échec scolaire.

Les privations d'information et d'eau ont fortement reculé ces dix dernières années. Les privations dont souffrent les enfants au Sénégal ont en général affecté moins d'enfants en 2005 qu'en 1995. Toutefois, les progrès les plus nets sont enregistrés dans les domaines de l'information et de l'accès à l'eau potable. Ainsi, alors qu'en 1995 22,0 % des enfants âgés de 3 à 18 ans au Sénégal n'avaient pas accès à domicile à la radio, à la télévision, au téléphone ou à la presse, en 2005 ils ne sont plus que 2,0 % à être privés d'information, soit une réduction de 20 points de pourcentage. En ce qui concerne l'accès à l'eau, le taux d'enfants n'ayant pas accès,

⁷ (*) : Données tirées de **Gordon et al (2003)** – “*Child Poverty in the Developing World*”, Bristol: Policy Press

pour boire, qu'à de l'eau de surface (rivières, mares, ruisseaux et rétentions de barrages) ou qui vivent dans des ménages situés à plus de 15 minutes du point d'eau le plus proche s'est réduit de 12 points de pourcentage passant de 23,0 % en 1995 à 11,0 % en 2005 [Tableau 4].

2.1.2.2 Profil de la privation sévère

L'analyse de la pauvreté par l'approche des privations montre que les incidences des privations varient davantage selon les caractéristiques des ménages dans lesquels vivent les enfants qui en sont affectés que selon les caractéristiques des enfants mêmes. Ainsi, il apparaît que leurs niveaux généraux ne varient ni suivant l'âge, ni suivant le sexe de l'enfant. En revanche, concernant les caractéristiques des ménages, le profil de la privation se présente comme suit au Sénégal en 2005 [cf. Annexe, Tableau 2.1.6] :

Les différences de taux de privation entre milieu de résidence et entre régions restent importantes. Selon le tableau 2.1.6 en annexe, les taux de privation sont beaucoup plus élevés en zone rurale qu'en zone urbaine. Alors que près de quatre enfants du cinq (79,2 %) en milieu rural souffrent d'au moins une privation sévère en 2005, cette proportion n'atteint que 36 % dans les villes. Les différences sont encore plus nettes s'il s'agit de la pauvreté absolue entendue comme la souffrance d'au moins deux privations sévères : 45,9 % en milieu rural contre 7,8 % seulement en zone urbaine. Par ailleurs, les facteurs essentiels à la viabilité du développement socio-économique des régions étant inégalement distribués à travers le territoire national, des différences dans les taux de privation existent. Avec un peu plus d'un enfant sur trois (33,6 %) affecté par au moins une privation sévère et 5,9 % de pauvreté absolue, les enfants de la région de Dakar jouissent d'une situation nettement plus favorable que ceux des autres régions. A l'opposé dans les régions de Fatick, Kolda, Tambacounda, Diourbel, Saint-Louis et Louga les privations sévères sont plus fréquentes, avec 7 enfants sur dix affectés par au moins une privation sévère, voire même plus dans certains cas.

Sauf pour les enfants de 15-17 ans, le risque de souffrance d'une privation sévère semble être indépendant des caractéristiques de l'enfant. Selon le tableau 2.1.6 en annexe, les niveaux de privation varient très légèrement suivant le sexe et suivant l'âge avant 15 ans. Toutefois, à partir de 15 ans, les niveaux de privation sévère des filles de 15-17 ans apparaissent modérément plus élevés que ceux des autres catégories d'enfants selon le sexe et l'âge.

Les privations sévères affectent moins les enfants vivant dans les ménages dirigés par une femme. Selon le tableau 2.1.6 en annexe, l'incidence des privations sévères est plus faible dans les ménages dirigés par une femme : alors que 47,8 % des enfants vivant dans les ménages dirigés par une femme souffrent d'au moins une privation grave, près de deux enfants sur trois (65,9 %) des enfants issus des ménages dirigés par un homme sont affectés par au moins une privation sévère. S'agissant de l'incidence d'au moins deux privations sévères, le taux est de 20,0 % parmi les enfants vivants dans les ménages dirigés par une femme contre 33,9 % chez les enfants dans les ménages dirigés par un homme.

Plus les enfants sont pauvres sur le plan monétaire, plus ils sont affectés par les privations sévères. L'absence ou la faiblesse du revenu du ménage contribue à l'exacerbation des contraintes au développement des enfants que sont les privations. Les données du tableau 2.1.6 en annexe confirment que l'incidence de privation sévère parmi les enfants baisse de façon nette avec le niveau de revenu du ménage. Ainsi, les enfants vivant dans les ménages appartenant au quintile des plus pauvres connaissent les taux d'incidence des privations sévères les plus élevés : la quasi-totalité des enfants des ménages les plus pauvres (95,7 %) souffrent d'au moins une privation grave et 71,4 % d'entre eux d'au moins deux privations sévères. Ces taux passent à 84,1 % et

46,0 % respectivement parmi les enfants issus des ménages du deuxième quintile de richesse. Ils continuent de baisser respectivement jusqu'à 20,3 % et 1,1 % chez les enfants des ménages du quintile le plus riche.

L'incidence des privations sévères diminue fortement lorsque le niveau d'instruction du chef de ménage augmente. Les enfants vivant dans les ménages appartenant au quintile des plus pauvres connaissent les taux d'incidence des privations sévères les plus élevés : près de 7 enfants sur dix (69,9 %) des ménages dont le chef ne dispose d'aucune instruction souffrent au moins d'une privation grave et 37,7 % d'entre eux d'au moins deux privations sévères. Ces taux tombent à 49,3 % et 17,4 % respectivement parmi les enfants des ménages dirigés par quelqu'un ayant fréquenté l'école primaire. Ils atteignent ensuite leur minimum respectivement 27,4 % et 4,6 % parmi les enfants des ménages dont le chef a au moins le niveau secondaire. L'éducation apparaît ainsi comme un des leviers efficaces sur lesquels il faut agir pour éliminer à moyen terme ces privations qui entravent le devenir des enfants.

Les privations sévères sont surtout répandues dans les ménages vastes. En général, au moins un enfant sur deux souffre au moins d'une privation sévère quelle que soit la taille du ménage dans lequel il vit. Toutefois, l'incidence de privation sévère est maximale parmi les enfants des ménages de grande taille (plus de 4 personnes). Cependant, il apparaît que, dans ces catégories de ménages de grande taille, la privation, qu'elle soit absolue ou pas, diminue avec la taille. Ce résultat paradoxal serait en partie lié au mode de vie communautaire le plus souvent vécu dans les ménages plus larges.

2.1.2.3 Déterminants des privations sévères des enfants

Cette section traite des déterminants de la pauvreté en cherchant à établir la typologie des ménages selon le risque qu'ils courent de s'appauvrir encore davantage ou d'avoir des enfants qui courent davantage de risques d'être affectés par les privations. Les caractéristiques du ménage susceptibles d'affecter sa pauvreté sont sa taille, sa composition et les caractéristiques de son chef, à savoir l'âge, le sexe, l'instruction, etc.

Le lieu de résidence du ménage : les enfants vivant en milieu rural ont significativement plus de risque de privation absolue que ceux vivant en milieu urbain. Les différences sont tout aussi significatives entre les enfants vivant à Dakar comparativement à ceux des autres régions, mais plus particulièrement à ceux des régions de Fatick, Kaolack, Saint-Louis, Tambacounda, Diourbel, Louga et Kolda.

Taille du ménage : le risque de pauvreté par la privation est plus fort parmi les enfants des ménages de grande taille que parmi ceux vivant dans les ménages de petite taille. En effet, d'après le tableau 2.1.7 en annexe, la taille du ménage a une relation positive avec la privation des enfants. Les enfants appartenant aux ménages de grande taille sont donc plus affectés par les privations sévères que ceux issus des ménages de petite taille. Ainsi, les enfants des ménages comptant 5-6 personnes courent un risque de privation absolue 57,0 % supérieur à ceux des ménages qui comptent moins de 3 personnes. Les enfants dont le ménage est dirigé par une femme courent 50 % moins de risques de souffrir de privation absolue que ceux qui vivent dans un ménage dirigé par un homme.

Education du chef de ménage : les effets positifs de l'éducation sur la privation absolue parmi les enfants semblent être élevés particulièrement qu'à partir de l'éducation secondaire du chef de ménage. Apparemment, une éducation primaire du chef de ménage n'aide pas beaucoup

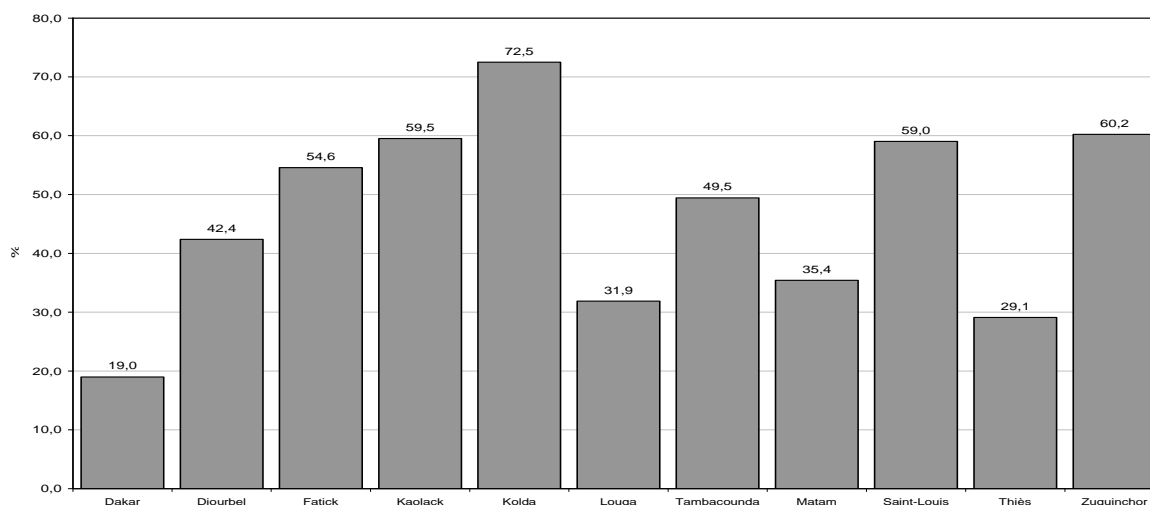
les enfants qui vivent sous sa protection à se prémunir contre les privations sévères qui entravent leur devenir, à fortiori une absence d'éducation du chef de ménage. Ainsi, le seul fait pour un chef de ménage de ne détenir qu'une formation de niveau primaire entraîne un risque de privation absolue des enfants dont il a la charge 4,4 fois supérieur par rapport à celui auquel sont exposés les enfants vivant dans les ménages dont le chef a au moins le niveau secondaire. En cas d'absence de formation du chef de ménage, ce risque est 12,5 fois plus élevé que si le chef de ménage dispose au moins d'une formation secondaire.

Pauvreté monétaire du ménage : le risque de privation absolue diminue très significativement avec le niveau de bien-être économique des ménages. Ainsi, le risque d'être affecté par au moins deux privations sévères est 217,4 fois plus élevés parmi les enfants vivant dans les ménages appartenant au quintile le plus pauvre que chez ceux dont le ménage appartient au quintile le plus riche. En référence toujours et par rapport aux enfants vivant dans les ménages très riches, ces risques sont 4,7 fois supérieurs chez les enfants des ménages riches (quatrième quintile), 22,2 fois supérieurs chez les enfants des ménages de niveau de richesse médiane (troisième quintile), et 74,2 fois plus élevés chez les enfants des ménages pauvres (deuxième quintile).

2.1.2.4 Distribution régionale des privations sévères

Privation de logement : Un peu plus de deux enfants sur cinq au Sénégal vivent dans une habitation avec cinq personnes ou plus par pièce et sans revêtement de sol [**Graphique 5**] et [**cf. Annexe, Tableau 2.1.8**].

Graphique 5 : Enfants souffrant de la privation de logement selon la région au Sénégal en 2005 (en %)



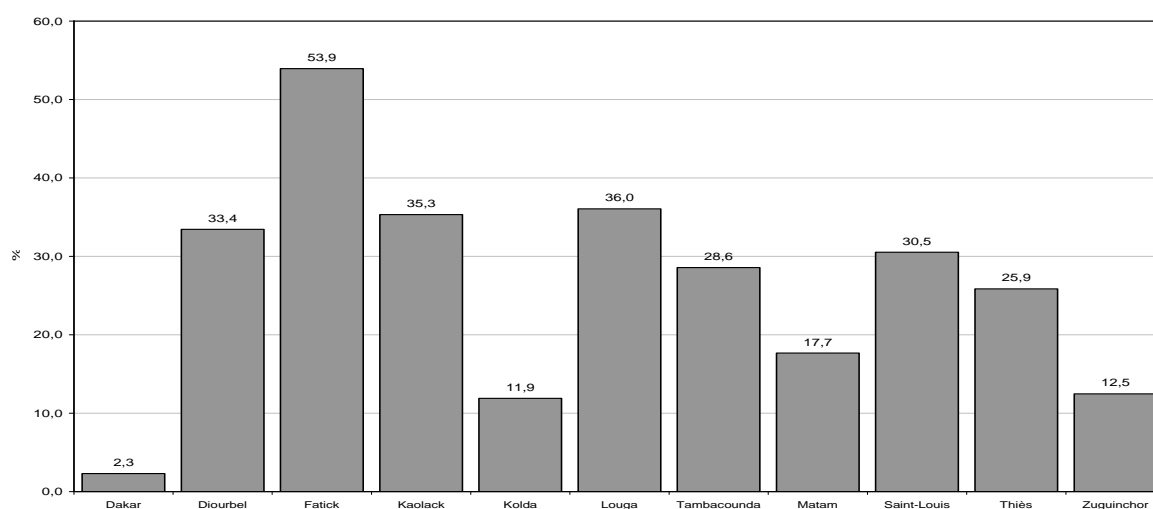
Source : Bristol University sur la base des données de l'EDS IV – 2005

La privation de logement varie énormément selon les régions, mais elle est particulièrement concentrée dans les régions de Kolda (72,5 %), de Ziguinchor (60,2 %), Kaolack (59,5 %), Saint-Louis (59,0 %), Fatick (54,6 %) et Tambacounda (49,5 %) qui présentent des incidences nettement supérieures à la moyenne nationale.

Les enfants des zones rurales sont significativement plus affectés par la privation de logement que ceux des zones urbaines (57,2 % en milieu rural contre 19,7 % en milieu urbain).

Privation de toilettes : Un peu moins d'un enfant sur quatre au Sénégal est gravement privé de toilettes quelles qu'elles soient [**Graphique 6**] et [**cf. Annexe, Tableau 2.1.8**].

Graphique 6: Enfants souffrant de la privation de toilettes selon la région au Sénégal en 2005 (en %)



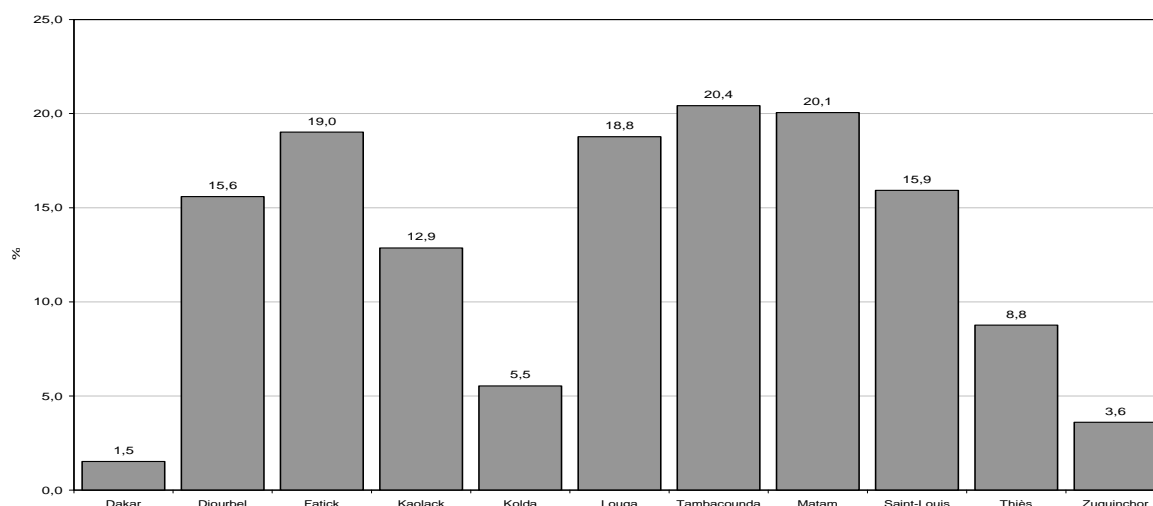
Source : University sur la base des données de l'EDS IV – 2005

Le taux le plus faible est celui de la région de Dakar (2,3 %) et le maximum est atteint à Fatick avec un taux de 53,9 % contre une moyenne nationale de 24,0 %. Les régions de Louga (36,0 %), Kaolack (35,3 %), Diourbel (33,4 %), Saint-Louis (30,5 %), Tambacounda (28,6 %) et Thiès (25,9 %) présentent aussi des privations relativement élevées.

La différence entre milieux urbain et rural est considérable. Alors que le taux de privation de toilettes n'est que de 4,3 % dans les villes, plus d'un enfant sur trois (36,4 %) n'a pas accès des toilettes en milieu rural.

Privation d'eau : 11,2 % des enfants vivant au Sénégal souffrent de la privation sévère d'eau. Cela veut dire qu'un peu plus d'un enfant sur 10 au Sénégal en 2005 n'a accès, pour boire, qu'à de l'eau de surface (rivières, mares, ruisseaux et rétentions de barrages) ou qui vivent dans des ménages situés à plus de 15 minutes du point d'eau le plus proche [**Graphique 7**] et [**cf. Annexe, Tableau 2.1.8**].

Graphique 7 : Enfants souffrant de la privation d'eau selon la région au Sénégal en 2005 (en %)



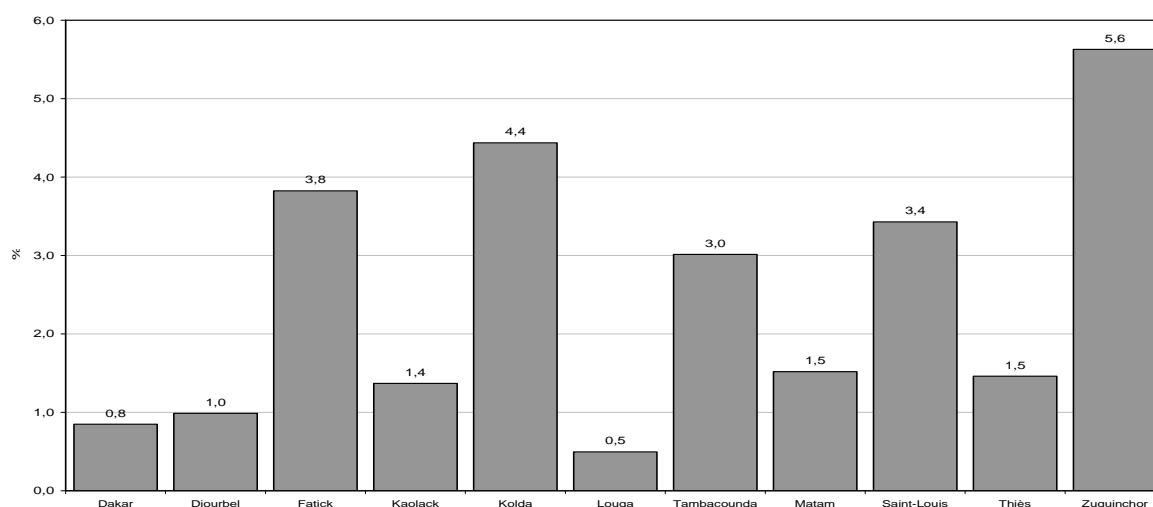
Source : Bristol University sur la base des données de l'EDS IV – 2005

Sur les onze régions que compte le pays en 2005, celle de Dakar, avec un taux de 1,5 %, présente la privation d'eau salubre la plus faible. Tambacounda (20,4 %) et Matam (20,1 %) détiennent les privations d'eau les plus fortes (20,4 %). Les régions de Fatick (19,0 %), Louga (18,8 %), Saint-Louis (15,9 %), Diourbel (15,6 %) et Kaolack (12,9 %) présentent aussi des privations élevées relativement à la moyenne nationale.

La privation sévère d'eau est concentrée chez les enfants ruraux où 17,0 % d'entre eux sont affectés alors qu'en milieu urbain ils ne sont à peine que 2,1 % à souffrir des pénuries d'eau salubre.

Privation d'information : Seuls 2,0 % des enfants âgés de 3 à 18 ans au Sénégal n'ont pas avoir accès à domicile à la radio, à la télévision, au téléphone ou à la presse, et sont ainsi privés d'information en 2005 [Graphique 8] et [cf. Annexe, Tableau 2.1.8].

Graphique 8: Enfants souffrant de la privation d'information selon la région au Sénégal en 2005 (en %)



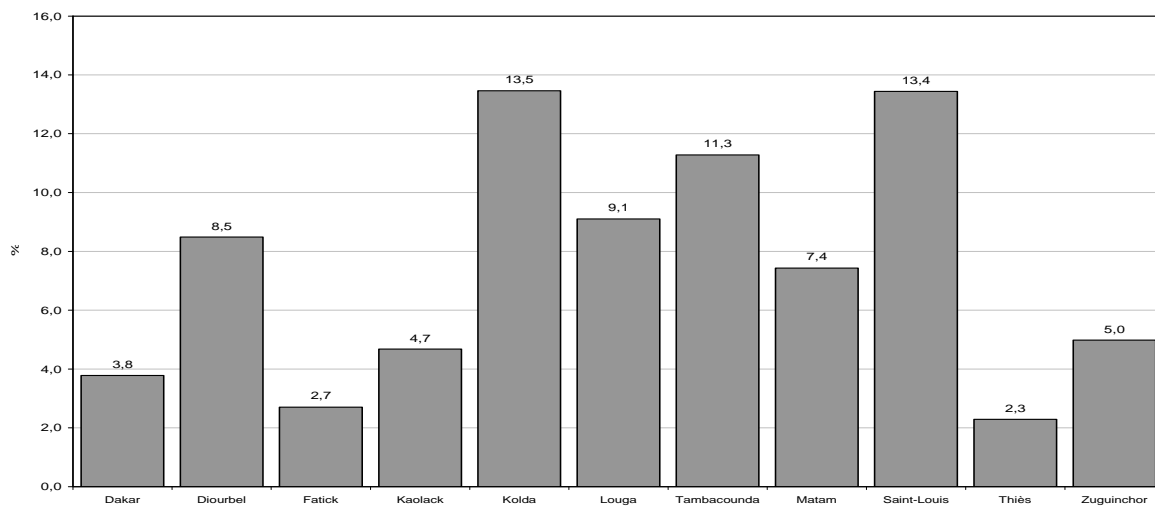
Source : Bristol University sur la base des données de l'EDS IV - 2005

Les enfants qui sont les plus affectés sont ceux des régions de Ziguinchor (5,6 %), Kolda (4,4 %) Fatick (3,8 %), Saint-Louis (3,4 %) et Tambacounda (3,0 %) alors que Louga (0,5 %), Dakar (0,8 %) et Diourbel (1,0 %) présentent les taux les plus faibles.

La privation d'information affecte significativement les enfants vivant en milieu rural (2,7 %). Ces derniers, contrairement à ceux du milieu urbain, vivent presque isolés par rapport aux mécanismes qui leur permettraient de s'informer sur leurs droits et leurs possibilités d'avenir, ainsi que de la possibilité de participer efficacement à la vie de la société.

Privation nutritionnelle : Près de 7 % des enfants de moins cinq ans vivant au Sénégal en 2005 souffrent d'insuffisance pondérale à la naissance, ont des problèmes de croissance, ou ont une taille inférieure de plus de trois fois l'écart type à la valeur médiane de la population internationale de référence [Graphique 9] et [cf. Annexe, Tableau 2.1.8].

Graphique 9: Enfants souffrant de la privation nutritionnelle selon la région au Sénégal en 2005 (en %)



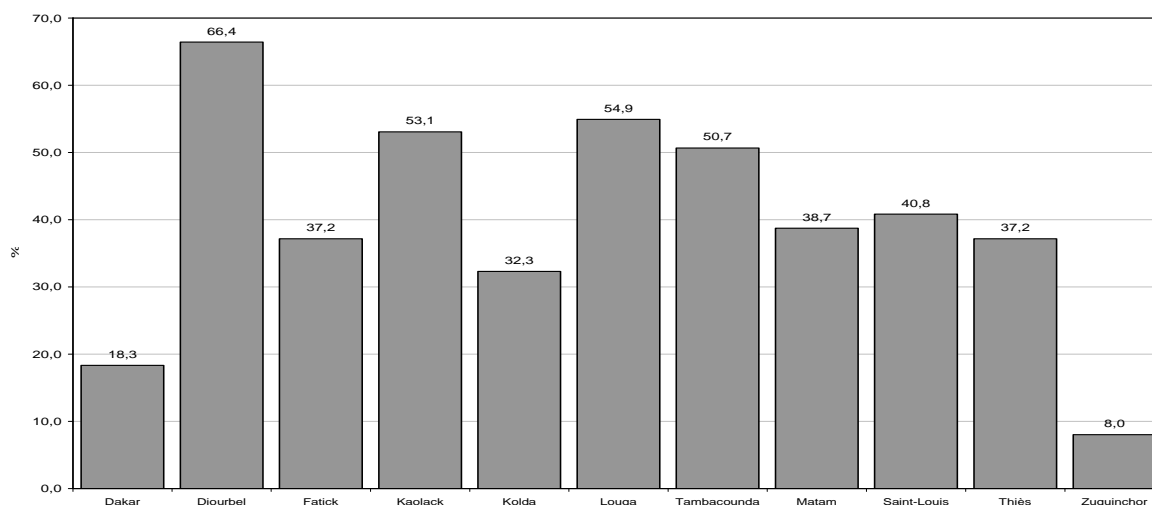
Source : Bristol University sur la base des données de l'EDS IV – 2005

La situation est surtout critique pour les enfants issus des régions de Kolda (13,5 %), Saint-Louis (13,4 %), Tambacounda (11,3 %), Louga (9,1 %), Diourbel (8,5 %) et Matam (7,4 %) où la privation nutritionnelle est relativement élevée par rapport à l'ensemble du pays. La situation nutritionnelle sévère est des moins critiques à Thiès (2,3 %) et Fatick (2,7 %).

Les enfants des zones rurales sont significativement plus affectés par la privation nutritionnelle que ceux des zones urbaines (8,3 % en milieu rural contre 3,9 % en milieu urbain).

Privation d'éducation : Près de deux enfants âgés de 7 à 18 ans sur cinq (38,8 %) ne sont jamais allés à l'école en 2005 au Sénégal. Ce taux est de 21,0 % en zone urbaine contre 51,1 % en milieu rural [Graphique 10] et [cf. Annexe, Tableau 2.1.8].

Graphique 10: Enfants souffrant de la privation d'éducation selon la région au Sénégal en 2005 (en %)



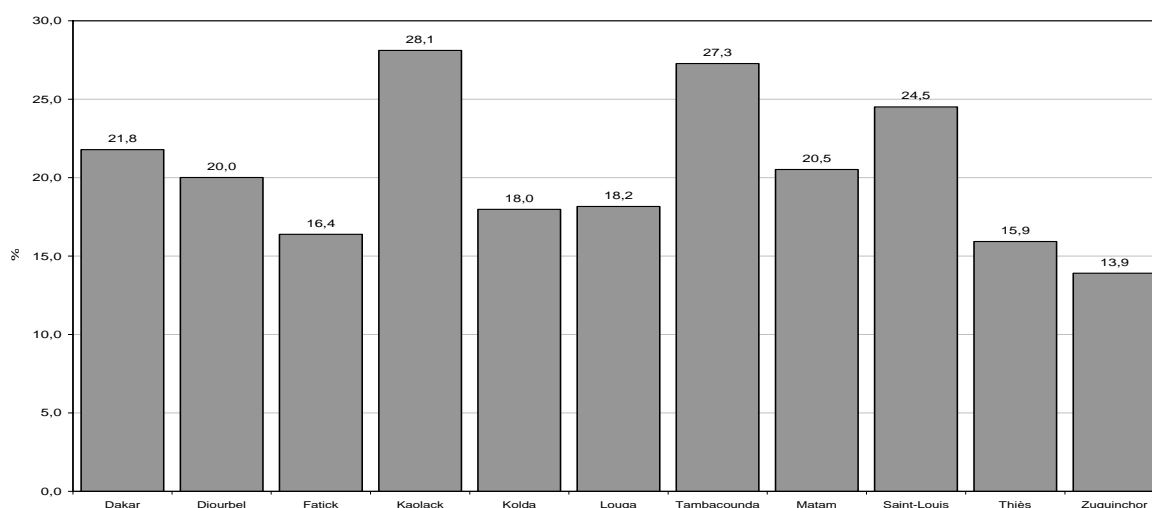
Source : Bristol University sur la base des données de l'EDS IV - 2005

Hormis la région de Ziguinchor où seuls 8,0 % des enfants âgés de 7 à 18 ans que cinq (38,8 %) ne sont jamais allés à l'école, et Dakar (18,3 %) dans une moindre mesure, la privation d'éducation affecte significativement les enfants des autres régions.

La privation d'éducation est de 21,0 % en zone urbaine contre 51,1 % en milieu rural.

Privation de santé : Un peu plus d'un enfant sur cinq (20,7 %) au Sénégal n'a été vacciné contre aucune maladie, ou n'a aucun accès à un traitement s'il souffre de diarrhée en 2005 [**Graphique 11**] et [**cf. Annexe, Tableau 2.1.8**].

Graphique 11: Enfants souffrant de la privation de santé selon la région au Sénégal en 2005 (en %)



Source : Bristol University sur la base des données de l'EDS IV - 2005




Mises à part les régions de Ziguinchor (13,9 %), Thiès (15,9 %) et Fatick (16,4 %), les autres régions du pays sont, par rapport à la moyenne nationale, significativement affectées par privation de santé sous sa forme sévère.

En milieu rural, 22,0 % des enfants n'ont pas accès aux services de santé. Bien que légèrement inférieur, ce taux est de 18,9 % en zone urbaine et reste tout de même important. Il apparaît, en conséquence, qu'aussi bien en zone urbaine qu'en zone rurale, la privation sanitaire constitue un handicap pour les enfants du Sénégal.

En résumé, il apparaît que la région de Kolda représente le mode de deux des distributions régionales des sept taux de privation sévère. Dans cette région, plus de sept enfants sur dix (72,5 %) sont sévèrement privés de logement et 13,5 % des enfants souffrent de malnutrition. Toutefois, la région est significativement affectée par la privation sévère d'information.

Tableau 5 : Classement des régions par privations sectorielles

Région	Logement		Assainissement		Eau		Information		Alimentation		Education		Santé	
	%	Rang	%	Rang	%	Rang	%	Rang	%	Rang	%	Rang	%	Rang
Dakar	19	1	2	1	2	1	1	2	4	3	18	2	22	8
Diourbel	42	5	33	8	16	6	1	2	8	7	66	11	20	6
Fatick	55	7	54	11	19	9	4	9	3	2	37	4	16	3
Kaolack	60	9	35	9	13	5	1	2	5	4	53	9	28	11
Kolda	72	11	12	2	6	3	4	9	13	10	32	3	18	4
Louga	32	3	36	10	19	8	0	1	9	8	55	10	18	4
Tambacounda	49	6	29	6	20	11	3	7	11	9	51	8	27	10
Matam	35	4	18	4	20	10	2	6	7	6	39	6	21	7
Saint-Louis	59	8	31	7	16	7	3	7	13	10	41	7	25	9
Thiès	29	2	26	5	9	4	1	2	2	1	37	4	16	2
Ziguinchor	60	10	12	3	4	2	6	11	5	5	8	1	14	1

-  Les régions les mieux classées
-  Les régions moyennement classées
-  Les régions les moins bien classées

La région de Kaolack a le pourcentage le plus élevé d'enfants n'ayant été vaccinés contre aucune maladie, ou n'ayant accès à aucun traitement s'ils souffrent de diarrhée (28,1 %). Kaolack demeure également affecté significativement par les privations sévères de logement, de toilettes, d'eau et d'éducation.

Les enfants de la région de Fatick sont les plus affectés par la privation sévère de toilettes salubres. Plus d'un enfant sur deux (53,9 %) en souffre. La région reste aussi affectée significativement par les privations sévères de logement et d'eau salubres mais aussi d'information.

Diourbel présente le taux de privation sévère le plus élevé en matière d'éducation : près de deux enfants âgés de 7 à 18 ans que trois de cette région (66,4 %) ne sont jamais allés à l'école. La région reste aussi affectée significativement par les privations sévères de toilettes, d'eau salubre et de nutrition.

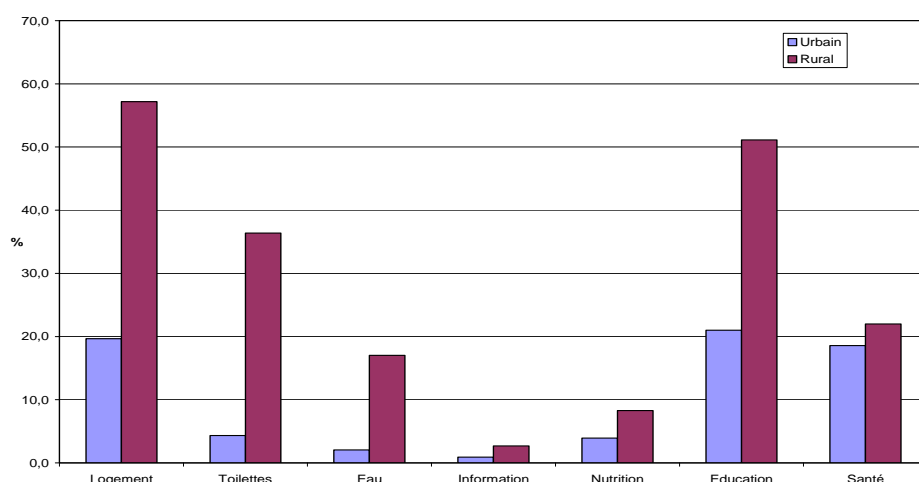
La région de Tambacounda présente le pourcentage le plus élevé d'enfants n'ayant accès, pour boire, qu'à de l'eau de surface (rivières, mares, ruisseaux et rétentions de barrages) ou qui vivent dans des ménages situés à plus de 15 minutes du point d'eau le plus proche (20,4 %). Tambacounda présente aussi la particularité d'être la seule région du Sénégal où toutes les privations sévères affectent significativement les enfants qui y vivent.

La région de Ziguinchor a le taux de privation sévère d'information le plus élevé. Près de 6,0 % des enfants qui y vivent en souffrent. La région est aussi significativement affectée par la privation sévère de logement. En revanche, en matière de privation sévère d'éducation et de santé, Ziguinchor occupe le bas de l'échelle.

Les enfants de Dakar sont les moins affectés par les privations sévères de logement, de toilettes et d'eau. Seule la privation sévère de santé y est significativement présente. Louga, bien qu'ayant le taux de privation sévère d'information le plus faible reste significativement affecté par les privations sévères de toilettes, d'eau, de nutrition et d'éducation. Quant à Thiès, ses enfants sont les moins affectés par la privation nutritionnelle sévère. Toutefois, la privation de toilettes y est très significative.

En résumé, les régions de Kolda, Ziguinchor et Kaolack sont les plus affectées en matière de privation de logement (72%, 60% et 60% respectivement). S'agissant des privations à l'assainissement, ce sont les régions de Louga, Fatick et Kaolack (54%, 36% et 35%) qui sont les plus touchées, tandis que les régions de Tambacounda, Matam et Fatick (20%, 20% et 19%) constituent les régions les plus touchées en matière de privation à l'eau. Pour ce qui est des privations en information, les régions de Ziguinchor, Kolda et Fatick (6%, 4% et 4%) sont les plus affectées. Cependant, pour ce qui est des privations en alimentation, ce sont les régions de Saint-Louis, Kolda et Tambacounda (13%, 13% et 10%) qui sont les plus affectées. En matière de privation à l'éducation, les régions de Diourbel, Louga et Kaolack (66%, 55% et 53%) sont les plus affectées tandis que les régions de Kaolack, Tambacounda et Saint-Louis (28%, 27% et 25%) apparaissent comme celle les plus touchées sous l'angle de la privation en santé.

Graphique 12: Proportions d'enfants souffrant de privations sévères selon le milieu de résidence



Sources : Bristol University sur la base des données de l'EDS IV – 2005

Selon le milieu de résidence, il ressort de notre analyse que les enfants vivant en milieu rural sont beaucoup plus affectés que ceux des villes par chacune des sept privations sévères **[Graphique 12]**.

La privation sévère de logement présente le différentiel le plus élevé en enfants urbains et ruraux. Toutefois, les enfants ruraux sont également huit fois plus affectés que les enfants urbains par les privations sévères de toilettes et d'eau potable.

2.1.3 Enfants grandissant sans famille absents des enquêtes sur les ménages

La notion d'enfants de la rue désigne des enfants qui passent l'essentiel de leur temps dans la rue. Elle inclut les enfants de familles mendiants vivant dans la rue, les enfants guides de handicapés, les orphelins en situation de rue, les enfants victimes de la toxicomanie et rejetés par leur famille, les « talibés », les enfants abandonnés, les enfants en conflit avec la loi, les enfants délinquants ou en danger moral chassés de chez eux, les enfants victimes de la prostitution. Ils constituent une population particulièrement exposés aux risques de la rue (agression, exploitation), aux risques épidémiologiques (infections liées aux conditions de vie, absence d'information et de prévention VIH/SIDA en particulier), aux risques psychopathologiques (toxicomanie, troubles du comportement). Ils sont exclus de l'accès aux services de santé et aux programmes de prévention. Population furtive et mouvante, elle échappe aux programmes existants.

Aucune maîtrise exacte de leur démographie n'est disponible puisqu'il n'existe aucune statistique officielle en la matière. À l'évidence, en revanche, leur nombre ne cesse d'augmenter, l'accroissement de la population étant une cause incontestable de ce phénomène fortement lié à l'exode rural amplifié par la dégradation des conditions de vie dans le milieu rural et l'attrait des grandes villes qui conduit à l'apparition de populations coupées de leurs racines traditionnelles qui se retrouvent livrées à elles-mêmes

Parmi cette population, les « talibés » représentent le groupe le plus remarqué, de par leur nombre et leur âge. Selon la Banque mondiale, les « talibés », mendiants qui sont surtout des adolescents, sont estimés à près de 100 000 individus au Sénégal en 2000 par la Direction de l'action sociale du Ministère en charge de la Solidarité nationale. Ils sont surtout visibles aux carrefours et feux rouges, dans les marchés, aux alentours des mosquées, des banques et autres endroits publics des

centres urbains, à la recherche de nourriture et d'argent, tant pour leur propre survie que l'entretien de leur maître coranique. Ils sont donc plus susceptibles que les enfants vivant avec leurs parents en famille de souffrir d'une incapacité morale ou de déficiences physiques ; ils sont plus sujets à des accidents. Ils vivent des situations de marginalité et d'extrême pauvreté dans des milieux où l'exposition aux risques sociaux et aux maladies devient la règle. Pour ces jeunes « talibés » et les enfants de la rue en général, les fondations existentielles conférées par cette précarité sont en deçà du standard minimum de réalisation sociale.

Toutefois, à la suite du Conseil présidentiel tenue le 10 octobre 2006, des initiatives sont en cours pour une meilleure connaissance de la démographie des enfants de la rue ainsi que leur retrait de la rue.

2.2. Survie de l'enfant et équité

La mortalité infanto-juvénile estime le nombre d'enfants nés vivants et qui décèdent avant leur cinquième anniversaire. C'est une moyenne pondérée de la mortalité infantile et de la mortalité juvénile qui mesurent respectivement, relativement aux enfants âgés de moins d'un an et ceux dont l'âge est compris entre deux et cinq ans, les décès survenus dans ces deux groupes de population. C'est un indicateur assez robuste de l'état de santé des enfants, mais de ceux de la société en général. Il est largement considéré comme un bon indicateur de proximité de la pauvreté et de l'inégalité des sexes auxquelles individus et familles sont exposés.

Cette section examine les tendances et les inégalités du taux de mortalité infanto-juvénile selon la stratification sociale. Il confronte aussi les taux de mortalité élevés des enfants aux privations, qu'elles soient liées ou non au revenu.

2.2.1 Tendances de la mortalité infanto-juvénile au cours des dernières années

Au Sénégal, le taux de mortalité infanto-juvénile a baissé régulièrement entre 1992 et 2005. Estimée à 151 décès pour 1 000 naissances vivantes en 1992, la mortalité des enfants de moins de 5 ans est passée à 121 décès pour 1 000 naissances vivantes en 2005, soit 23,5% de moins qu'en 1992 [Tableau 6].

Tableau 6 : Evolution des taux de mortalité des moins de cinq ans par année selon le quintile de bien-être économique

Quintiles de richesse	1992	1997	2005	Ecart entre	
				1997-1992	2005-1997
Très pauvre	192	181	183	-10	+2
Pauvres	187	180	164	-7	-16
Moyen	168	145	136	-23	-9
Riche	119	103	92	-16	-11
Très riche	72	70	64	-2	-6
Ensemble	151	139	121	-12	-18
Ratio Pauvres/Riches	2,7	2,6	2,9	- 0,1	+0,3

Sources : Estimations des auteurs, sur la base des données des enquêtes EDS II de 1992, EDS III de 1997 et EDS IV de 2005.

Le niveau de mortalité a baissé de 1992 à 2005, quel que soit le quintile de richesse considéré. La baisse la plus importante est enregistrée dans le groupe moyen avec un écart absolu de 32 points. Toutefois, on note que si la mortalité a baissé entre 1992 et 1997 pour tous les niveaux de

richesses, entre 1997 et 2005 les enfants issus des ménages très pauvres sont les seuls à connaître une détérioration de leur survie. Ce qui peut s'expliquer par un accroissement des inégalités entre riches et pauvres. Le ratio pauvres/riches est estimé à 2,7 en 1992 et à 2,6 en 1997 est passé à 2,9 en 2005.

Toutefois, malgré les progrès réalisés entre 1992 et 2005, le taux de mortalité infanto-juvénile reste encore élevé et des efforts importants seront nécessaires pour le réduire de deux tiers d'ici à 2015. Le Sénégal, devra réduire le nombre de décès d'enfants de moins de cinq ans entre 2005 et 2015 à un rythme moyen annuel au moins égal à 8,4 %, soit près de 6 fois ce qui a été effectivement observé depuis 1992 (1,7 % en moyenne par an entre 1992 et 2005).

2.2.2 Taux de mortalité et facteurs de stratification sociale

Les décès d'enfants sont plus nombreux dans les familles pauvres : Les taux de mortalité parmi les enfants âgés de moins de 5 ans sont les plus élevés dans les classes les plus pauvres : 189 décès sur 1 000 naissances vivantes dans 40 % des familles les plus pauvres qui concentrent ainsi 56,7 % des décès d'enfants âgés de moins de 5 ans. La mortalité infanto-juvénile passe ainsi du simple (75‰), dans les ménages issus du quintile le plus riche, au triple presque, soit 199‰ dans les familles appartenant au quintile le plus pauvre. Toutefois, ces taux restent élevés même dans les milieux relativement aisés.

Les contrastes de mortalité infanto-juvénile entre les villes et les zones rurales, et entre les régions restent importants : La mortalité infantile et juvénile sévit surtout en milieu rural où 176 enfants sur 1 000 décèdent avant leur cinquième anniversaire. Mais, elle est aussi présente dans les villes avec un taux 107 décès sur 1 000 naissances vivantes. Le dénuement dans lequel se trouvent les zones rurales en matière d'infrastructures, de personnel médical et même d'un système de soins adéquat, de conditions de vie, aggravés dans certains cas par l'isolement, explique ce contraste. Toutefois, l'effet positif de l'urbanisme sur la mortalité des enfants de moins de 5 ans et qui va de pair avec la croissance économique enregistrée ces dernières années (1994-2005) ne semble avoir joué un rôle important que pour la région de Dakar. Néanmoins, la situation y demeure préoccupante puisque près d'un enfant sur dix, soit 95 enfants nés vivants sur 1 000, y décèdent avant l'âge de cinq ans. La situation reste donc mitigée pour les 11 régions du pays. Parmi elles, seules trois régions, Dakar, Thies et Louga présentent des taux de mortalité infanto-juvénile inférieurs à la moyenne nationale. A l'inverse, huit régions, Matam, Tambacounda, Ziguinchor, Kaolack, Diourbel, Saint-Louis, Fatick et Kolda, ont des taux de mortalité infanto-juvénile nettement au-dessus de la moyenne nationale.

La mortalité infanto-juvénile frappe nettement moins les enfants issus des ménages dont le chef dispose d'un niveau d'éducation élevé, notamment lorsque la mère est éduquée : L'éducation des parents ou du chef de ménage rend ces derniers plus conscients de leur rôle vis-à-vis de leurs enfants, les rend plus capables de mieux s'occuper de leurs enfants et de leur transmettre des connaissances qui amélioreront leurs conditions de vie. Ainsi, selon le niveau d'instruction du chef de ménage, la mortalité des enfants de moins de cinq ans des familles dont le chef de ménage n'a aucun niveau d'instruction (165‰⁸) est au moins deux fois plus importante que celle des ménages dirigés par quelqu'un disposant au moins du niveau secondaire (82‰). L'impact de l'éducation des parents sur la mortalité des enfants de moins de 5 ans est encore plus prononcé si la mère est éduquée : le nombre décès d'enfants de moins de 5 ans pour 1 000 naissances vivantes est au moins trois fois plus important lorsque la mère ne dispose d'aucune

⁸ Lire : 165 décès d'enfants de moins de 5 ans pour 1000 naissances vivantes.

instruction (165%) que quand celle-ci dispose d'une formation supérieure (52%). On dénombre ainsi que plus de huit (8) décès d'enfants de moins 5 ans sur 20 (85,1 %) sont nés d'une mère sans aucun niveau d'éducation.

La mortalité infanto-juvénile croît inversement à la taille du ménage : Bien que sur dix enfants qui décèdent avant leur cinquième anniversaire près de huit parmi eux (79,5 %) ont vécu dans un ménage de plus 7 membres, la mortalité des enfants de moins de 5 ans des familles de moins de 3 personnes est presque deux fois plus élevée (143% contre 276%).

La mortalité infanto-juvénile est moins importante parmi les enfants vivant dans des ménages dirigés par une femme. Le taux de mortalité infanto-juvénile des enfants issus des ménages dont le chef est de sexe masculin est de 153% contre 137% parmi les enfants vivant dans les ménages dirigés par une femme. Les décès d'enfants de moins de 5 ans sont d'ailleurs concentrés dans les ménages dirigés par un homme où sont enregistrés huit décès d'enfants de moins de 5 ans sur 10 comptabilisés au niveau national.

2.3 Facteurs explicatifs des tendances de la mortalité infanto-juvénile

La survie des enfants de moins de 5 ans s'est accrue au cours des quinze dernières années. Selon l'EDSIV, la baisse importante de la mortalité des enfants, surtout dans la période 2000-2005, serait liée à :

- l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant : la proportion de naissances pour lesquelles la mère a bénéficié de soins prénatals auprès est passée de 74 % en 1993 à 82 % en 1997 et à 87 % en 2005 ; une couverture vaccinale contre le tétanos néonatal (deux injections ou plus) de 66 % aussi bien en 1997 qu'en 2005 ; la proportion de femmes dont l'accouchement s'est déroulé en structure sanitaire est passée de 47 % en 1993 à 48 % en 1997 et à 62 % en 2005, alors que, corrélativement, la proportion de femmes ayant accouché à domicile a sensiblement diminué passant de 53 % en 1993 à 51 % en 1997 puis à 37 % en 2005 ; une couverture vaccinale des enfants très élevée en 2005 de 91 % pour le BCG, 69 % pour le VPO3, 74 % pour le DTC3, 61 % pour la rougeole et 62 % pour la fièvre jaune ;
- l'amélioration de l'état nutritionnel des enfants : la quasi-totalité des enfants sont allaités dès la naissance (99,8 %) et cette pratique se poursuit longtemps après la naissance puisqu'à 16-19 mois, trois enfants sur quatre (75 %) sont encore allaités ; trois enfants de moins de cinq ans sur quatre (75 %) ont reçu des compléments de vitamine A en 2005 ; l'insuffisance pondérale a baissé passant de 20 % en 1993 à 17 % en 2005 ;
- l'amélioration du bien-être économique : le niveau de pauvreté a relativement baissé passant de 48,5 % en 2001 à 42,6 % en 2005 au niveau ménage ;
- des progrès rapides d'instruction des femmes au cours de la période récente : la proportion des femmes sans niveau d'instruction est passée de 96 % parmi celles de 65 ans et plus à 36 % à 10-14 ans et à 49 % chez celles de 15-19 ans ;
- l'amélioration des conditions matérielles de vie des ménages comme indiquée ci-dessus.

Conclusion

Quelle que soit l'approche utilisée pour appréhender la pauvreté des enfants, il apparaît que celle-ci demeure un phénomène préoccupant au Sénégal. Sur le plan monétaire, la pauvreté des enfants est supérieure à celle des adultes et des ménages alors que sur le plan des privations un peu plus de

trois enfants sur cinq souffrent d'au moins d'une privation sévère. S'y ajoute que sur 1 000 naissances vivantes en 2005, 121 sont décédés avant leur cinquième anniversaire.

La pauvreté est ressentie plus fortement par les enfants vivant en milieu rural avec une incidence sur le plan monétaire 9,1 fois plus importante qu'en zone urbaine, une privation sévère 2,2 fois plus élevée qu'en ville, une privation absolue 5,1 fois plus forte qu'en milieu citadin, et une survie des enfants de moins de 5 ans 1,6 fois plus faible qu'en zone urbaine. Les écarts de ce type restent aussi significativement élevés entre enfants issus de familles riches et enfants vivants dans des ménages pauvres, ainsi qu'entre enfants vivant dans des ménages dont le chef est instruits et ceux appartenant à un ménage dont le chef ne dispose d'aucune instruction.

Le rapprochement des résultats sur les déterminants qui découlent des deux trois types d'estimations de la pauvreté infanto-juvénile permettent de conclure que le niveau de bien-être économique des ménages ainsi que le niveau d'instruction du chef de ménage, de la mère tendent à améliorer les conditions de vie et de survie des enfants. A ces facteurs qui conservent leur caractère explicatif dans le temps, viennent se greffer la taille et milieu de résidence du ménage qui contribuent à améliorer la situation des enfants.

D'importants efforts sont donc nécessaires pour vaincre les insuffisances notées, plus particulièrement en termes d'inégalités de genre, de richesse (entre riches et pauvres), de résidence (entre urbains et ruraux, Dakar et autres régions), et sociales (entre instruits et non instruits).

CHAPITRE 3 :

LES PILIERS DU BIEN ETRE DES ENFANTS

Introduction

Ce chapitre a pour objet de déterminer les éléments d'une stratégie efficiente pour chacun des 5 domaines qui constituent les piliers du bien-être des enfants, à savoir : la nutrition, la santé, la protection de l'enfance, l'éducation et la protection sociale. Pour ce faire, pour chacun de ces piliers, l'analyse a successivement porté sur :

- Lois, politiques et programmes nationaux les plus importants ;
- Résultats obtenus pour les enfants, disparités et égalité des sexes
- Analyse de causalité et corrélation
- Fondements et partenaires pour une stratégie

Les informations nécessaires à l'analyse ont été largement obtenus à partir des parties A et B du Policy Template (Modèle décisionnel de l'Étude), ainsi que ceux de la 3^{ème} partie du Policy Template (Modèle statistique). Des compléments ont été obtenus à partir d'entretiens avec les chargés de programme de l'Unicef et à partir d'une revue de la documentation relative à ces secteurs.

3.1 La Nutrition

3.1.1 Lois, politiques et programmes nationaux en matière de nutrition

Dans ce domaine, plusieurs programmes qui mettent en exergue les questions relatives à la nutrition de l'enfant ont été élaborés ces dernières années. Parmi ces politiques, il y a le Programme de Renforcement de la Nutrition, Il s'agit d'un Programme multisectoriel couvrant la sécurité alimentaire (volet agriculture, élevage et pêche), l'eau et l'assainissement ainsi que l'appui aux initiatives communautaires qui prend en compte la dimension genre. Ce programme a pour but de réduire de moitié la prévalence de la malnutrition chez les enfants de 0-5 ans, éliminer durablement les troubles liés aux carences en iode et l'avitaminose A, réduire d'un tiers la prévalence de l'anémie, notamment ferriprive, assurer une disponibilité et un accès durable à une alimentation en quantité en qualité suffisantes pour toute la population.

A cela, s'ajoutent le programme de supplémentation en vitamine A, le programme santé communautaire, le programme des cantines scolaires, le programme d'accélération de l'iodation du sel, le programme de fortification des aliments en micronutriments.

Au niveau réglementaire et législatif, les textes permettant une amélioration de la situation nutritionnelle des enfants sont inexistantes.

Tableau 7: Budget par année du Programme de Renforcement de la Nutrition (en milliers de francs CFA)

Année	2007	2008	2009	2010	2011	Total
Dépenses	4 082 500	4 770 000,	8 424000	5 653500	2 200 000	25 130 000

Source : Plan stratégique du PRN

Concernant les tendances budgétaires dans le sous secteur nutrition, le Gouvernement affiche très clairement ses ambitions en la matière. En effet, le budget de la deuxième phase du PRN est estimé à 25 milliards de F.CFA dont près de 84% va directement dans les activités touchant les collectivités.

3.1.2 Résultats pour les enfants, disparités et égalité des sexes

La mise en œuvre des différents programmes a permis d'avoir des résultats satisfaisants. Concernant l'insuffisance pondérale, le taux de prévalence se situe à 16%. Toutefois, cette forme de malnutrition est plus aiguë chez les enfants âgés de 13 à 23 mois. Selon l'EDSIV, elle a atteint 22% des enfants âgés de 13 à 23 mois contre 19% chez les enfants âgés de plus 3 ans et 9% chez les enfants âgés de 7 à 12 mois. Par ailleurs, les enfants des ménages les plus pauvres ainsi que ceux résident en milieu rural et dans les régions éloignées telles Kolda et Tambacounda sont plus affectés par l'insuffisance pondérale. En effet, en milieu rural, 20% des enfants sont atteints d'insuffisance pondérale contre 8% en milieu urbain. La prévalence est élevée dans les régions de Kolda (32,2%), Saint-Louis (25%%), Matam (23%) et Tambacounda (21%) ; dans ces régions entre un enfant sur quatre et un enfant sur 3 en est atteint. Dakar est la région où la prévalence de cette forme de malnutrition est la plus faible (7%).

A cela, il faut ajouter que le niveau d'instruction du chef de ménage est l'une des variables les plus discriminantes : 6% des enfants dont le chef de ménage a un niveau d'instruction secondaire ou plus présentent une insuffisance pondérale contre 13% pour ceux dont celui a un niveau d'instruction primaire et 18% au niveau des ménages dont le chef n'a aucune instruction.

Enfin, dans les ménages les plus riches, 6% des enfants présentent une insuffisance pondérale par contre dans les ménages les plus pauvres, cette proportion est de 26%. S'agissant de la prévalence du retard de croissance, les statistiques indiquent que ce sont les mêmes catégories d'enfants qui sont les plus affectées par rapport l'insuffisance pondérale. En effet, l'analyse du tableau 3.1.1 (cf. module statistique) montre que 17% des enfants au Sénégal en souffrent. L'analyse des statistiques révèle des disparités selon le sexe, chez les filles, le taux s'établi à 21% contre 16% chez les garçons. En outre, la prévalence présente des variations fortes selon le niveau d'instruction du chef de ménage. les enfants habitant dans un ménage dont le chef n'a aucune instruction sont près d'une fois et demie (19%) plus affectés par le retard de croissance que ceux dont le chef a le niveau primaire (14 %) et trois fois plus que ceux de chef de ménage de niveau d'instruction secondaire ou plus (6%). Selon le milieu de résidence, les niveaux de retard de croissance présentent de fortes variations. Plus d'un enfant sur cinq du milieu rural (21 %) est affecté par le retard de croissance contre 10% en milieu urbain.

Dans les régions, on observe que la prévalence du retard de croissance est « élevée » dans la région de Kolda (31%), tandis que la situation peut être caractérisée de « précaire » dans les régions de Tambacounda (28%), Matam (27%) et Saint-Louis (22%). Enfin, selon le niveau de bien être du ménage on observe que la proportion d'enfant souffrant de retard de croissance a atteint 25% au niveau des ménages les plus pauvres contre 6% chez les ménages les riches. En ce

qui concerne la situation nutritionnelle vue sous l'angle de la maigreur, les enfants dont le chef de ménage n'a aucune instruction et ceux résidents en zone rurale sont défavorisés par les résultats obtenus de façon globale. En effet, 8% des enfants des ménages dont le chef n'a aucune instruction souffrent de cette forme de malnutrition contre 3% parmi ceux dont le chef a un niveau secondaire ou plus. Selon le milieu de résidence, les enfants vivant en milieu rural sont plus fréquemment atteints de maigreur que ceux qui vivent en milieu urbain (9% contre 6%).

Ainsi, en termes de performances les enfants les plus défavorisés sont :

- Les enfants âgés entre 13-23 mois,
- Les enfants vivant dans des ménages dont le chef n'a aucune instruction
- Les enfants résidant milieu rural,
- Les enfants vivant dans des pauvres, se situant dans le premier quintile de bien être.

3.1.3 Analyse de causalité et corrélation

Elles sont sériées en causes immédiates, causes sous-jacente et causes structurelles.

1. Les causes immédiates

Elles découlent de l'observation statistique et concernent :

- Le manque d'éducation du chef de ménage,
- Le faible pouvoir d'achat,
- L'enclavement

a) Le manque d'éducation du chef de ménage

L'analphabétisme du chef de ménage restreint sa capacité intrinsèque et sa connaissance par rapport à l'utilisation des services de nutrition.

b) L'enclavement

L'éloignement et la non-desserte des structures par les transports en commun ainsi que l'enclavement de certaines zones rurales sont les problèmes les plus courants qui expliquent les insuffisances en matière de nutrition.

c) Faible pouvoir d'achat

Certains ménages particulièrement les plus pauvres ont des difficultés pour assurer une alimentation équilibrée à l'enfant.

2. Les causes sous-jacentes

Elle concerne principalement la faible prise en charge de la santé reproductive de la mère. D'une part, les futures mères ne sont pas correctement entretenues et suivies au plan social, médical et psychologique durant la période de la grossesse. Au moment de l'accouchement elles ne sont pas mises dans des conditions viables et ignorent en plus les mesures adéquates à prendre pour se protéger et protéger leur propre enfant d'autre part. Cet état de fait a des conséquences négatives sur l'état nutritionnel de l'enfant. La malnutrition continue à contribuer pour près de 50% des décès chez les enfants de moins de 5 ans (cf. Lancet 2005).

3. Les causes structurelles

Elles concernent l'insécurité alimentaire qui est devenue structurelle au Sénégal. Sur une longue période, les productions céréalières notamment connaissent une évolution en dents de scies avec une forte dépendance vis-à-vis de la pluviométrie.

La sécurité alimentaire dans le contexte local requiert la disponibilité d'une ration quotidienne suffisante et équilibrée pour tous les habitants du foyer, et la prévention de la pollution et de la contamination des denrées alimentaires lors de leur production, distribution, stockage et préparation à des fins de consommation. L'analyse montre que la sécurité alimentaire familiale, en termes de ration quotidienne n'est pas assurée et le contexte actuel de renchérissement des denrées alimentaires va renforcer le déficit. Par ailleurs, les habitudes alimentaires locales subissent des pratiques peu compatibles avec une saine alimentation.

Les croyances populaires font que le régime alimentaire du petit enfant est carencé depuis sa naissance. En effet, de fortes croyances populaires sur la nuisibilité du lait maternel dans les premières heures qui suivent la naissance de l'enfant empêche le bébé de bénéficier du colostrum riche en protéines et anticorps. Aussi, l'allaitement exclusif n'arrive pas à s'imposer au Sénégal malgré tous les efforts de sensibilisation.

3.1.4 Fondements et partenaires pour une stratégie

Aujourd'hui, l'enjeu est donc de porter à plus grande échelle les expériences réussies dans le cadre du PRN mais aussi dans le cadre des interventions menées par les ONG afin de réduire à grande échelle la malnutrition au Sénégal.

Cette intensification des interventions de nutrition est encore plus nécessaire dans les zones rurales car la prévalence de la malnutrition reste très élevée en milieu rural.

Le programme multisectoriel du gouvernement prévoit pour 2011 de toucher 700.000 enfants âgés de moins de 5 ans dont les 2/3 vivent en zone rurale, plus de 50.000 femmes enceintes, 65.000 femmes allaitantes et 177.000 adolescents.

Les actions qui doivent guider le partenariat vont essentiellement s'articuler autour de :

- la fourniture de services communautaires (nutrition/PCIME) avec l'implication des collectivités locales et les ONG locales et internationales
- des interventions de nutrition favorisant la multisectorialité et impliquant le MSP et le ministère de l'éducation à travers des plans sectoriels de nutrition

Pour ce faire, l'implication et la responsabilisation des autorités locales, des leaders communautaires et des chefs religieux sont essentielles. En outre, dans le pays, la malnutrition peut être facilement évitée à travers de simples changements dans les habitudes alimentaires et les pratiques d'hygiène. Cela est possible à travers la mise en place d'une stratégie de communication pour le changement de comportement s'appuyant sur les valeurs sociales et culturelles.

3.2 La Santé

3.2.1 Les politiques et programmes

Le droit à la santé est consacré par la Constitution. En effet, en son article 17, la Constitution dispose que « L'Etat et les Collectivités Publiques ont le devoir de veiller à la santé physique et morale de la famille et, en particulier, des personnes handicapées et des personnes âgées. L'Etat garantit aux familles en général et celles vivant en milieu rural en particulier l'accès aux services de santé et au bien être... ».

A la faveur de l'Initiative des Pays Pauvres Très Endettés (PPTE), le Sénégal a élaboré son premier Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP) pour la période 2003-2005 et son deuxième en 2006-2010. Il s'agit là des documents cadres les plus récents en matière de planification qui ont servi de référence. Ainsi le PNDS 2009-2018 constitue-t-il la réponse du secteur de la santé face aux défis pour la réalisation des OMD et de l'axe 2 du DSRP 2006-2010. Ce plan a pour objectif de : (i) réduire le fardeau de la morbidité et de la mortalité maternelles et infanto juvéniles, (ii) améliorer la prévention et la prise en charge de la maladie ; (iii) améliorer la gestion du secteur de la santé. Autour de ce plan, il existe plusieurs programmes dont : le Programme National de Lutte contre la Paludisme, le Programme national multisectoriel de lutte contre le SIDA, le Programme Elargi de Vaccination et le Programme National pour la Survie de l'Enfant (PNSE). Le PNSE a pour objectif de : (i) Réduire la mortalité néonatale de 35‰ en 2005 à 16‰ d'ici 2015 en tenant compte de la feuille de route pour l'accélération de la réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles et néonatales;(ii) Réduire la mortalité infanto juvénile de 121‰ en 2005 à 44‰ d'ici 2015 conformément aux OMD.

Pour ces sept dernières années, allant de 2000 à 2007, le budget de l'Etat alloué à la santé est passé de vingt neuf milliards sept cents sept millions à soixante quinze milliards cent quatre vingt millions francs CFA, soit une progression en valeur absolue de quarante cinq milliards quatre cents soixante treize millions de francs CFA. (Rapport financier du MSPM/DGE 2007) Dans ce budget 41,28 % sont destinés aux dépenses de personnel, 28,54 % au fonctionnement et 30,17 % au titre des dépenses de transfert. L'apport des populations par l'intermédiaire des comités de santé pour l'année 2007 se chiffre à vingt six milliards cent quatre vingt douze millions cent quatre vingt quatorze mille francs CFA.

Si l'on se réfère au CDSMT du secteur de la santé, on se rend compte d'un certain nombre de déséquilibres affectant directement les enfants et les mères.

Tableau 8 : CDSMT du secteur de la santé 2008/2010 (En milliards de FCFA)

Programme	Budget 2008	%	Budget 2009	%	Budget 2010	%
Renforcement des capacités institutionnelles	17,748	10,5%	18,612	10,5%	19,147	10,5%
Infrastructures équipements et maintenance	68,696	40,5%	72,041	40,5%	74,113	40,5%
Lutte contre la maladie	15,785	9,3%	16,554	9,3%	17,09	9,3%
Pharmacie et médicaments	5,095	3,0%	5,28	3,0%	5,432	3,0%
Prévention	20,242	11,9%	21,228	11,9%	21,839	11,9%
Ressources humaines	32,465	19,1%	34,046	19,1%	35,025	19,1%
Santé de la mère, du nouveau né, de l'enfant et de l'adolescent	3,969	2,3%	4,162	2,3%	4,282	2,3%
Lutte contre le SIDA	5,565	3,3%	5,896	3,3%	6,004	3,3%
Total	169,565	100,0%	177,819	100,0%	182,932	100,0%

Comme l'atteste les montants consacrés aux activités du MSP, la part réservée à la santé de la mère, du nouveau né, de l'enfant et de l'adolescent est faible alors que la mortalité néonatale représente encore 57% de la mortalité infantile et environ 30% de la mortalité infanto juvénile avec des disparités fortes entre le milieu rural (46‰) et le milieu urbain (32‰). En plus, les disparités régionales sont encore plus fortes avec 56‰ à Fatick, et Tambacounda et 28‰ pour Louga et 30‰ à Dakar. La planification familiale est pratiquement ignorée.

3.2.2 Les résultats pour les enfants, disparités et égalité des sexes

En ce qui concerne la fièvre, les statistiques montrent que 30 % des enfants de moins de cinq ans ont eu de la fièvre au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête EDSIV. La prévalence de la fièvre ne varie pratiquement pas selon le sexe de l'enfant (22% chez les garçons et 20% pour les filles) et le milieu de résidence (31 % en milieu urbain, contre 30% en milieu rural). Selon le niveau régional, on peut distinguer deux groupes de régions : Kaolack (39%) Dakar (36%) et Matam (36%) qui ont une prévalence de plus 35 % et les autres régions où les prévalences varient entre 20 % et 31%. Enfin, on n'observe pas de tendances nettes dans la prévalence de la fièvre ni selon le niveau d'instruction du chef de ménage ni selon le niveau de bien-être économique.

S'agissant de la prévalence de la diarrhée, il ressort de l'analyse des statistiques qu'un peu plus d'un enfant de moins de cinq ans sur cinq (23 %) avait souffert de diarrhée pendant les deux semaines ayant précédé l'enquête EDSIV. La proportion de garçons ayant eu la diarrhée est très proche de celle des filles (14% contre 12%). Cependant, la prévalence de la diarrhée semble être corrélée avec le milieu de résidence et le niveau d'instruction du chef de ménage. En effet, le milieu de résidence influence la prévalence de la diarrhée, les proportions variant de 52 % en milieu urbain et 27 % en milieu rural. Par contre, les disparités inter régionales sont très importantes : aux deux extrêmes, on trouve les régions de Kolda, Louga, Thiès et Ziguinchor avec une prévalence d'environ 17 % et les régions de Dakar et de Kaolack avec des prévalences de respectivement 29,7 % et 33,2 %. En ce qui concerne le niveau d'instruction du chef de ménage, on constate que les enfants dont la mère a un niveau ou plus ont une prévalence de la diarrhée moins élevée que les autres (7 % contre 51 % chez ceux dont le chef n'a aucune instruction et 16 % chez ceux dont le chef a un niveau secondaire). En fin selon le niveau de bien être, la proportion d'enfants atteints de la diarrhée est quasiment identique entre les différents quintiles de bien être. Paradoxalement, la prévalence augmente avec le niveau de bien être. En effet, il s'est établi à 10% chez les ménages les plus pauvres contre 30% chez les ménages les plus riches. Ainsi, les enfants résidant en milieu rural et ceux dont le chef de ménage n'a aucune instruction sont les plus touchés par le phénomène.

Au niveau de la connaissance des moyens de prévention du VIH/SIDA, 16 % des filles âgées de 15 à 24 ans et 6% des garçons de cette tranche d'âge déclarent avoir une bonne connaissance des moyens de prévention du VIH. La connaissance des moyens de prévention du VIH est plus élargie en milieu urbain qu'en milieu rural. Il est de 6% en milieu rural contre 12% en milieu urbain. En outre, les résultats montrent que la connaissance des moyens de prévention est positivement corrélée avec le niveau de bien être du ménage. En effet, il est de 4% chez les ménages les plus pauvres contre 20% chez les ménages les plus riches. De là, les enfants les plus défavorisés semblent être ceux issus du milieu rural ainsi que les enfants de sexe masculin et appartenant aux ménages plus pauvres.

3.2.3 Analyse de causalité et corrélation

1. les causes immédiates

Elles sont liées :

- au faible pouvoir d'achat des parents pour accéder aux services de santé
- au déficit de couverture notamment dans les zones rurales
- à l'analphabétisme du chef de ménage qui limite leurs capacités d'apporter des remèdes aux maladies de l'enfant.

2. Les causes sous-jacentes

Elles concernent :

- les problèmes d'environnement insalubre et d'hygiène individuelle et collective,

L'on note une dégradation poussée du cadre de vie des Sénégalais, tant en milieu urbain qu'en zone rurale. Cela se traduit par l'ampleur des eaux usées stagnantes, la mauvaise gestion des déchets alimentaires, animaux et humains des zones urbaines... Il en découle un environnement relativement pathogène. Dans la région de Dakar, la décharge de Mbeubeuss menace la nappe phréatique, les déchets industriels menacent la baie de Hann et affectent la qualité des ressources halieutiques qui y sont échangées. Enfin, le réseau d'assainissement étant absent en milieu rural et très limité en milieu urbain, les populations recourent à des systèmes individuels d'assainissement qui ont des effets néfastes sur l'environnement (qualité des eaux de surface) et sur la santé des populations.

- le déficit de communication

Malgré les efforts menés, la circulation de l'information sur la santé, en direction des populations, est limitée et ne permet pas encore d'instaurer un dialogue avec les populations.

3. Les causes structurelles

Elles s'articulent essentiellement autour de : la faible couverture sanitaire, les difficultés d'accès aux services de santé.

Tableau 9 : Couverture en personnel sanitaire (médecin, SFE, Infirmier) en 2007

catégories socio professionnelles	Secteur Public		Secteur Privé		effectif total 2008		Ratio (public&privé) 2008	
	Effectif 1994	Ratio 1994	effectif 2008	Ratio 2008	effectif 1994	effectif 2008		
Médecin	292	27833	624	18615	348	436	1060	10958
SFE	516	3623	677	3946	44	ND	ND	ND
Infirmiers	1734	4687	2777	4183	245	ND	ND	ND

Source : PNDS

Concernant, la faible couverture sanitaire, le tableau ci-dessus montre que le déficit en personnel soignant intéresse surtout les catégories infirmiers et sages femmes où les taux sont passés, entre 1994 et 2008, de 1 infirmier pour 4687 habitants à 1 infirmier pour 4183 habitants et 1 sage femme pour 3623 FAR à 1 sage femme pour 3946 FAR dans le secteur public.

Pour ce qui est de l'accès au service de santé, il est encore difficile au Sénégal, surtout si des cas d'urgence se posent. En effet, selon l'ESAMII, seuls 57,4 % des populations sont à moins de 30 mn d'un service de santé. Ce taux atteint cependant 86,5% à Dakar mais tombe à 41,2% en milieu rural certainement à cause des difficultés de transport liées aux longues distances et au déficit ou mauvais état des infrastructures routières

D'autres causes liées au pilotage du secteur, notamment aux ressources humaines, sont à considérer. En effet, en raison des caractéristiques de ce secteur, les ressources humaines constituent un facteur clé pour une offre de services de qualité. Durant cette dernière décennie, les personnels de la santé ont été renforcés numériquement par le biais de recrutements considérables mais financièrement aussi avec l'octroi de nouvelles indemnités et des accroissements de salaires sans que ces avantages ne soient accompagnés d'une réforme de la gestion des ressources humaines orientée vers les performances (pas de sanction positive ou négative). Il y a eu en réalité une gestion administrative difficile de personnels de diverses origines du fait d'une cohabitation entre différents employeurs (Etat, municipalité, armée, la formation sanitaire elle-même) qui mettent à disposition des agents qui restent soumis aux principales règles de gestion de leur administration d'origine. Dans certains cas aussi, l'action des syndicats s'est souvent manifestée par des rétentions de statistiques et des arrêts de travail affectant la qualité du service en plus des pressions se traduisant par des dérapages dans le système indemnitaire et une fragilisation de la situation financière des établissements hospitaliers (accroissement du déficit de la quasi-totalité des hôpitaux du pays).

3.2.4 Fondements de partenaires pour une stratégie

Malgré les efforts menés dans le secteur de la santé, l'objectif de réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans de 2/3 à l'horizon 2015 ne sera pas atteint. L'accent devra être mis sur l'augmentation de l'offre de services de base. Face aussi au quasi abandon de la planification familiale (la prévalence contraceptive actuelle est de 10% pour un objectif national de 20 %), sa relance devrait passer par une mise à l'échelle des services à base communautaire ainsi que son intégration dans les services de santé de la mère et de l'enfant comme le recommande le PNSE⁹.

Aussi, la politique de santé ayant beaucoup privilégié la subvention du côté de l'offre, il s'agit à présent de renforcer les acquis du côté de la demande avec notamment l'effort de mutualisation observée en matière de protection sociale mais aussi les pratiques de « cash transferts » en cours et celles envisagées dans le cadre du DSRP pour opérationnaliser l'axe protection sociale (cf partie protection sociale).

Ainsi, le partenariat devra se faire autour du PNSE et du PNDS 2009/2018. Ainsi, le paquet d'intervention spécifique à la santé de la mère et du nouveau né devrait comprendre au moins (i) la relance de la planification familiale, (ii) la couverture adéquate en CPN de qualité dans tous les districts, (iii) le dépistage systématique du VIH chez les femmes enceintes, (iv) la généralisation de l'assistance à l'accouchement (partogramme et césarienne), (v) les soins essentiels du nouveau né, (vi) la couverture adéquate en CPN, (vii) les soins appropriés pour les petits poids de naissance, (viii) la prophylaxie ARV chez les femmes séropositives.

Au-delà d'un an, l'accent sera mis sur la promotion d'un régime alimentaire suffisant et varié, la promotion des modes de vie sains et la prise en charge des maladies infectieuses et parasitaires.

⁹ Plan national stratégique pour la survie de l'enfant MSP 2007

Pour les adolescents, il s'agit de mettre l'accent sur la prévention des grossesses précoces et la prévention des IST/SIDA et l'usage des substances nocives.

Il s'agit donc de promouvoir la multisectorialité dans la prise en charge du couple mère-enfant et l'accroissement des ressources financières surtout au niveau des collectivités locales.

Au-delà des problèmes d'accès aux services auxquels adressent déjà l'Etat, la BAD et la BID à travers le renforcement du système, ce qui est déterminant dans l'analyse des causes est lié aux problèmes socioculturels et aux problèmes de communication. Pour résoudre ces problèmes, un partenariat UNICEF/Belgique/USAID/OMS et UNFPA avec l'appui des ONG internationales Africare, Vison Mondiale mais aussi locales pourrait contribuer à améliorer la santé de la mère, du nouveau né et de l'enfant en appui aux services du MSP. En raison de la part de plus en plus importante des populations dans le financement de la santé, le rôle des collectivités locales dans ce partenariat devrait être important.

Enfin, le renforcement de compétences et l'introduction de la gestion prévisionnelle du personnel sont des domaines d'actions identifiés dans le PNDS 2009-2018 et le démarrage de cette nouvelle phase du programme du secteur pourrait constituer une occasion d'amélioration de la gouvernance du secteur. Les Partenaires Techniques et Financiers appuyant le secteur devraient concourir à la réussite de ce processus à travers un partenariat fécond.

3.3 La Protection de l'enfant

3.3.1 Les politiques et programmes nationaux de protection de l'enfant

En vue de mieux protéger les enfants, en plus de ces projets mis en œuvre, le Sénégal a adopté un certain nombre d'actes réglementaires et législatifs dont :

- la loi n°2003-17 du 18 juillet 2003 relative à la Convention des Nations Unies contre la criminalité transfrontalière visant à prévenir, réprimer et punir la traite des personnes en particulier des femmes et des enfants et son protocole additionnel visant le trafic illicite de migrants par terre, air et mer, signés à Palerme en décembre 2000.
- la loi 2005-02 du 29 avril 2005 relative à la lutte contre la traite des personnes et pratiques assimilées et à la protection des victimes. Cette loi réprime la traite des personnes en général et des enfants en particulier, adresse la question de l'exploitation des enfants par la mendicité et protège les victimes conformément aux recommandations du Protocole Additionnel de la Convention des Nations Unies contre la criminalité transfrontalière organisée.
- la loi n°2003-24 du 19 août 2003 le protocole facultatif se rapportant à la CDE, concernant la vente d'enfant, la prostitution et la pornographie mettant en scène des enfants.
- par la loi n° 2003-25 du 19 août 2003 le protocole facultatif se rapportant à la CDE et concernant l'implication des enfants dans les conflits armés du 25 mai 2000.
- la loi 2004-37 du 03/12/2004 rendant obligatoire la scolarisation des enfants de 06 à 16 ans et qui a été adoptée en décembre 2004.

La stratégie de réduction de la pauvreté (DSRP) décline des orientations en faveur des enfants dont l'objectif est de renforcer les actions prioritaires menées pour éliminer les pires formes de travail des enfants et les protéger contre toutes formes d'exploitation, d'abus et de violence. Il s'agira plus spécifiquement de : (i) développer une stratégie de prise en charge et de réinsertion sociale des enfants en conflit avec la loi et des enfants en situation difficile (ii) créer et renforcer les capacités des institutions spécialisées de prise en charge des enfants en situation de vulnérabilité (enfants de femme mendicante, enfants guide des handicapés, enfants des femmes touchées par l'extrême pauvreté, orphelins du VIH, enfants victimes de la toxicomanie, talibés, enfants abandonnés ou en conflits avec la loi), (iii) renforcer la législation en vigueur en matière de protection de l'enfant et prendre les dispositions pour assurer une application effective, (iv) développer des actions d'information, de communication sociale, de recherche, de plaidoyer, de renforcement de capacités et de promotion d'actions directes pour éliminer l'exploitation des enfants par la mendicité, les mariages précoces, (v) assurer une meilleure prise en charge des enfants victimes du VIH/SIDA et des maladies chroniques, (vi) faire un plaidoyer auprès des autorités politiques, religieuses, coutumières, partenaires au développement et de toute la communauté en faveur de meilleures conditions de vie des talibés, (vii) prendre des mesures et des dispositifs pour la généralisation de l'enregistrement à l'état civil et (viii) poursuivre et renforcer l'aménagement des espaces et des infrastructures favorables à l'épanouissement des enfants (cf. DSRP 2)

Ces orientations ont été opérationnalisées par divers projets et programmes, parmi lesquels on peut citer :

- Le programme de lutte contre les Pires Formes de Travail des Enfants (PFTE) composé du Projet de lutte contre les Pires Formes de Travail des Enfants et le Projet IPEC/BIT. Le Projet Lutte Contre les Pires Formes de Travail des Enfants intervient dans les domaines de la mendicité, du travail précoce des jeunes filles, des abus et de l'exploitation sexuelle des enfants dans neuf départements ; le Projet IPEC/BIT qui intervient en faveur des enfants engagés dans les Pires Formes de Travail des Enfants, notamment l'exploitation des enfants par la mendicité, les travaux domestiques précoces et les travaux dangereux dans le domaine de l'agriculture et de la pêche.
- L'initiative pour Partenariat pour le retrait et la réinsertion des enfants de la rue (PARRER). Il a été créé en février 2007 à Dakar par une Assemblée générale constitutive regroupant des membres d'ONG, de l'Administration sénégalaise, du secteur privé, des partenaires au développement, d'organisations religieuses, des personnalités de la société civile et des médias. La création de cette association a été l'une des recommandations fortes du Conseil présidentiel du 10 octobre 2006 sur la situation des enfants de la rue.
- Des Projets « Trilinguisme dans les daaras » et « Education à la vie familiale dans les daaras ». Ces projets développent des expériences pilotes novatrices couvrant la formation professionnelle dans les «daaras», l'introduction du trilinguisme et d'un curriculum de formation des talibés et des maîtres coraniques disposant ainsi d'un guide pédagogique. Ces initiatives développées à l'échelle ainsi que l'accès des talibés aux cantines, dans le cadre du projet de modernisation des « daaras », lancé par le Chef de l'Etat, contribueront à renforcer les dispositifs de lutte contre la mendicité des talibés.
- Programmes et services destinés aux enfants particulièrement ceux touchés par le conflit en Casamance. Ces programmes concernent : Le Programme de prévention des accidents par mines : ce programme a permis de toucher plus de 40,000 enfants et leurs familles ainsi

que 500 directeurs d'écoles et enseignants de 112 écoles et dans 51 villages ; Le « Paquet de services » : cantines scolaires en faveur des élèves, réhabilitation des classes, accès à l'eau et à l'assainissement (latrines séparées entre garçons et filles) pour les élèves; Le « *Programme de prévention et transformation des conflits et de gestion du stress* » (Gouvernement, GTZ, UNICEF) : 3.000 enseignants ont été formés sur les compétences liées aux droits humains, à la gestion du stress et à la paix ; le programme d'appui à la scolarisation des enfants : enrôlement à l'école en pour la seule année 2005-2006 de 130.003 enfants dont 69.140 garçons et 60.860 filles ; et le Programme de récupération des enfants déplacés ou réfugiés pour leur réinsertion appelé « *Projet Pionnier* » : près de 10.000 enfants récupérés par ce projet développé en partenariat entre le Gouvernement du Sénégal et l'UNICEF.

3.3.2 Les résultats pour les enfants, disparités et égalité des sexes

La mise en œuvre des projets programmes relatifs à la protection de l'enfant ont permis d'avoir des résultats encourageants.

Concernant l'enregistrement des enfants à la naissance, l'analyse des statistiques indique que 40% des enfants n'ont pas été enregistrés à leur naissance. Ce taux est de 43% chez les enfants de sexe féminin des moins de 3 ans contre 33% chez les enfants de sexe masculin. Cependant, on note de fortes disparités entre les milieux urbain et rural. Dans les zones urbaines, 84% des enfants sont enregistrés à leur naissance contre 47% en milieu rural, soit moins d'un enfant sur deux. En outre, on constate que la déclaration de l'enfant à la naissance est positivement corrélée au niveau d'instruction du chef de ménage. En effet, pour ceux dont le chef n'a aucun niveau d'éducation, 52% des naissances sont déclarées. Cette proportion est de 75%, pour celles de niveau primaire, et 82%, pour celles qui sont allées jusqu'au niveau secondaire. Selon le niveau de bien être du ménage, les résultats montrent que chez les ménages les plus pauvres 65% des enfants n'ont pas été enregistrés à leur naissance contre 10% chez les ménages les plus riches. Ainsi, les actions menées par les autorités n'ont pas favorisé les enfants résidant en milieu rural ainsi que ceux appartenant aux ménages les plus pauvres mais également les enfants dont le chef de ménage n'a aucune instruction.

S'agissant de la situation d'orphelinat des enfants, le tableau 3.3.2 (cf. module statistique) indique qu'au Sénégal, 7% des enfants sont orphelins d'un ou des deux parents. On observe que le taux augmente avec l'âge aussi bien chez les filles que chez les garçons. La situation varie très peu selon le milieu de résidence, en zone urbaine 7% des enfants sont orphelins contre 6% en milieu rural.

En ce qui concerne la situation sur le travail des enfants, les statistiques indiquent que la proportion d'enfants de 5 à 15 ans, qui travaillent actuellement, est de 28%. Ce taux est plus élevé chez les filles (37%) que chez garçons (23%). Les enfants travaillent plus en zone rurale qu'en zone urbaine ; les proportions d'enfants travailleurs sont respectivement dans ces deux milieux de 31% et 23%. Des disparités importantes sont notées entre les régions. Kolda, Matam et Louga enregistre les proportions les plus élevées (40%, 36% et 36%) contre Dakar et Thiès où le phénomène est répandu (21% et 22%). Le taux d'enfants travailleurs est négativement corrélé avec le niveau de bien être des ménages. Il est de 36% chez les ménages les plus pauvres contre 17% chez les ménages les plus riches.

Pour ce qui est du mariage précoce, 11% des filles sont mariés avant 15 ans contre 25% avant 18 ans. Le mariage précoce est plus répandu en milieu rural (16%) qu'en milieu urbain (7%). Le

niveau d'instruction du chef de ménage a une influence sur le phénomène. La proportion de filles mariant avant 15 ans est de 4% chez les ménages dont le chef a atteint le niveau secondaire contre 14% au niveau de ceux dont le chef n'a aucune instruction. Selon, l'appartenance à l'ethnie, il est plus répandu chez les pulars et les soninkés avec un taux respectif de 19% et de 12% contre 5% chez les diolas. La pauvreté et la vulnérabilité semblent avoir une influence sur le phénomène : la proportion est de 20% chez les ménages les plus pauvres contre 4% chez les plus riches.

3.3.3 Analyse de causalité et corrélation

Elles sont spécifiées en causes immédiates, causes sous-jacentes et causes structurelles.

1. Les causes immédiates

Il s'agit de :

- faible pouvoir d'achat des ménages ;
- faible niveau d'instruction du chef de ménages ou de la mère
- enclavement de la zone de résidence

2. Les causes sous-jacentes

Les causes identifiées à ce niveau sont :

- Le déficit de communication

Beaucoup de familles, qui ont des enfants au Sénégal, sont sous-informées sur les attitudes et pratiques les plus à même de permettre un développement harmonieux de l'enfant. Si elles ont quelques informations sur la couverture vaccinale, le suivi nutritionnel..., leur ignorance de la prise en charge affective ou psycho-mentale est quasi-totale.

Les familles sénégalaises, dans une majorité relative, hormis une frange encore minoritaire de couches intellectuelles, ne connaissent pas la conception moderne des droits des enfants et, a fortiori, ignorent le contenu de ces droits. Selon l'enquête MICS II 2000 : « Au Sénégal le pourcentage des ménages ayant entendu parler des droits de l'enfant est encore faible en l'an 2000 (44,4%) malgré une progression notable par rapport à 1996 (33%). Les droits les plus connus sont relatifs à la famille, au nom et à la nationalité (30,1%), à l'éducation et aux loisirs (21,9%), la survie et le développement (17,9%), la protection (16,2%). Les droits les moins connus sont la paix (8,8%), et la santé (5,2%). Il faut noter que les ménages enquêtés n'ont pas cité les droits à l'égalité, la liberté d'expression et le droit à l'environnement sain ».

- Les difficultés de cibler les enfants vulnérables

Les enfants en situation de vulnérabilité sont dans des situations diverses. Les manifestations les plus criardes de l'exclusion sociale et de l'exploitation des enfants sont la mendicité, le travail des enfants, les enfants de la rue et la prostitution/perversion des filles mineures. Les difficultés résident dans la nécessité d'agir à la fois sur les causes et sur les manifestations de la vulnérabilité.

3. Les causes structurelles

- L'existence de croyances populaires et de pratiques culturelles,

Le problème de fond qui se pose aux familles sénégalaises, à la société, réside dans le fait de ne pas voir en l'enfant, le petit enfant surtout, un sujet de droit, personne morale dépositaire de valeurs et/ou de possibilités intrinsèquement humaines et pour lesquelles on lui doit respect et considération. Dans la vision populaire, l'enfant n'est qu'une promesse d'humanité, pas un être humain accompli ; il n'est pas en état de vouloir légitimement par lui-même, tenté qu'il est de ne suivre que ses instincts : « *xale bëgg-bëggam rekk la xam* », littéralement « l'enfant ne connaît rien d'autre que son vouloir ». Par conséquent, il est important que l'adulte, qui sait, lui fasse savoir, l'oriente, lui impose au besoin un savoir jusqu'à ce qu'il sache ce qui est bien ou mal.

3.3.4 Fondements de partenaires pour une stratégie

Comme l'atteste le diagnostic portant sur les textes et programmes en cours, le Sénégal a pratiquement ratifié toutes les conventions relatives à la protection des enfants même s'il y a souvent du retard voire des imperfections liés à l'absence de décrets d'application. Il en est ainsi par exemple de la loi portant réforme de la protection de l'enfance de mars 2007. De là découle une faiblesse dans la volonté politique des autorités nationales.

D'un autre côté, la protection de l'enfant se heurte à essentiellement aux pesanteurs socioculturelles, aux valeurs mais aussi à l'exploitation des enfants et aux violences exercées sur eux. La mendicité des enfants dans la quasi-totalité des centres urbains du pays est révélatrice de l'état des droits humains en ce qui concerne les enfants.

La vulnérabilité des ménages consécutive à la crise économique persistante est aussi un facteur non négligeable dans la situation difficile des enfants.

La sensibilisation des personnes tous acteurs confondus, l'appropriation par les communautés des engagements internationaux et les changements de mentalité sont essentiels pour asseoir la protection de l'enfant au Sénégal.

Pour ce faire, il est essentiel d'approfondir les recherches susceptibles à la fois de faciliter la compréhension des comportements des populations à l'égard des enfants et de baliser le chemin pour des actions plus efficaces. Quels sont les phénomènes de transmission intergénérationnelle de la pauvreté ? Comment comprendre encore le « confiage » des enfants dans un contexte d'amplification des vulnérabilités économiques et sociales des ménages ? Comment amoindrir les contradictions entre les normes juridiques et les traditions religieuses et les coutumes ? Comment renforcer le dialogue entre les autorités religieuses, les leaders politiques et les autorités coutumières ?

Ce sont là autant de questions dont la résolution doit impliquer les ONG nationales comme internationales impliquées dans la protection des enfants mais aussi les partenaires au développement (l'Unicef, l'UNFPA...), les centres de recherche en sciences humaines et en sciences sociales du pays (IFAN...) et les organes gouvernementaux (DPDE, CAPE, MFSNEFMF).

3.4 L'éducation

3.4.1 Les politiques et programmes nationaux en matière d'éducation

Divers textes organisent la politique de l'éducation au Sénégal. D'abord la Constitution en son article 8 proclame le droit à l'éducation mais préalablement, dans le préambule de la constitution, l'adhésion à la déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789, Déclaration Universelle des Droits de l'Homme du 10 décembre 1948 la CDE, la CEDEF et la charte africaine des droits de l'homme et des peuples est réaffirmée.

De manière spécifique, la loi n° 91-22 du 16 février 1991 portant orientation de l'éducation nationale au Sénégal vise les principes et objectifs suivants :

- préparer les conditions d'un développement intégral assumé par la nation tout entière, en formant des hommes et des femmes capables de travailler efficacement à la construction du pays, et porter un intérêt particulier aux problèmes économiques, sociaux et culturels rencontrés par le Sénégal dans son effort de développement ;
- promouvoir les valeurs dans lesquelles la nation se reconnaît (liberté, démocratie pluraliste, sens moral et civique et respect des droits de l'homme, des lois et des règles de la vie sociale, etc.) ;
- élever le niveau culturel de la population : en permettant aux hommes et aux femmes qu'elle forme, d'acquérir les connaissances nécessaires à leur insertion harmonieuse dans la communauté et leur participation active à la vie de la nation ; en leur fournissant les instruments de réflexion leur permettant d'exercer un jugement et de contribuer à l'avancée des sciences.

Des évolutions récentes ont apporté des changements spécifiques aux enfants. En effet, la loi 2004-37 du 03/12/2004 rendant obligatoire la scolarisation des enfants de 06 à 16 ans a été adoptée en décembre 2004.

La Politique Nationale de Développement Intégrée de la Petite Enfance (PNDIPE) assure la prise en charge globale du jeune enfant sénégalais, de la naissance à son intégration dans le système scolaire

Les questions relatives à l'éducation sont particulièrement mises en exergue dans le Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté, qui sert de référence aux projets et programmes dont le Programme Décennal de l'Education et la Formation (PDEF). Ce programme initié dans le cadre de l'Initiative spéciale des Nations Unies pour l'Afrique, fixe les orientations du Gouvernement en matière d'éducation jusqu'en 2010. La phase actuelle du PDEF, qui compte mettre l'accent sur la qualité, repose sur les options suivantes : (i) l'universalisation de l'achèvement du cycle élémentaire et l'amélioration de l'accès dans les autres cycles ; (ii) la création des conditions d'une éducation de qualité à tous les niveaux de formation ; (iii) l'éradication de l'analphabétisme et la promotion des langues nationales ; (iv) l'élargissement des compétences des communautés et des collectivités dans le système éducatif, notamment dans la gestion des écoles, le suivi de la qualité et la mobilisation de ressources ; (v) la promotion et l'orientation de la formation professionnelle vers le marché du travail ; (vi) l'élimination des disparités entre groupes économiques (riches/pauvres), entre sexes, inter et intra régionales, entre milieux (urbain/rural), à tous les niveaux d'enseignement et la prise en compte des besoins des enfants handicapés (vii) le

partenariat efficace et bien coordonné et (viii) l'ouverture à la coopération régionale au sein de l'espace CEDEAO.

Le PDEF fédère tous les appuis des PTF en direction de la qualité des services mais aussi du maintien des enfants garçons comme filles à l'école dans de meilleures conditions. Ainsi, avec l'appui concerté du PAM, de l'UNICEF, de l'Italie et de CARITAS, des paquets de services permettent entre autres la réalisation de cantines scolaires en faveur des élèves, réhabilitation des classes, accès à l'eau et à l'assainissement (latrines séparées entre garçons et filles).

Dans le cadre du Projet Trilinguisme dans les Daaras, les objectifs visés sont l'augmentation du taux brut de scolarisation, et la modernisation de l'enseignement coranique afin que les talibés reçoivent une éducation de qualité

Dans le cadre du Projet Education à la Vie Familiale dans les Daaras, les objectifs visés sont la contribution à la prise en charge des talibés en vue de leur assurer une meilleure qualité de vie

Enfin dans le cadre de l'éducation intégratrice qui est une dimension particulière, il s'agit d'assurer la scolarisation d'enfants handicapés dans les écoles publiques primaires, les institutions préscolaires (type Case des Tout Petits) avec des aménagements d'un environnement physique adéquat.

Pour ce qui est des ressources allouées à l'éducation (du préscolaire à l'enseignement supérieur), elles sont passées de 35% du budget en 2003, à 37% en 2004, à 40% en 2005 et 2006. En terme de contribution, l'Etat demeure le premier bailleur de fonds du secteur avec un niveau de contribution de l'ordre de 69,5%, suivi des partenaires techniques et financiers et des ménages qui assurent respectivement 17,7% et 11,8% du financement.

Tableau 10 : Contribution au financement de l'éducation en 2007 (en francs CFA)

Bailleurs de fonds	Budget	Part en %
Etat	256 082 223 320	69,53
Collectivités locales	3 400 000 000	0,92
Ménages	43 617 000 000	11,84
Partenaires financiers extérieurs	65 202 904 219	17,7
Total	368 302 127 589	100

Source : Rapport d'activités 2007 PDEF

Du point de vue des tendances, même si l'Etat reste le premier bailleur de fonds sur la période 2004-2007, il n'en demeure pas moins que ses contributions en valeur relative ont connu une diminution de 8 points au moment où note une tendance à la hausse des contributions des partenaires techniques et financiers qui se sont presque triplés en passant de 6% en 2004 à 17,7% en 2007. Cependant, la part de l'éducation dans la richesse nationale a progressivement augmenté de 2004 à 2007 en passant de 6,1% à 7%.

3.4.2 Les Résultats pour les enfants, disparités et égalité des sexes

S'agissant de l'accès à l'éducation, mesuré ici par le taux net de fréquentation scolaire, le tableau 3.4.1 révèle que dans l'ensemble, plus de la moitié des enfants âgés de 7-12 ans (58 %) fréquentent l'école primaire. On ne constate pas d'écarts importants entre les hommes et les femmes (58 % contre 59 %). Par contre, il est nettement plus élevé en milieu urbain (77 %) qu'en milieu rural (47,2 %). Les régions de Ziguinchor (91 %) et de Dakar (81 %) se caractérisent par

les taux nets de fréquentation de l'école primaire les plus élevés ; à l'opposé, Diourbel enregistre le niveau le plus faible du pays, avec seulement 29 %. Le niveau de fréquentation de l'école primaire est positivement corrélé au niveau de bien-être du ménage : il passe de 42 % chez les plus pauvres à 78 % chez les plus riches. Pour ce qui est du taux de fréquentation scolaire selon le niveau d'éducation du chef de ménage, l'analyse du tableau ci-après montre que le taux de fréquentation scolaire augmente de façon nette avec le niveau d'instruction du chef de ménage. En effet, les ménages dont le chef n'a aucune instruction connaissent un taux de fréquentation le plus faible. Plus d'un enfant sur deux (50%) ne fréquente pas l'école primaire. Ce taux passe de 77% quand le chef de ménage a fréquenté l'école primaire à 89% quand celui-ci atteint le niveau d'enseignement secondaire. Toujours, les enfants résidant en milieu rural et ceux appartenant aux ménages les plus pauvres et ceux dont le chef de ménages n'a aucune instruction sont les plus défavorisés en matière de fréquentation.

3.4.3 Analyse de causalité et corrélation

Les causes peuvent être spécifiées en causes immédiates et structurelles

1. Les causes immédiates

Elles concernent:

- le niveau de vie des parents ;
- le milieu de résidence
- le niveau d'instruction du chef de ménage

a) Faible pouvoir d'achat des parents

L'incapacité des parents à payer les frais scolaires est une des causes qui justifie la non-fréquentation scolaire par les enfants de manière générale. Au Sénégal, la scolarisation des enfants, quoiqu'obligatoire pour les enfants de 6 à 16 ans demeure chère de sorte que la pauvreté des parents ne leur permet pas de respecter cette obligation. La dégradation de la qualité de l'enseignement public avec les crises régulières (grèves des enseignants et des élèves) fait que la scolarisation de qualité au Sénégal est de plus en plus tributaire de la capacité des parents à l'assurer à leurs enfants.

b) La résidence en zone rurale

Le milieu rural est caractérisé par la faiblesse de l'offre éducative à telle enseigne que l'enfant met beaucoup de temps pour accéder à une école. A cela, il faut ajouter les travaux champêtres et les tâches ménagères qui obligent l'enfant à être en marge de l'éducation.

c) Le niveau de scolarisation du chef de ménage

Le rôle capital joué par le niveau d'instruction des parents dans la scolarisation des enfants, apparaît de manière très nette. La chance d'être scolarisée est 5,8 fois supérieur pour les filles dont les deux parents ont été scolarisés par rapport à celles dont aucun des parents n'a été scolarisé. En milieu rural, ce rapport est même de 1 à 8,9.

2. Les causes sous-jacentes

Elles sont liées aux représentations négatives de l'école. Les résistances constatées vis-à-vis de l'école proviennent non seulement d'une logique familiale d'accapement et d'instrumentalisation, mais aussi du sentiment qu'envoyer son enfant à l'école, c'est le perdre puisqu'on le laisse entrer dans un univers de valeurs qui n'ont rien à voir avec les valeurs séculaires qui ont guidé la société dans la cohésion, l'harmonie et la convivialité. Ce sentiment se retrouve souvent chez les analphabètes. L'on a noté une forte corrélation entre analphabétisme et refus d'envoyer ses enfants, les filles en particulier, à l'école. Même le nombre d'années passé à l'école est souvent affecté par cette donnée (CREA, 1999).

L'appartenance religieuse, en zone rurale en particulier, induit souvent l'attitude vis-à-vis de l'école publique. La religion catholique est plus proche de l'école publique. En revanche, les musulmans, surtout dans les aires de forte implantation confrérique, ont tendance à envoyer leurs enfants à l'école coranique. Même dans le cas de développement de stratégies alternatives, intégrant des aspects liés à la culture islamique, l'on note une certaine suspicion de la part des chefs religieux, convaincus que ce qui est visé, en définitive, c'est l'affaiblissement voire la destruction de l'islam. A cela est associé le fait que les enfants de ces familles sont le plus souvent orientés vers des activités commerciales ou agricoles de substitution. L'on sait fort bien que la faiblesse particulière du TBS à Diourbel est fortement corrélée à la forte présence de la confrérie mouride dans cette région.

3. Les causes structurelles

La principale cause identifiée à ce niveau a trait à la pauvreté. Elle constitue une entrave à l'accès à l'éducation : elle limite en effet les capacités des populations à contribuer à l'effort éducatif. Les statistiques montrent que l'incidence de la pauvreté est assez élevée chez les enfants défavorisés en termes de fréquentation scolaire, notamment ceux résidant en milieu rural et dont le chef de ménage n'a aucune instruction. En effet, les ménages dont le chef n'a aucune instruction connaissent les taux de pauvreté les plus élevés : plus d'un ménage sur deux (54,2%) vit en dessous du seuil de pauvreté. Ce taux tombe à 45,9% quand le chef de ménage a fréquenté l'école primaire et baisse de plus de la moitié quand celui-ci atteint le niveau d'enseignement secondaire.

Au-delà des causes qui ont trait à la situation intrinsèque des parents, les raisons liées au pilotage du secteur prennent de plus en plus d'importance. En effet, la revue annuelle du PDEF de 2009 montre que beaucoup d'enseignants sont occupés à faire autre chose que l'enseignement stricto sensu. L'on a recensé rien que dans le cycle primaire près de 30% sont dans ce cas. Autrement dit, dans ce cycle, le pourcentage de maîtres, craie en main, n'est que de l'ordre de 70 % dans le primaire. Aussi, le mode de recrutement des enseignants (existence du quota sécuritaire dérogeant aux règles du concours) induit un déficit de qualité des enseignants qui se traduit par une maîtrise insuffisante des matières fondamentaux (dont le français et les maths).

3.4.4 Fondements et partenaires pour une stratégie

En raison de la persistance de la crise économique au niveau national, des chocs externes pouvant découler d'un environnement international dominé par la crise financière puis par la crise économique d'une part et de l'allongement de la durée légale de maintien des enfants à l'école d'autre part, un partenariat doit s'affirmer dans le sens d'un renforcement nutritionnel des enfants. En effet, la volonté du gouvernement est d'élargir les cantines scolaires et l'analyse des causes de l'abandon de l'école a montré le poids important de la faiblesse du pouvoir d'achat des parents.

Le partenariat PAM, UNICEF, Italie et CARITAS dans le cadre des paquets de services apparaît essentiel pour le futur. En effet, si l'on considère le programme du PAM pour 2007/2008, il apparaît que l'appui du PAM au secteur de l'éducation à travers les cantines scolaires a touché les régions de Fatick, Kaolack et Tambacounda dans le cadre du Programme Pays et les régions de Kolda et Ziguinchor dans le cadre de l'Intervention Prolongée de Secours et Redressement (IPSR) couvrant au total 1952 établissements primaires (dont 51 encadrés par Caritas) et 156 structures préscolaires administrées par l'Agence Nationale de la Case des Touts Petits (ANCTP) et l'ONG Kinkéliba. Cette assistance du PAM concerne ainsi 22,3% de la totalité des élèves du primaire public au Sénégal et apparaît significatif pour une montée à l'échelle. Ce partenariat est d'autant plus important qu'au cours de la Réunion de Haut Niveau sur l'Education pour Tous (Dakar, Décembre 2007), le président de la république du Sénégal a décidé de généraliser les cantines scolaires au Sénégal et de mettre en place une stratégie nationale d'alimentation scolaire. Dans cette même lancée, l'initiative de DANONE Community/laiterie du Berger/IFAN/GRED/ENDA/UNICEF et PAM relative à la mise au point d'un aliment de qualité nutritionnelle forte et à un prix abordable pour les familles vulnérables s'inscrit dans ce cadre.

En complément aux cantines scolaires, les actions prévues dans l'amélioration de la protection sociale notamment la pratique des « cash transferts » devraient aussi avoir des effets positifs sur le maintien des enfants à l'école jusqu' à 16 ans conformément aux dispositions légales les plus récentes (cf. partie protection sociale).

La lutte contre les représentations négatives de l'école publique et la nécessité de moderniser les daaras requièrent un partenariat plus stratégique entre les acteurs de terrain dont les Partenaires au développement (Unicef, Unfpa...), les Ong nationales et internationales et les centres de recherche (IFAN) pour interroger les valeurs, les normes sociales et les stratégies des famille en matière d'investissements sur les enfants (études des préférences des parents).

Le maintien des enseignants dans les classes est un enjeu pour l'amélioration de la qualité. En 2015, l'objectif du gouvernement est de fixer le taux d'enseignants hors classe à 15 % dans l'élémentaire et à 5 % pour les autres niveaux. Il s'agit là d'un objectif à opérationnaliser qui pourrait bénéficier d'un appui.

Enfin, les Partenaires techniques et financiers qui accompagnent le développement du secteur devraient contribuer à l'amélioration du dialogue social impliquant tous les acteurs du système éducatif (syndicats, associations de parents d'élèves, administration, enseignants...) pour renforcer l'efficacité du système éducatif.

3.5 Protection sociale¹⁰

3.5.1 Les lois, politiques et programmes nationaux en matière de protection sociale

La protection sociale au Sénégal est relativement ancienne. Elle a démarré avec la création du Service social colonial en 1943 dans le but de limiter les effets de la guerre mondiale sur les populations autochtones puis en 1952 avec la création du corps de travailleurs sociaux et plus tard furent touchés la protection maternelle et infantile, l'hygiène scolaire, les services sociaux des tribunaux et les prestations sociales pour enfants. La seconde avancée sera observée après l'indépendance avec la définition d'une politique d'action sociale et l'élaboration de textes organisant les centres sociaux en milieu urbain pour aider les personnes démunies.

En 1968, sera créée la Direction des affaires sociales pour assurer la tutelle des institutions sociales, publiques et privées et organiser des mécanismes de protection de la famille et des enfants et d'assistance aux handicapés et enfin de mettre en place des institutions spécialisées pour les enfants en conflit avec la loi ou en danger moral.

En 1969, l'État a introduit une allocation d'entretien pour les jeunes enfants indigents, les orphelins ou enfants abandonnés et les pupilles de l'État. En 1975, la Direction des Affaires sociales est transformée en Direction de l'Action sociale, suivie en 1978 par la création d'un ministère en charge de l'action sociale.

En 1983, suite à l'adoption du Plan d'Action de Lagos (sommet de l'Union Africaine), le Sénégal a créé le Ministère du développement social. En 1988, les centres sociaux ont cédé la place aux Centres pour la protection et la réinsertion sociale (CPRS). Depuis 1990, l'action sociale a toujours eu comme objectif principal l'octroi de subventions aux institutions d'enseignement non conventionnel ainsi que le soutien à l'achat d'équipements aux personnes handicapées ou indigentes.

Le pays comporte un système formel de protection sociale offrant différents types de couverture :

Tableau 11 : Types de couverture de sécurité sociale selon la catégorie professionnelle

	Pension de vieillesse	personnes survivantes à charge	personnes handicapées	travail et maladies professionnelles	soins de santé / traitements	prestations familiales	allocation de maternité	pension maladie	Allocations chômage	autres aides sociales
Fonctionnaires	FNR	FNR	Etat	Etat	Etat/ mutuelles	FNR	Etat	(Etat)		
Employés du secteur privé (secteur formel)	IPRES RG	IPRES RG		CSS*	IPRES RG PM Mutuelles	CSS	CSS			

¹⁰ Cf. étude Paola Perezniето et Dr Abdou Salam Fall in « Protection Sociale des Enfants en Afrique de l'ouest et du centre – étude de cas du Sénégal » pour les détails Overseas Development institute UK version novembre 2008

Cadres du secteur privé (secteur formel)	IPRES RG IPRES RCC	IPRES RG IPRES RCC		CSS	IPRES RG IPRES RCC IPM, Mutuelles	CSS	CSS			
Travailleurs du secteur informel					Mutuelles					Possible
Personnes âgées de 65 et plus	Dépend de leur statut antérieur				Plan Sésame					Possible
Personnes démunies										Possible

* Affiliation à la CSS est obligatoire pour les salariés du secteur privé et des employés non fonctionnaires de l'État. L'affiliation est possible sur une base volontaire pour les personnes employées dans le secteur informel, principalement dans l'agriculture, par l'intermédiaire du paiement des contributions correspondantes. *Source* : Annycke (2008).

Une stratégie nationale de protection sociale -SNPS- (2005-2015) a été développée avec le but d'améliorer l'équité de la protection sociale, d'étendre la couverture d'assurance santé de 20% à 50% de la population et de mettre en place un régime de protection sociale qui couvre les risques résultant de chocs, qui touchent les populations travaillant dans le secteur informel (agriculture, artisanat, etc.).

Les objectifs spécifiques de la stratégie sont les suivants: i) garantir aux populations vulnérables l'accès aux services de base; ii) accroître l'accès aux instruments de gestion des risques et aux systèmes de protection sociale liée à la santé, en particulier les mutuelles de santé; iii) améliorer le ciblage, le suivi et l'évaluation des actions pour la protection des populations vulnérables; iv) mettre en place des systèmes de protection contre les risques agricoles; v) garantir le revenu des personnes vulnérables et celles en situation difficile afin de leur permettre d'avoir accès à des systèmes formels de protection sociale; vi) renforcer les mécanismes d'allocation directe de ressources aux populations vulnérables, et vii) améliorer la capacité, en particulier pour les groupes vulnérables, de résister aux chocs et aux risques, en particulier pour les groupes vulnérables.

Cette stratégie a inspiré l'axe 3 du DSRPII portant sur la protection sociale pour la période 2006-2010 comprenant les domaines suivants:

- La réforme et le renforcement de la sécurité sociale,
- L'extension de la protection sociale,
- La prévention et la gestion des risques et des catastrophes, ainsi que
- La protection sociale des groupes vulnérables.

3.5.2 Résultats pour les enfants, disparités et égalité des sexes

L'on note une faible envergure du système de protection sociale formel. En effet, Les prestations familiales ne couvrent que 13,3% des enfants de moins de 15 ans et moins d'une personne sur cinq (20%) en bénéficie.

Au début des années 2000, l'Agence du Fonds de Développement Social (AFDS) allouait 10,83% de ses ressources à des projets ciblant les populations vulnérables pauvres constituées principalement de jeunes, de femmes et de personnes âgées.

Au titre des programmes d'aide sociale qui dépendent de la Direction de l'assistance sociale, l'on note une faiblesse des moyens et un faible niveau de pénétration (0,27% de la population cible), d'où un impact limité.

Tableau 12 : Nombre d'enfants couverts par les régimes de sécurité sociale

Estimation du nombre d'enfants couverts par les prestations familiales en 2004	Enfants couverts	% d'enfants 0-14 ans	% d'enfants de 0-19 ans
Allocations CSS (2005)	156.318	3.4	2.7
Allocations au titre du régime fonctionnaires (2005)	209 411	4.6	3.6
Allocations au titre RG IPRES (2004)	182 691	4	3.2
Allocations du Fonds national de retraite fonctionnaires (2004)	58 116	1.3	1
Nombre total estimé couvert par les prestations familiales	606 536	13.3	10.5

Source: Annycke (2008) cité par rapport sur « protection sociale des enfants en l'Afrique de l'ouest et du centre : étude de cas du Sénégal ODI » nov. 2008.

Enfin, les interventions des ONG et des partenaires internationaux, tels que l'UNICEF et « Save the Children Suède » et TOSTAN ont accéléré l'abandon de l'excision et des mariages précoces. Ce travail a été facilité par l'adoption de cadres juridiques cohérents contre les pratiques traditionnelles néfastes. Dans les secteurs sociaux de base, l'action conséquente du gouvernement a permis d'améliorer l'accès aux services, ce qui a un impact particulièrement positif sur les enfants.

3.5.3 Analyse de causalité et corrélation

Les causes immédiates sont :

a) La faiblesse du leadership. Le système de protection sociale implique de très nombreux acteurs dont Le Ministère de l'Economie et des Finances (MEF), le Ministère de la Famille, de la Solidarité Nationale, de l'Entreprenariat Féminin et de la Microfinance (MFSNEFMF), le Ministère de la Santé et de la Prévention (MSP), le ministère chargé de l'Agriculture ainsi que des bailleurs et des organisations de la société civile (OSC). Ces acteurs développent des approches différentes et ne sont pas coordonnés. La CSPLP n'a pas de prérogative claire en matière de coordination et le MFSNEFMF ne l'exerce pas aussi bien qu'il soit au centre de la protection sociale.

b) Le déficit de projets et de programmes permettant d'opérationnaliser les différentes dimensions de la protection sociale. Le pays dispose d'un cadre stratégique avec la SNPS et le DSRP mais cela ne se traduit pas par un développement de régimes de protection sociale permettant la concrétisation des 4 axes. Le Programme d'Actions Prioritaires (PAP) en direction de l'axe 3 du DSRPII est relativement faible tant en termes de prévisions qu'en termes de réalisations.

3.5.4 Fondements et partenaires pour une stratégie

Aujourd'hui différents acteurs interviennent en matière de protection sociale. Dans le domaine de l'assurance maladie, les agences de coopération tant bilatérale que multilatérale appuient les mutuelles de santé. Parmi celles-ci, on peut citer : EPOS, de la Coopération Allemande, qui intervient dans la région de Diourbel ; PHR plus, de l'USAID, qui intervient dans les régions de Louga et Thiès ; la Coopération Française qui intervient en partenariat avec le Ministère de la Santé et de la Prévention (MSP). Au plan multilatéral, le BIT (bureau international du travail) met en œuvre le programme STEP pour étendre la protection sociale.

Des ONG nationales et internationales interviennent en y associant d'autres activités de promotion économique. Parmi celles-ci, on peut citer PROMUSAF, ENDA Graf, ACDEV, World Vision, GRAIM, et PACTE. Enfin des associations de développement communautaires complètent le panorama des acteurs.

Les évaluations menées tant dans le cadre du plan stratégique de développement des mutuelles¹¹ que de l'étude sur la couverture des indigents à travers les mutuelles de santé montrent que la mutualisation dans le secteur de la santé reste une priorité. Le DSRP le corrobore aussi à travers l'objectif de porter la couverture de l'assurance maladie de 20% en 2005 à 50% en 2015.

Dans ce cadre, un partenariat impliquant notamment les intervenants cités plus haut devrait s'organiser pour :

- dynamiser les mutuelles autour d'un partenariat impliquant les ARD, les régions médicales et les services sociaux des hôpitaux
- améliorer les systèmes d'informations des mutuelles
- appuyer la professionnalisation des mutuelles

Dans le domaine de la protection sociale concernant spécifiquement les groupes vulnérables, le DSRP prévoit dans son axe 3 la mise en place de mécanismes d'allocation en espèces pour au moins 500.000 familles en situation de pauvreté extrême sans en indiquer les modalités. Cependant, dans la pratique, deux programmes expérimentent la formule à savoir le programme de renforcement des revenus des familles dans les villages d'enfants SOS (une ONG internationale) et la Direction nationale de l'assistance sociale (un organisme étatique).

La mise au point du système et son élargissement pour atteindre les objectifs du DSRP requièrent selon l'étude sur la protection sociale des enfants en Afrique de l'Ouest des mécanismes de contrôle et de contrepoids ainsi que des mécanismes de suivi évaluation et enfin un apprentissage à travers une opération pilote.

Le partenariat susceptible de permettre une mise en œuvre des objectifs du gouvernement en la matière devrait s'articuler autour de l'Unicef, du Bit pour la capitalisation des expériences internationales mais aussi pour la spécialisation de ces organisations d'une part, mais aussi autour de la CSPLP chargée du suivi du DSRP et du ministère chargé de la famille. Enfin il doit être aussi étendu aux structures citées plus haut et qui ont déjà une pratique avérée de l'allocation d'espèces aux populations vulnérables et aux collectivités locales.

Enfin, il apparaît souhaitable au vu des expériences accumulées tant au plan international qu'au plan national mais aussi eu égard aux exigences de bonne gouvernance pour la réussite du processus que l'on adopte une phase pilote avant d'élargir suivant les enseignements à tirer d'un système de suivi évaluation efficace.

Conclusion

L'analyse des piliers montre que la multisectorialité doit être la règle dans les interventions au profit des enfants. L'analyse de la causalité et des corrélations montre que les vulnérabilités économiques et sociales des ménages expliquent pour beaucoup la situation des enfants. Aussi, les pesanteurs socioculturelles, les valeurs sont les causes structurelles qui reviennent le plus souvent dans l'explication du niveau des résultats atteints dans la mise en œuvre des programmes.

¹¹ Cf Plan Stratégique de Développement des Mutuelles de Santé au Sénégal. Cas PNDS Ministère de la Santé et de la Prévention (MSP) juillet 2004

Enfin malgré les efforts menés par le gouvernement, la lutte contre la mortalité néonatale et globalement de la mortalité infantile bénéficie encore de soutiens faibles. De même, la planification familiale apparaît délaissée au fil des ans malgré l'importance qu'elle peut avoir dans la réduction de la mortalité des enfants et des femmes et donc dans l'amélioration de la santé de l'enfant.

Ce sont ces pistes qui doivent permettre de baliser les réponses politiques qu'il faut apporter à la pauvreté des enfants dans ses aspects monétaires mais également dans ses aspects de bien être.

Enfin, l'analyse des évaluations des programmes intéressant directement ou indirectement la cible enfant montre que très souvent les analyses ne sont pas ciblées sur les enfants. Pour améliorer cet état de fait, il faudrait introduire dans les questions d'évaluation (les termes de référence des évaluations commanditées ou coordonnées par l'administration), certaines interrogations spécifiques aux enfants de manière à permettre d'avoir des analyses ciblées mais aussi des recommandations spécifiques car ciblées.

CHAPITRE 4 :

COMBATTRE LA PAUVRETE ET LES DISPARITES CHEZ LES ENFANTS : DEFINIR UNE STRATEGIE GAGNANTE

Introduction

L'approche par les privations a enrichi l'analyse de la pauvreté en mettant en évidence le bien être dans toutes ses dimensions. La situation des enfants a été analysée dans des dimensions multiples dont monétaire, éducation, santé, eau et assainissement mais aussi logement et confort. Les problèmes identifiés mais aussi les analyses causales effectuées ont montré à la fois l'existence de problèmes spécifiques aux enfants mais aussi l'existence de problèmes généraux se posant au pays.

Il s'agit à partir de ces constats d'apporter des réponses politiques appropriées pour influencer positivement la stratégie du gouvernement en matière de lutte contre la pauvreté mais aussi de favoriser l'actions des partenaires techniques et financiers appuyant le gouvernement ou de manière générales les populations sénégalaises à travers les collectivités.

Enfin, il s'agit de mettre l'accent sur l'action et la vision de ce qui doit être accompli et du comment l'accomplir pour éliminer la pauvreté des enfants, réduire les inégalités, accélérer les progrès vers la réalisation des OMD et pour garantir les droits effectifs de tous les enfants, garçons et filles, dans le contexte du Sénégal.

4.1 Enseignements des privations, lacunes des politiques et opportunités pour les enfants

La pauvreté des enfants est essentiellement rurale (82,0 % en milieu rural) comme l'est la pauvreté de façon générale au niveau du pays et elle est très présente dans les familles où l'instruction du chef de ménage est inexistante voire limitée mais aussi dans les familles de grande taille. Aussi, plus les ménages sont pauvres au plan monétaire, plus les enfants sont affectés par des privations sévères.

En effet, les enfants pauvres vivent plus souvent avec des parents sans niveau d'éducation (taux de pauvreté élevé quand le chef de ménages est sans niveau d'éducation : 63,1 % contre 35,1 % quand le chef de ménage dispose du niveau d'instruction primaire).

Aussi, plus la taille du ménage est grande, plus la pauvreté des enfants est importante. Elle atteint 52,6 % dans les ménages de taille de 5 à 6 membres.

L'analyse des privations affectant les enfants montre que sur quatre enfants sénégalais, trois souffrent de privations. Le logement puis l'éducation sont les privations qui affectent le plus les enfants. Près de 20% des enfants souffrent à la fois des deux privations.

Ainsi, 36,0 % des enfants sont privés de santé et 24,0 % des enfants n'ont accès à des toilettes salubres. Aussi, ce sont les enfants qui ne sont jamais allés à l'école qui sont ceux qui sont essentiellement privés de santé et qui sont également ceux qui vivent dans des ménages surchargés et sans confort sanitaire.

Si l'on tient compte de la résidence, l'on se rend compte qu'à Dakar, les privations sévères sont moins présentes mais ce sont dans les régions de Fatick, Kolda, Tambacounda, Diourbel, Saint-Louis et Louga qu'on observe les privations sévères sont plus fréquentes (7 enfants sur 10 sont affectés par au moins une privation sévère).

L'un des enseignements de l'analyse est aussi que l'éducation apparaît comme un des leviers efficaces sur lesquels il faut agir pour éliminer à moyen terme ces privations qui entravent le devenir des enfants. En effet plus le niveau d'instruction du chef de famille est élevé plus l'incidence des privations sévères est faible

L'analyse des réponses apportées par le gouvernement notamment à travers les actions de protection sociale permet de retenir un certain nombre d'enseignements. En effet, on constate que malgré les efforts importants du gouvernement en matière d'assistance aux personnes vulnérables, les faiblesses observées proviennent essentiellement du manque de leadership lié à la diversité des acteurs dans un contexte de déficit de coordination et du manque de projets pour développer les systèmes de protection sociale (cf. analyse des cause plus haut). Aussi, le gouvernement a accordé d'importantes subventions à la consommation surtout ces dernières années avec la flambée des prix des denrées alimentaires au niveau international et les hausses passées des cours du pétrole (en 2006, les subventions concernant le gaz et l'électricité ont atteint 152,3 milliards de FCFA). Cependant, malgré leur importance, ces subventions n'arrivent pas améliorer réellement les conditions des populations démunies. Les plus pauvres restent confrontés aux problèmes de nutrition, de santé notamment et les enfants issus de ces ménages pauvres sont victimes de privations sévères. Au plan de l'assurance maladie, le gouvernement a impulsé les mutuelles de santé en leur donnant un cadre juridique adapté (loi n°03/2003 relative aux mutuelles de santé essentiellement) avec un appui technique et financier des PTF. Mais, seuls près de 20% de la population est couverte par l'assurance maladie et les quelques 142 mutuelles existantes ne permettent qu'à 4,02% de la population totale à accéder à une assurance sante¹². En plus, interviennent des initiatives diverses de gratuité de prestations (initiatives pour la gratuité des accouchements et de la césarienne, initiative se subvention des traitements coûteux, fonds national de solidarité, couverture des personnes démunies dans les hôpitaux, centres de santé, postes de santé...) qui impliquent le gouvernement à travers les budgets mais aussi des PTF su secteur (Usaid, Unicef, Unfpa...).

Au vu de ces constats et si l'on considère l'enfant de manière spécifique, on peut retenir qu'il n'existe pas de dispositions spécifiques pour couvrir les soins de santé des enfants. Par conséquent les enfants ne sont souvent que des bénéficiaires indirects de ces systèmes de sécurité sociale.

4.2 Les réponses politiques possibles : le champ des réponses et leur organisation

Pour s'attaquer aux causes analysées, quatre séries de réponses sont possibles :

- La première série de réponses doit viser les fondements des décisions publiques à savoir les politiques et les stratégies nationales de manière à peser positivement sur les pesanteurs socioculturelles.

¹² Cf couverture des indigents à travers les mutuelles de santé : cas du Sénégal. FPS/financement social/USAID O.Sow. septembre 2007

- La seconde série de réponses a trait à l'alignement des budgets sur les priorités sociales. Le DSRP est l'instrument de mise en œuvre des politiques publiques et constitue un cadre fédérateur de l'action des PTF en appui aux politiques menées par le gouvernement.
- La troisième série de réponses est liée à la mise sur pied d'un système de protection sociale afin de réduire les privations qui affectent les enfants.
- La quatrième série de réponses a trait au renforcement des actions visant la réduction de la mortalité infantile.

4.2.1 L'exercice d'une influence forte sur les politiques et stratégies nationales

Les changements de comportements exigent d'abord une base de connaissances fortes sur causes et sur les possibilités de changements mais aussi les acteurs clés des changements souhaités.

Dans ce sens, il apparaît important de mener un certain nombre d'études de base dans le sens de :

- la connaissance des déterminantes des transformations sociales et économiques
- du suivi des transformations sociales et économiques
- les modes de régulation sociale face à la persistance de la crise économique
- le statut de l'enfant et son évolution
- la transmission intergénérationnelle de la pauvreté (les facteurs et les modalités)
- les valeurs et leur évolution
- les normes sociales
- les transformations familiales
- les violences faites aux femmes et la paupérisation
- expérimentation de l'introduction de l'éducation religieuse dans les curricula
- les enfants de la rue

Un partenariat fécond doit être recherché avec les institutions de recherche en sciences humaines et sociales. Ainsi, L'Institut Fondamental de l'Afrique Noire (IFAN) pour ses compétences en analyses anthropologiques, les institutions de recherches économiques et sociales du type CREA en raison de leurs travaux de base concernant les déterminantes de la pauvreté, la DPEE en raison des travaux menés sur la conjoncture mais aussi sur d'autres thèmes actuels comme les subventions, les transferts des émigrés... sont autant de partenaires clés qu'il faut mettre en réseau pour faciliter l'approfondissement des problèmes et la réalisation d'études susceptibles d'éclairer les décisions publiques. Le ministère chargé de la femme et de la famille, la CSPLP devraient être associés au choix et au pilotage de ces analyses en raison de leurs positions respectives dans le dispositif administratif en termes d'influence des décisions publiques. Enfin, les Partenaires au développement appuyant les politiques publiques concernant les femmes et les enfants (UNICEF, UNFPA et PAM notamment) devraient être intégrés dans ce partenariat pour à la fois orienter les analyses mais aussi préparer l'application des propositions de mesures issues de ces analyses.

4.2.2 La traduction des politiques sociales dans les budgets.

Les piliers sont financés à la fois par le Gouvernement, les PTF, les collectivités locales, les populations et les ONG. L'effort du gouvernement est matérialisé dans le budget mais l'exécution de ce budget fait intervenir un nombre important de ministères dès lors que les actions concernant les enfants sont multiples et il n'existe pas de cadre cohérent d'actions spécifiques à la promotion de l'enfant. Aussi la forme que prend le budget ne permet pas d'avoir une lecture aisée des

activités et des objectifs. En effet, le budget est encore largement un budget de moyens et non un budget par objectifs¹³. Les efforts de transformer ce budget en budget par objectifs ont d'abord porté sur la modification de la nomenclature du budget à travers une réforme au niveau de l'UEMOA pour que désormais la dépense soit prise en compte dans ses contenus en investissement et en fonctionnement par les instruments de programmation-budgétisation des dépenses publiques. Aujourd'hui les systèmes d'informations présents dans les services du Ministère de l'Economie et des Finances permettent d'avoir ce traitement mais l'implantation de ces outils se fait progressivement. Par exemple au sein du MEF du Sénégal, le Sigfip (Système d'information et de gestion des finances publique) est fonctionnel à la DCEF et à la DB mais il ne l'est pas encore à la DDI et dans les ministères techniques.

Au niveau décentralisé, les mêmes limites sont notées. Ces collectivités locales ont des budgets de moyens et les actions ne sont pas explicites même quand on arrive à les repérer dans ces budgets.

On observe aussi du retard dans les lois de règlement, ce qui fait que très souvent, les budgets des ministères restent prévisionnels et cela constitue une limite certaine en termes d'analyse. En effet, les récentes difficultés financières au Sénégal laissent supposer que ce ne sont pas les budgets votés qui sont réellement exécutés.

Pour arriver à mettre en évidence les ressources allouées non seulement aux budgets sociaux mais à la cible enfant, un partenariat Unicef/ministères chargé de la femme et de l'enfant/CSPLP/DB et DCEF pourrait s'atteler à aider à mettre en place un cadre de promotion de l'enfant dans toutes ses dimensions avec un plan d'actions mettant en évidence les actions et les responsabilités des différents acteurs. Une fois ce cadre défini ainsi que le plan d'actions, il s'agira dans une seconde étape d'influencer les arbitrages budgétaires en vue d'un maintien de l'amélioration des dotations budgétaires aux secteurs sociaux. La tendance amorcée au niveau du volume des investissements dans les secteurs sociaux depuis 2000 doit être maintenue mais avec un accent particulier sur la gouvernance et le contrôle citoyen afin que les dotations parviennent effectivement aux bénéficiaires et pour que les enfants pauvres soient touchés grâce à un ciblage plus efficace.

Pour ce faire, un accent particulier doit être mis sur les CSDMT qui constituent une porte d'entrée de choix dès lors que la démarche adoptée est la gestion axée sur les résultats avec un alignement des ressources sur les objectifs de politique définis par la politique sectorielle. Il s'agira à ce moment de procéder à un affinement des objectifs et des activités de manière à faire figurer les objectifs et les activités spécifiques aux piliers. Les rapports de performance étant élaborés annuellement, un compte rendu officiel pourra être obtenu annuellement et permettre de mesurer réellement les efforts concernant les enfants pauvres.

4.2.3 Une demande de services de base plus solvable à travers la mise en place d'un système de protection sociale.

L'ESPS 2005-2006 indique que 15,6% des enfants qui abandonnent l'école sont engagés dans une forme de travail, aussi les frais indirects de scolarité font que 5,6% des enfants abandonnent l'école faute de pouvoir y faire face. Au plan de la santé, beaucoup d'enfants ne peuvent, même s'ils accèdent aux infrastructures de santé, faire face aux dépenses de santé d'autre part.

La solution préconisée s'articule autour du « cash transfert » qu'expérimentent déjà deux programmes pilotes au Sénégal. D'une part, le programme de renforcement des revenus des familles dans les villages d'enfants SOS qui depuis janvier 2008 renforce les capacités des

¹³ Seule la moitié du budget de l'Etat est sous CDMT et la qualité des CDSMT est variable d'un secteur à l'autre

familles pour subvenir aux besoins des enfants sans familles ou des enfants vulnérables à travers une allocation de 3.500 FCFA par élève et par mois. D'autre part, la Direction nationale de l'assistance sociale sous tutelle du Ministère de la Famille, de la Solidarité Nationale, de l'Entreprenariat Féminin et de la Microfinance (MFSNEFMF) alloue jusqu'à 200.000 FCFA par personne jugée démunie sur instruction d'un dossier par le CPRS.

L'introduction d'un programme de « cash transferts » pourrait avoir des impacts significatifs pour une amélioration des conditions de vie des enfants en situation de vulnérabilité et par là contribuer favorablement à la lutte contre la pauvreté.

Un partenariat Unicef/Bit/CSPLP/MFSNEFMF/collectivités locales pourrait pousser à l'opérationnalisation du système à partir d'un ciblage plus précis prenant en compte les disparités régionales et dont l'élaboration devrait impliquer l'ANSD, les ministères techniques sectoriels et l'administration territoriale mais aussi les institutions du Système des Nations Unies disposant d'avantages comparatifs en la matière.

4.2.4 Concours à la réduction de la mortalité infantile.

Les priorités de santé définies dans le DRSP sont encore pertinentes mais elles ne donnent pas assez de place à la Planification Familiale (PF) comme principal programme en faveur de la promotion de la santé de la femme et de l'enfant. De même, la santé néonatale y est également presque absente alors que la mortalité néonatale constitue 40 à 60% de la mortalité infantile. Il apparaît qu'avant la grossesse, les besoins de planification familiale sont faiblement couverts (10%)

Les facteurs indirects qui influencent l'état de santé de la mère et de l'enfant sont (i) les facteurs liés aux services sociaux de base, (ii) ceux liés à l'environnement, (iii) les facteurs socioculturels, (iv) les conflits et les situations d'urgence et (v) les facteurs économiques

La malnutrition apparaît directement ou indirectement associée à plus de 50% des cas de décès chez les enfants, de plus par ses effets induits sur le développement des enfants, elle crée et amplifie les problèmes de santé des enfants.

Le niveau de scolarité des mères étant un facteur essentiel pour la mortalité maternelle et il convient donc de tirer profit des efforts du Gouvernement pour la scolarisation universelle pour relever rapidement le taux de scolarisation des filles au niveau de celui des garçons

Le cadre de partenariat doit être actif autour du PNSE 2007-2015 et du PNDS2 2009-2018.

La relance de la planification familiale nécessite une mise à l'échelle des services à base communautaire ainsi que son intégration dans les services de santé de la mère et de l'enfant

Pour s'attaquer à la mortalité infantile, il s'agira de mettre en œuvre de manière solidaire et continue des paquets d'interventions essentielles pour répondre aux besoins de santé de la mère et ceux de l'enfant et permettre aux groupes vulnérables d'accéder aux services de la santé

le partenariat devra faire intervenir à la fois les Partenaires au développement intervenant dans le secteur (Usaid, Unicef, Unfpa, Banque mondiale, Union européenne, Coopération belge...), les ONG nationales comme internationales (Africare, World Vision, CCF, Save children...) mais

aussi les organes gouvernementaux impliqués dans la gestion de la santé (MSP..) et dans la répartition des ressources (budget, CSPLP) pour relever le défi de l'atteinte des OMD et l'effectivité du droit à la santé de l'enfant et de la mère.

Conclusion

Les réponses retenues parmi plusieurs apparaissent comme celles qui sont essentielles à la résolution des problèmes analysés dans les causes de la pauvreté des enfants mais elles apparaissent aussi plus adaptées au vu des enjeux du moment. En effet, pour s'attaquer aux causes structurelles, la recherche doit aller de pair avec l'action d'où le choix d'impulser une collaboration avec tous les acteurs intervenant dans la recherche en sciences humaines et sociales. L'influence sur les politiques publiques est aussi une étape essentielle qui ne peut être obtenue qu'en mettant en avant des recherches tournées vers l'action et en faisant accepter les résultats aux décideurs publiques d'où la nécessité de les associer aux choix des thèmes. Cette influence ne peut être obtenue si les ressources ne sont pas alignées sur les priorités, mais aussi si les administrations impliquées dans la répartition des budgets ne sont pas associées. Enfin, l'appréciation des résultats de toutes ces stratégies passe par l'évolution de la survie de l'enfant, d'où la priorité donnée à la réduction de la mortalité infantile.

ANNEXES

Tableau 1.1.1 Pyramide des âges de la population

Pays	Population féminine (en milliers)			Population masculine (en milliers)		
	2005 (ou l'année la plus récente disponible)	Changement sur 1995	Changement prévu sur 2015*	2005 (ou l'année la plus récente disponible)	Changement sur 1995	Changement prévu sur 2015*
Total	5 081 040	4 513 417	7 607 879	4 908 681	4 509 135	7 599 216
de 0-4 ans	15,57	16,90	14,42	18,17	17,26	14,74
de 5-9	14,15	14,84	13,46	15,83	14,93	13,70
de 10-14	12,66	13,06	12,12	13,99	13,10	12,33
de 15-19	10,89	10,81	10,24	11,01	10,91	10,40
de 20-24	8,92	8,83	9,05	7,64	8,88	9,16
de 25-49	25,43	25,81	29,61	22,47	25,90	29,40
de 50-69	9,53	7,88	9,03	7,84	7,60	8,52
70 ans +	2,85	1,64	2,07	3,04	1,36	1,76

Source : ANDS : Projection démographique

Tableau 1.1.2 Repérage des déterminants de la pauvreté (a.et b.) et de leurs conséquences pour l'enfant (c.) dans les données d'enquêtes

Population d'enfants selon:		Répartition nombre total d'enfants enquête (nation) :	%
A. Dimension géographique	Région	Dakar	18,76
		Diourbel	11,07
		Fatick	6,22
		Kaolack	12,69
		Kolda	8,83
		Louga	6,79
		Tambacounda	4,12
		Matam	6,74
		Saint-Louis	6,95
		Thiès	13,84
		Ziguinchor	3,50
	Milieu de résidence	Urbain	38,57
	Rural	61,43	
	Privation de biens matériels et de services (indicateurs ménage/ communauté)	Privations de logement	42,02
		Privations d'assainissement	24,03
		Privations d'eau	11,24
		Privations d'information	1,98
	Privation de biens et de services (indicateurs spécifiques enfants)	Privations de nourriture	0,53
		Privations d'éducation	21,76
		Privations de santé	5,64
	Taille du ménage	< 3 membres	0,24
		3-4	3,60
		5-6	10,22
		7 membres & +	85,90
	Niveau d'instruction du chef du ménage	Aucune	74,79
		Primaire	12,66
		Secondaire & +	10,72
	Sexe du chef du ménage	Masculin	80,26
		Féminin	19,74

Suite tableau 1.1.2

	Répartition nombre total d'enfants enquêté (nation) :	%	Population d'enfants selon:
Quintiles de bien-être économique	Q1 (plus pauvre)		22,19
	Q2		21,83
	Q3		20,43
	Q4		18,79
	Q5 (plus riche)		16,76
	Aucun adulte (18-54 ans) ne travaille		0,64
	Au moins un enfant de moins de 15 ans travaille		47,41
Maladies et infirmités dans le ménage	Adulte(s) ayant une maladie chronique		16
Vulnérabilité	Enfant orphelin dans le ménage		22,95
	Ratio de dépendance élevé (<i>4 enfants & + par adulte</i>)		2,59
	Personne âgée (<i>70 ans & +</i>) dans le ménage		28,66
	Enfants de 0-5 dont la naissance n'a pas été enregistrée		39,8

Suite tableau 1.1.2

Population d'enfants selon:		Répartition nombre total d'enfants enquête (nation) :	%
	Indicateurs démographiques sur la nutrition, la santé, et la protection parmi les garçons	Total des garçons âgés de 0-4 ans	
		Souffrant de malnutrition (insuffisance pondérale, retard de croissance, émaciation), voir indicateurs MICS 6,7,8	9,79
		Avec une diarrhée lors de la période de l'enquête	20,63
		Avec de la fièvre lors de la période de l'enquête	26,42
	Indicateurs démographiques sur la nutrition, la santé, et la protection parmi les filles	Total des filles âgés de 0-4 ans	
		Souffrant de malnutrition (insuffisance pondérale, retard de croissance, émaciation), voir indicateurs MICS 6,7,8	9,88
		Avec une diarrhée lors de la période de l'enquête	18,15
		Avec fièvre lors de la période de l'enquête	25,03

Source : EDS

Tableau 1.1.3 Estimation du nombre d'enfants touchés par les privations ciblées dans les OMDs

Pays, enquête, année, catégorie	Nombre de									
	ménages comprenant des enfants ou des jeunes	filles ou femmes de cet âge	garçons ou hommes de cet âge	filles ou femmes de cet âge	garçons ou hommes de cet âge	filles de 0-17 ans	garçons de 0-17 ans	Nombre total de ménages	filles de 0-17 ans	garçons de 0-17 ans
	i.	ii.	iii.	iv.	v.	vi.	vii.	viii.	ix.	x.
	compris dans cette catégorie			non compris dans cette catégorie		dans ces ménages		dans l'échantillon ou estimation nationale		
A. Pauvreté au niveau de la nutrition										
1. Enfants de moins de cinq ans souffrant d'insuffisance pondérale (OMD 1, Indicateur 4)	402	226	210	1 014	1 127	1 184	1 232	6 671	16 476	16 461
B. Pauvreté au niveau d'éducation										
2. Étant inscrits à l'école primaire (OMD 2 et 3, Indicateurs 6 et 9)	4 387	2 114	2 099	1 291	1 335	11 248	11 685	6 671	16 476	16 461
3. Ayant achevé l'école primaire à l'âge approprié (OMD 2, Indicateur 7, variable de substitution)	x	X	x	X	x	x	x	6 671	16 476	16 461
4. Fréquentant l'école primaire ou secondaire à l'âge approprié (OMD 3, Indicateur 9)	x	X	x	X	x	x	x	6 671	16 476	16 461

Tableau 1.1.3 Estimation du nombre d'enfants touchés par les privations ciblées dans les OMDs (Suite)

Pays, enquête, année, catégorie	Nombre de									
	ménages comprenant des enfants ou des jeunes	filles ou femmes de cet âge	garçons ou hommes de cet âge	filles ou femmes de cet âge	garçons ou hommes de cet âge	filles de 0-17 ans	garçons de 0-17 ans	Nombre total de ménages	filles de 0-17 ans	garçons de 0-17 ans
	i.	ii.	iii.	iv.	v.	vi.	vii.	viii.	ix.	x.
	compris dans cette catégorie			non compris dans cette catégorie		dans ces ménages		dans l'échantillon ou estimation nationale		

C. Pauvreté au niveau de la santé										
5. Enfants décédés avant l'âge d'un an (OMD 4, Indicateur 12)	x	X	x	X	x	X	x	6 671	16 476	16 461
6. Enfants décédés entre un et cinq ans (OMD 4, Indicateur 13, variable de substitution)	x	x	x	X	x	x	x	6 671	16 476	16 461
7. Nombre d'enfants d'un an ayant été vaccinés contre la rougeole	470	240	258	78	95	1 457	1 514	6 671	16 476	16 461
8. Jeunes de 15-24 ans ayant une bonne connaissance du VIH/SIDA (OMD 7, Indicateur 30)	3 315	4 320	1 104	1 726	440	9 273	8 876	6 671	16 476	16 461
9. Ménages et/ou enfants ayant un accès durable à une source d'eau améliorée (OMD 7, Indicateur 30)	4 572	10 441	10 303	6 035	6 158	10 441	10 303	6 671	16 476	16 461

Tableau 1.1.3 Estimation du nombre d'enfants touchés par les privations ciblées dans les OMDs (Fin)

Pays, enquête, année, catégorie	Nombre de									
	ménages comprenant des enfants ou des jeunes	filles ou femmes de cet âge	garçons ou hommes de cet âge	filles ou femmes de cet âge	garçons ou hommes de cet âge	filles de 0-17 ans	garçons de 0-17 ans	Nombre total de ménages	filles de 0-17 ans	garçons de 0-17 ans
	i.	ii.	iii.	iv.	v.	vi.	vii.	viii.	ix.	x.
	compris dans cette catégorie			non compris dans cette catégorie		dans ces ménages		dans l'échantillon ou estimation nationale		
C. Pauvreté au niveau de la santé (suite)										
10. Ménages et/ou enfants ayant accès à un système d'assainissement amélioré (OMD 7, Indicateur 31)	5 497	12 585	12 433	3 891	4 028	12 585	12 433	6 671	16 476	16 461

Source : EDSIV

Tableau 1.1.4 Répartition par groupe d'âge de la population féminine dans les enquêtes de ménages

		%	%	%	%	%	%	%	%
		0-2	3-4	5-9	10-14	15-17	18-24	25-49	50+
Taille du ménage	< 3 membres	0,07	0,23	0,20	0,29	0,92	0,91	1,47	2,82
	3-4 membres	4,70	3,68	3,20	3,47	5,11	5,77	6,17	6,52
	5-6 membres	10,65	12,63	11,42	11,13	9,64	10,19	12,39	12,74
	7+	84,58	83,46	85,18	85,11	84,32	83,13	79,97	77,92
Total		100	100	100	100	100	100	100	100
Niveau d'éducation	DK			0	0		0	0	0
	Sans éducation	100,00	100,00	57,38	36,16	47,57	55,23	66,76	91,85
	Primaire			40,19	59,67	31,50	29,17	20,39	3,98
	Secondaire			0,16	3,33	20,63	14,66	11,25	1,98
	Supérieur			0,08		0,10	0,86	1,29	0,38
Sexe du chef du ménage	Masculin	82,08	80,22	81,71	77,45	73,02	76,85	75,69	72,15
	Féminin	17,92	19,78	18,29	22,55	26,98	23,15	24,31	27,85
Quintile de bien être	Q1	23,84	24,50	23,62	19,90	16,75	16,79	17,67	20,55
	Q2	21,92	22,91	23,37	21,22	17,86	17,30	17,78	21,34
	Q3	20,78	20,66	20,68	20,26	20,61	18,96	19,22	21,32
	Q4	18,31	18,67	17,15	19,50	21,22	21,68	21,13	17,16
	Q5	15,15	13,26	15,18	19,12	23,56	25,28	24,19	19,62
Ethnie	Wolof	38,21	36,17	36,29	38,96	41,69	41,33	39,54	36,58
	Poular	26,29	26,94	27,33	24,72	25,26	25,79	24,63	22,70
	Serer	16,73	15,85	14,81	14,08	13,72	12,51	15,29	14,93
	Mandingue	4,18	6,03	5,01	4,38	4,84	5,03	4,53	4,04
	Diola	3,77	4,32	3,88	4,51	3,94	4,31	5,09	4,34
	Soninké	2,74	2,61	3,20	2,81	3,60	2,53	3,46	3,27
	Etrangers	2,45	1,53	1,67	1,02	1,59	1,44	1,39	0,48
	Autres	3,93	3,39	4,28	4,76	4,11	5,79	4,26	3,77

Tableau 1.1.4 Répartition par groupe d'âge de la population féminine dans les enquêtes de ménages (Suite)									
		%	%	%	%	%	%	%	%
		0-2	3-4	5-9	10-14	15-17	18-24	25-49	50+
Religion	Animiste	0,13	0,06	0,08	0,10	0,07	0,04	0,06	0,05
	Chrétien	3,25	3,37	2,85	4,18	3,74	4,44	4,36	3,79
	Islam	94,79	93,16	93,30	90,84	94,94	94,22	93,59	86,20
	Athée	0,07	0,24	0,15	0,05			0,15	
adulte travaillant dans le ménage	Non	0,10	0,41	0,67	1,08	0,96			3,62
	Oui	99,90	99,59	99,33	98,92	99,04	100,00	100,00	96,38
Enfants travaillant dans le ménage	Non	46,13	47,85	49,77	46,90	51,59	49,62	49,66	47,68
	Oui	44,44	44,48	50,23	53,10	38,57	37,35	41,52	38,63
Adulte ayant une maladie chronique	Non	84,59	84,39	83,91	83,04	80,93	82,16	82,93	80,43
	Oui	14,92	15,08	15,59	16,27	18,61	17,25	16,75	17,50
Enfant vivant avec seul enfant	Non	98,35	97,86	97,45	97,27	95,52	99,65	98,05	98,62
	Oui	1,65	2,14	2,55	2,73	4,48	0,35	1,95	1,38
Enfant orphelins	Non	79,10	78,35	77,14	72,95	71,12	71,85	73,91	67,76
	Oui	20,54	21,31	22,42	25,52	22,99	21,94	21,19	23,11
Ratio de dépendance (4 enfants plus)	Non	98,39	97,97	97,71	97,66	97,10	99,81	98,73	99,69
	Oui	1,58	2,03	2,29	2,32	2,90	0,19	1,27	0,31
Personnes âgées de 70 ans et plus dans le ménage	Non	71,08	70,64	70,98	70,91	72,40	71,68	71,81	52,10
	Oui	28,92	29,36	29,02	29,09	27,60	28,32	28,19	47,90

Tableau 1.1.4 Répartition par groupe d'âge de la population féminine dans les enquêtes de ménages (fin)

		%	%	%	%	%	%	%	%
		0-2	3-4	5-9	10-14	15-17	18-24	25-49	50+
Région	Dakar	17,04	15,41	17,09	22,51	23,15	25,82	26,39	20,68
	Diourbel	12,16	12,59	11,23	10,82	11,61	10,47	10,72	11,40
	Fatick	6,62	6,52	5,94	6,16	4,66	4,56	5,06	6,55
	Kaolack	13,69	14,14	13,63	11,83	12,97	11,10	11,18	11,06
	Kolda	8,85	9,32	9,53	8,07	6,96	8,07	7,14	7,12
	Louga	7,29	6,63	7,29	7,01	6,54	5,97	6,45	6,75
	Tambacounda	3,69	4,77	4,25	3,79	4,25	3,75	3,62	4,22
	Matam	6,68	6,80	7,18	6,68	6,39	6,64	6,57	6,39
	Saint-Louis	6,74	7,25	6,98	6,54	5,34	6,06	5,98	6,13
	Thiès	13,93	12,89	13,11	12,61	13,93	13,76	13,28	14,67
	Ziguinchor	3,30	3,68	3,77	3,99	4,20	3,80	3,60	5,03
Milieu de résidence	Urbain	36,66	32,28	35,88	41,73	46,67	49,37	47,43	40,63
	Rural	63,34	67,72	64,12	58,27	53,33	50,63	52,57	59,37
National		100	100	100	100	100	100	100	100

Tableau 1.1.5 Répartition par groupe d'âge de la population masculine dans les enquêtes de ménages

		%	%	%	%	%	%	%	%
		0-2	3-4	5-9	10-14	15-17	18-24	25-49	50+
Taille du ménage	< 3 membres	0,13	0,33	0,28	0,08	0,72	2,50	6,56	4,59
	3-4 membres	4,02	3,34	2,92	2,75	4,12	4,65	8,76	6,05
	5-6 membres	9,06	9,63	10,13	9,16	8,45	8,82	12,07	13,15
	7+	86,78	86,70	86,67	88,01	86,71	84,02	72,62	76,20
Total		100	100	100	100	100	100	100	100
Niveau d'éducation le plus élevé	DK					0,05	0,14	0,59	0,59
	Sans éducation	100,00	100,00	59,07	34,02	35,59	41,69	52,41	77,37
	Primaire			38,49	61,95	39,71	29,56	24,02	9,86
	Secondaire			0,10	3,38	23,99	26,01	17,26	7,73
	Supérieur					0,06	2,06	4,82	3,11
Sexe du chef de ménage	Masculin	82,28	82,03	82,27	80,19	78,98	79,17	85,50	94,89
	Feminin	17,72	17,97	17,73	19,81	21,02	20,83	14,50	5,11
Quintile de bien être	Le plus pauvre Q1	22,43	24,35	24,29	21,62	19,14	13,93	16,27	22,62
	Deuxième Q2	22,41	22,36	23,22	21,79	18,79	15,92	15,56	23,52
	Troisième Q3	21,05	20,07	20,75	20,82	17,67	19,62	18,33	20,18
	Quatrième Q4	18,57	16,99	17,89	19,25	21,93	24,10	24,62	17,43
	Riches Q5	15,53	16,22	13,84	16,52	22,47	26,43	25,22	16,25

Tableau 1.1.5 Répartition par groupe d'âge de la population masculine dans les enquêtes de ménages (suite)

		%	%	%	%	%	%	%	%
		0-2	3-4	5-9	10-14	15-17	18-24	25-49	50+
Ethnie	Wolof	36,72	36,52	36,38	35,25	34,03	37,26	34,55	34,33
	Poullar	27,65	27,51	26,76	24,50	24,79	23,19	24,72	24,30
	Sérère	15,55	16,59	15,55	16,93	15,27	13,05	12,39	15,03
	Mandingue	5,13	4,44	4,89	4,59	4,78	5,01	4,62	4,18
	Diola	4,39	3,83	3,69	4,52	4,74	4,75	3,96	4,74
	Soninké	3,31	2,82	3,32	3,42	4,17	3,80	3,07	2,80
	Non Senegalais	1,44	1,24	1,20	1,22	1,95	1,35	1,88	1,05
	Autre	4,42	4,97	4,37	4,19	5,12	3,96	4,42	4,31
	Religion	Animiste	0,07	0,11	0,12	0,07	0,04	0,02	0,02
Chrétien		2,93	3,29	3,13	3,15	4,21	3,55	3,85	4,04
Islam		95,57	94,43	92,60	91,12	90,49	88,76	85,66	86,49
Athée				0,18	0,22	0,11	0,07	0,09	0,07
Adulte travaillant dans le ménage	Non	0,13	0,57	0,47	0,75	1,34			3,77
	Oui	99,87	99,43	99,53	99,25	98,66	100,00	100,00	96,23
Enfant travaillant dans le ménage	Non	48,02	48,27	49,69	49,57	47,79	46,52	45,00	45,56
	Oui	44,11	44,40	50,31	50,43	43,77	39,70	33,74	40,98
Adultes avec une maladie chronique	Non	85,67	83,99	82,93	83,26	81,63	81,68	83,55	82,01
	Oui	14,19	15,58	16,60	16,36	18,19	17,77	16,03	15,44
Un seul parent dans le ménage	Non	98,77	97,80	97,67	97,32	97,57	99,68	99,48	99,80
	Oui	1,23	2,20	2,33	2,68	2,43	0,32	0,52	0,20

Tableau 1.1.5 Répartition par groupe d'âge de la population masculine dans les enquêtes de ménages (Fin)

		%	%	%	%	%	%	%	%
		0-2	3-4	5-9	10-14	15-17	18-24	25-49	50+
Enfants orphelin dans le ménage	Non	79,56	78,51	76,80	72,16	69,43	65,67	66,31	73,49
	Oui	20,14	21,20	22,53	27,15	23,22	22,96	18,80	16,47
Ratio de dépendance (4 enfants et plus)	Non	98,41	97,74	96,67	95,42	97,82	99,92	99,68	99,68
	Oui	1,59	2,26	3,31	4,58	1,95	0,08	0,32	0,32
Personnes âgées de 70 et plus dans le ménage	Non	71,61	70,18	71,84	72,17	71,01	73,19	74,56	60,39
	Oui	28,39	29,82	28,16	27,83	28,99	26,81	25,44	39,61
Régions	Dakar	17,58	17,98	15,76	19,41	23,50	31,05	33,52	21,33
	Diourbel	12,38	10,69	10,71	10,09	8,71	8,66	7,60	9,30
	Fatick	5,71	5,99	6,49	6,87	7,00	5,21	4,45	6,90
	Kaolack	12,44	13,35	13,09	11,37	10,98	9,18	10,19	11,29
	Kolda	8,94	9,22	9,24	8,95	8,76	7,87	7,62	8,53
	Louga	6,69	6,17	7,40	6,29	5,50	5,09	4,45	6,95
	Tambacounda	4,44	4,61	4,19	3,87	3,57	2,70	2,86	3,69
	Matam	6,75	6,50	6,79	6,91	6,21	5,74	6,26	6,53
	Saint-Louis	7,43	7,31	7,64	6,92	6,74	5,84	6,52	6,76
	Thiès	14,03	14,48	14,37	14,86	14,55	13,46	12,51	13,55
	Ziguinchor	3,60	3,70	4,31	4,46	4,49	5,19	4,01	5,18
Milieu de résidence	Urbain	36,54	35,61	34,89	39,89	48,42	56,81	54,65	39,64
	Rural	63,46	64,39	65,11	60,11	51,58	43,19	45,35	60,36
National		100	100	100	100	100	100	100	100

Tableau 2.1.4 : Multiples privations comme indication de la pauvreté des enfants

	Nombre d'enfants du groupe d'âge pertinent (estimé en milliers)	Dont ceux éprouvant des privations 'sévères' (en %)	Dont ceux éprouvant des privations modérées (en %)
a) Incidence (prévalence) de privations			
1. Logement	32 945	43	50
2. Assainissement	32 945	24	24
3. Eau	32 945	11	37
4. Information	32 945	2	2
5. Nutrition	8 851	7	25
6. Éducation	18 532	39	47
7. Santé	8 851	21	36
Total	32 945		
b) Privations les plus fréquentes et leur combinaison			
La plus fréquente de toutes les privations*	Logement	43	
Les deux privations les plus fréquentes combinés*	Logement/Éducation	20	
Deuxième niveau de fréquence des privations combinées*	Logement/Assainissement	18	
Troisième niveau de fréquence des privations combinées*			
Cas le plus fréquent lié à la nutrition*	Logement	4	
Cas le plus fréquent lié à l'éducation*	Logement	20	
Cas le plus fréquent lié à la santé*	Logement	11	
c) Incidence de privations multiples			
Aucune privation		38	25
Une privation		31	29
Deux privations		19	24
Trois privations		9	16
Quatre privations		3	6
Cinq privations		0	0
Six privations		0	0
Sept privations		0	0

Sources : Estimations de Bristol University sur la base des données de l'EDS IV – 2005

Tableau 2.1.5 : Changements dans les taux de privations sévères parmi les enfants pendant la dernière décennie

Pays	2005 ou l'année la plus récente depuis 2000* ¹⁴		Dernières données disponibles entre 1990 et 1995*	
	Nombre d'enfants de la tranche d'âges pertinente (en milliers)	Pourcentage qui subissent des privations sévères	Nombre d'enfants de la tranche d'âges pertinente (en milliers)	Pourcentage qui subissent des privations sévères
1. Logement	32 945	43		46
2. Assainissement	32 945	24		33
3. Eau	32 945	11		23
4. Information	32 945	2		22
5. Nutrition	8 851	7		..
6. Éducation	18 532	39		..
7. Santé	8 851	21		..
Total	32 945			
Deux privations sévères		31		39

Tableau 2.1.6 : Déterminants des privations sévères parmi les enfants en 2005

Pays	Au moins une privation sévère	Au moins deux privations sévères
Total	62	31
Dimension individuelle		
Sexe et âge		
Masculin		
0-2 ans	62	30
3-4 ans	58	28
5-9 ans	64	33
10-14 ans	64	33
15-17 ans	59	29
Féminin		
0-2 ans	62	31
3-4 ans	60	28
5-9 ans	64	32
10-14 ans	62	32
15-17 ans	63	31

¹⁴ (*) : Données tirées de **Gordon et al (2003)** – “*Child Poverty in the Developing World*”, Bristol: Policy Press

**Tableau 2.1.6 : Déterminants des privations sévères
 parmi les enfants en 2005 (Suite)**

Pays	Au moins une privation sévère	Au moins deux privations sévères
Dimension ménages		
Taille de ménage		
< 3 membres	58	27
3-4 membres	53	29
5-6 membres	66	37
7 membres & +	62	31
Niveau d'instruction du chef du ménage		
Aucune	70	38
Primaire	49	17
Secondaire & +	27	5
Sexe du chef du ménage		
Masculin	66	34
Féminin	48	20
Quintiles de bien-être économique		
Q1 (le plus pauvre)	96	71
Q2	84	46
Q3	59	20
Q4	38	5
Q5	20	1

Sources : Estimations de Bristol University sur la base des données de l'EDS IV
 - 2005

Tableau 2.1.7 : Probabilités que les enfants soient victimes ou non de privations (en 2005)

	Ne subit aucune privation	Subit au moins deux privation sévère
Dimension individuelle		
Sexe et âge		
Masculin, 0-2 ans	1,44	0,96
Masculin, 3-4 ans	1,29	0,86
Masculin, 5-9	1,45	1,11
Masculin, 10-14 ans	1,35	1,12
Masculin, 15-17 ans	1,27	0,94
Féminin, 0-2 ans	1,38	1,04
Féminin, 3-4 ans	1,30	0,90
Féminin, 5-9	1,48	1,06
Féminin, 10-14 ans	1,55	1,08
Féminin, 15-17 ans (Réf.)	1,00	1,00
Dimension ménage		
Taille du ménage		
Moins de 3 personnes (Réf.)	1,00	1,00
3-4 membres	0,78	1,11
5-6 membres	0,75	1,57
7 membres et plus	0,68	1,21
Niveau d'éducation du chef de ménage		
Aucune	0,19	12,53
Primaire	0,41	4,35
Secondaire (Réf.)	1,00	1,00
Sexe du chef de ménage		
Masculin (Réf.)	1,00	1,00
Féminin	2,33	0,49
Quintile de bien être		
Q1 (le plus pauvre)	0,00	217,43
Q2	0,03	74,24
Q3	0,16	22,15
Q4	0,41	4,72
Q5 (Réf.)	1,00	1,00
Ethnie		
Wolof (Réf.)	1,00	1,00
Poullar	0,53	1,96
Serer	0,48	3,24
Mandingue	0,44	1,12
Diola	0,63	0,73
Soninké	1,40	0,46
Non Sénégalais	0,39	0,91
Autre	0,69	1,09
Religion		
Chrétienne (Réf.)	1,00	1,00
Animiste	0,00	5,31
Musulmane	0,65	1,30
Sans religion	0,22	26,30

Tableau 2.1.7 : Probabilités que les enfants soient victimes ou non de privations en 2005 (Fin)

	Ne subit aucune privation	Subit au moins deux privation sévère
Travail (parmi les ménages ayant des enfants)		
Les deux parents travaillent	-	-
Aucun des 2 parents ne travaille	-	-
Aucun adulte (18-54 ans) ne travaille	0,52	2,61
Au moins un enfant de moins de 15 ans travaille	0,53	1,69
Maladie et infirmité dans le ménage		
Adulte avec une maladie chronique	0,98	0,83
Enfant(s) avec une infirmité	-	-
Vulnérabilité de la famille (les catégories ne sont pas mutuellement exclusives)		
Parent unique (famille monoparentale)	1,02	1,17
Enfant orphelin dans le ménage	1,01	0,99
Ratio de dépendance élevé (4 enfants et plus par adulte)	0,54	2,30
Personnes âgées (70 ans et plus) dans le ménage	1,03	0,95
Dimension géographique		
Région		
Dakar (Réf.)	1,00	1,00
Diourbel	0,22	10,85
Fatick	0,10	17,21
Kaolack	0,17	14,50
Kolda	0,05	7,24
Louga	0,32	8,92
Tambacounda	0,16	11,82
Matam	0,36	6,31
Saint-Louis	0,13	12,62
Thiès	0,40	5,69
Ziguinchor	0,13	3,63
Milieu de résidence		
Urbain (Réf.)	1,00	1,00
Rural	0,14	10,08

Source : Estimations de Bristol University sur la base des données de l'EDS IV – 2005

Tableau 2.1.8 : Prévalence de sept privations sévères selon la région et le milieu de résidence en 2005

<i>Régions</i>	Logement %	Assainissement %	Eau %	Informati on %	Nutrition %	Éducation %	Santé %
Dakar	19	2	2	1	4	18	22
Diourbel	42	33	16	1	8	66	20
Fatick	55	54	19	4	3	37	16
Kaolack	60	35	13	1	5	53	28
Kolda	72	12	6	4	13	32	18
Louga	32	36	19	0	9	55	18
Tambacounda	49	29	20	3	11	51	27
Matam	35	18	20	2	7	39	21
Saint-Louis	59	31	16	3	13	41	25
Thiès	29	26	9	1	2	37	16
Ziguinchor	60	12	4	6	5	8	14
Milieu de Résidence							
Urbain	20	4	2	1	4	21	19
Rural	57	36	17	3	8	51	22
Sénégal	43	24	11	2	7	39	21

Source : Estimations de Bristol University sur la base des données de l'EDS IV - 2005

Tableau 2.1.9 : Corrélations entre différents indicateurs de la pauvreté et des inégalités chez les enfants

	Quintile de bien-être économique "le plus pauvre" (Q1)	Au moins deux privations	Quatre premières privations (Logement, Assainissement, Eau, Information)	Trois dernières privations (Nutrition, Éducation, Santé)	Logement	Assainissement	Eau	Information	Nutrition	Éducation	Santé
Quintile de bien-être économique "le plus pauvre" (Q1)	1,00	0,46	0,45	0,12	0,47	0,44	0,21	0,02	0,04	0,11	0,02
Au moins deux privations	0,46	1,00	0,64	0,43	0,61	0,67	0,40	0,18	0,08	0,36	0,16
Quatre premières privations	0,45	0,64	1,00	0,13	0,83	0,54	0,34	0,14	0,03	0,12	0,04
Trois dernières privations	0,12	0,43	0,13	1,00	0,11	0,12	0,08	0,02	0,12	0,85	0,39
Logement	0,47	0,61	0,83	0,11	1,00	0,36	0,16	0,10	0,03	0,09	0,05
Assainissement	0,44	0,67	0,54	0,12	0,36	1,00	0,27	0,08	0,02	0,11	0,04
Eau	0,21	0,40	0,34	0,08	0,16	0,27	1,00	0,01	0,03	0,07	0,02
Information	0,02	0,18	0,14	0,02	0,10	0,08	0,01	1,00	0,00	0,03	-0,03
Nourriture	0,04	0,08	0,03	0,12	0,03	0,02	0,03	0,00	1,00	-0,04	0,07
Éducation	0,11	0,36	0,12	0,85	0,09	0,11	0,07	0,03	-0,04	1,00	-0,13
Santé	0,02	0,16	0,04	0,39	0,05	0,04	0,02	-0,03	0,07	-0,13	1,00

Source : Estimations de Bristol University sur la base des données de l'EDS IV - 2005

Tableau 2.2.2 : Taux de mortalité infantile et des enfants de moins de cinq ans selon certains déterminants sociodémographiques

		Nombre de naissance	Nombre décès	Taux de mortalité
Dimension ménage				
Taille du ménage	< 3 membres	319	88	276
	3-4 membres	1 745	351	201
	5-6 membres	4 303	717	167
	7+	31 408	4 496	143
Niveau d'éducation du chef de ménage	Aucun	28 732	4 809	167
	Primaire	6 684	689	103
	Secondaire	2 209	147	66
	Supérieur	149	8	52
Sexe du chef de ménage	Masculin	30 360	4 636	153
	Féminin	7 414	1 017	137
Quintile de bien être	Q1 (le plus pauvre)	8 567	1 703	199
	Q2	8 379	1 503	179
	Q3	7 809	1 247	160
	Q4	7 260	766	105
	Q5 (le plus riche)	5 758	435	75
Ethnie	Wolof	14 395	1 955	136
	Poular	10 214	1 583	155
	Serer	6 228	979	157
	Mandingue	1 985	404	204
	Diola	1 594	227	143
	Soninké	1 102	118	107
	Non Sénégalais	602	121	201
	Autres	1 647	263	160
Religion	Animiste	24	3	131
	Chrétienne	1 279	174	136
	Musulmane	36 432	5 468	150
Travail des enfants	Non	17 972	2 463	137
	Oui	17 904	2 835	158
Adulte avec une maladie chronique	Non	31 390	4 625	147
	Oui	6 256	1 000	160
Parent unique (famille monoparentale)	Non	36 883	5 506	149
	Oui	891	147	165
Orphelin	Non	29 298	4 193	143
	Oui	7 770	1 291	166
Ratio de dépendance élevé (plus de 4 enfants par adulte)	Non	37 073	5 553	150
	Oui	701	99	141
Personnes âgées (70 ans et plus dans le ménage)	Non	27 760	4 257	153
	Oui	10 014	1 396	139

Tableau 2.2.2 : Taux de mortalité infantile et des enfants de moins de cinq ans selon certains déterminants sociodémographiques (Fin)

		Nombre de naissance	Nombre décès	Taux de mortalité
Dimension géographique				
Région	Dakar	7 437	703	95
	Diourbel	4 369	815	186
	Fatick	2 379	418	176
	Kaolack	4 831	835	173
	Kolda	3 420	749	219
	Louga	2 462	298	121
	Tambacounda	1 400	176	126
	Matam	2 479	308	124
	Saint-Louis	2 783	556	200
	Thiès	4 842	568	117
	Ziguinchor	1 372	228	166
Milieu de résidence	Urbain	14 436	1 551	107
	Rural	23 337	4 101	176

Source : Estimations de Bristol University sur la base des données de l'EDS IV - 2005

Tableau 3.1.1 Déterminants de la malnutrition des enfants (dimensions individuelle, ménage, géographique en 2005 ou l'année la plus récente)

Sénégal	Retard de croissance	Émaciation	Insuffisance pondérale
Total incidence /prévalence			
Dimension individuelle			
Sexe et âge			
Masculin	16,5	8,4	3
Dimension ménages			
Taille de ménage			
Niveau d'instruction du chef du ménage			
Aucune	20,6	8,8	18,1
Primaire	9,5	5,7	10,6
Secondaire & +	6	3,8	5,4
Sexe du chef du ménage			
Masculin			
Féminin			
Quintiles de bien-être économique			
Q1 (le plus pauvre)	5,3	8,8	26,3
Q2	4	8,8	19,1
Q3	1,8	8,2	16,3
Q4	0,7	4,9	8,6
Q5	1,7	6,5	6,1

Tableau 3.1.1 Déterminants de la malnutrition des enfants (dimensions individuelle, ménage, géographique en 2005 ou l'année la plus récente (Fin)

Sénégal	Retard de croissance	Émaciation	Insuffisance pondérale
Ethnie/langue/religion			
Travail (catégories peuvent se chevaucher)			
Dimension géographique			
Région			
Dakar	1,5	5,3	6,8
Diourbel	2,4	9	16,4
Fatick	0,4	7,1	12,8
Kaolack	1,7	5,8	13,9
Kolda	7,3	8,4	35,8
Louga	5,8	12,2	18
Matam	5,8	10,9	22,5
Saint-Louis	3,1	11,9	22,9
Tambacounda	5,7	9,2	25,5
Thiès	1,3	6,2	8,5
Ziguinchor	1,5	3,9	14,3
Milieu de résidence			
Urbain	1,6	5,7	8,5
Rural	3,7	8,7	20,6

Tableau 3.2.2 Santé des adolescents et soins selon certains déterminants (Dimensions individuelle, ménage, géographique en 2005 ou l'année la plus récente)

Pays	Bonne connaissance des moyens de prévention VIH parmi les jeunes (Indicateur MICS 82)		Couverture <i>counselling</i> sur la prévention de la transmission de mère à l'enfant de VIH (Indicateur MICS 90)	
	Nombre absolu de cas enquêtés	% personnes âgées de 15-24 ans	Nombre absolu de cas enquêtés	Par 1000 femmes âgées de 15-49 ans qui ont donné naissance lors des deux ans avant l'enquête
Total incidence	12511	12		4277
Dimension individuelle				
Sexe et âge				
Masculin	5744	6		4276
Féminin	6767	16		
Dimension ménages				
Taille de ménage				

Tableau 3.2.2 Santé des adolescents et soins selon certains déterminants : Dimensions individuelle, ménage, géographique en 2005 ou l'année la plus récente (Suite)

Pays	Bonne connaissance des moyens de prévention VIH parmi les jeunes (Indicateur MICS 82)		Couverture <i>counselling</i> sur la prévention de la transmission de mère à l'enfant de VIH (Indicateur MICS 90)	
	Nombre absolu de cas enquêtés	% personnes âgées de 15-24 ans	Nombre absolu de cas enquêtés	Par 1000 femmes âgées de 15-49 ans qui ont donné naissance lors des deux ans avant l'enquête
Niveau d'instruction du chef du ménage				
Aucune	9	8 761		3238
Primaire	12	1 736		551
Secondaire & +	22	1 787		410
Sexe du chef du ménage	10	9 655		3537
	16	2 857		740
Quintiles de bien-être économique				
Q1 (le plus pauvre)	4	2 047		1033
Q2	6	2 160		949
Q3	10	2 407		919
Q4	13	2 794		715
Q5	20	3 104		631
Ethnie/langue /religion				
Travail (catégories peuvent se chevaucher)				
Accès à la terre (en milieu rural)				
Maladie et infirmité dans le ménage				

Tableau 3.2.2 Santé des adolescents et soins selon certains déterminants : Dimensions individuelle, ménage, géographique en 2005 ou l'année la plus récente (Fin)

Pays	Bonne connaissance des moyens de prévention VIH parmi les jeunes (Indicateur MICS 82)		Couverture <i>counselling</i> sur la prévention de la transmission de mère à l'enfant de VIH (Indicateur MICS 90)	
	Nombre absolu de cas enquêtés	% personnes âgées de 15-24 ans	Nombre absolu de cas enquêtés	Par 1000 femmes âgées de 15-49 ans qui ont donné naissance lors des deux ans avant l'enquête

Dimension géographique				
Région				
Dakar	17	3 307		743
Diourbel	9	1 234		523
Fatick	11	648		272
Kaolack	9	1 361		573
Kolda	6	991		411
Louga	9	719		282
Matam	5	439		168
Saint louis	10	783		288
Tambacounda	5	748		301
Thiès	13	1 732		580
Ziguinchor	14	550		137
Milieu de résidence				
Urbain	17	6 362		1 541
Rural	6	6 150		2 736

Tableau 3.3.1 Enregistrement de naissances selon certains déterminants (dimensions individuelle, ménage, géographique en 2005 ou l'année la plus récente)

Pays	% d'enfants dont la naissance n'a pas été enregistrée	Nombre d'enfants âgés de 0-59 mois
Total incidence/prévalence		
Dimension individuelle		
Sexe et âge		
Masculin		
Groupe1 (0-3 mois)	55	118
Groupe 2 (4 à 6 mois)	47	114
Groupe 3 (7 à 12 mois)	42	156
Groupe 4 (13 à 23 mois)	34	316
Groupe 5 (24 à 35 mois)	33	289
Groupe 6 (36 mois et plus)	38	533
Féminin		
Groupe1 (0-3 mois)	49	139
Groupe 2 (4 à 6 mois)	47	108
Groupe 3 (7 à 12 mois)	41	109
Groupe 4 (13 à 23 mois)	38	290
Groupe 5 (24 à 35 mois)	43	260
Groupe 6 (36 mois et plus)	39	513
Dimension ménages		
Taille de ménage		
< 3 membres		5
3-4 membres	34	112
5-6 membres	38	361
7 membres & +	40	2467
Niveau d'instruction du chef du ménage		
Aucune	48	2215
Primaire	25	369
Secondaire & +	8	344
Sexe du chef du ménage		
Masculin	42	2410
Féminin	32	536

Tableau 3.3.1 Enregistrement de naissances selon certains déterminants : dimensions individuelle, ménage, géographique en 2005 ou l'année la plus récente (Suite)

Pays	% d'enfants dont la naissance n'a pas été enregistrée	Nombre d'enfants âgés de 0-59 mois
Quintiles de bien-être économique		
Q1 (le plus pauvre)	65	722
Q2	56	627
Q3	35	594
Q4	19	497
Q5	10	505
Ethnie/langue/religion		
Wolof	36	1157
Poular	53	791
Serer	36	455
Mandingue	38	211
Diola	28	115
Soninké	19	89
Not Senegalese	18	33
Other	36	96
Dimension géographique		
Région		
Dakar	9	477
Ziguinchor	57	350
Diourbel	43	161
Saint louis	52	362
Tambacounda	57	280
Kaolack	51	205
Thiès	45	131
Louga	45	198
Fatick	58	218
Kolda	24	455
Milieu de résidence		
Urbain	16	1041
Rural	53	1904
National	40	2945

Sources EDSIV

Tableau 3.3.2 Orphelins et autres enfants vulnérables selon certains déterminants (dimensions individuelle, ménage, géographique en 2005 ou l'année la plus récente)

Pays	Orphelins et enfants vulnérables (en %)	dont un ou les deux parents sont morts (orphelins) en %	Nombre d'enfants âgés 0-17 ans
Total incidence/prévalence			
Dimension individuelle			
Sexe et âge			
Masculin			
0-2 ans	2	100	3383
3-4 ans	4	100	2020
5-9 ans	7	100	4718
10-14 ans	13	100	4198
15-17	3		2142
Féminin			
0-2 ans	2	100	3166
3-4 ans	4	100	1981
5-9 ans	7	100	4697
10-14 ans	12	100	4296
15-17	3		2337
Dimension ménages			
Taille de ménage			
< 3 membres	8	94	94
3-4 membres	9	95	1186
5-6 membres	6	97	3371
7 membres & +	7	94	28287
Niveau d'instruction du chef du ménage			
Aucune	7	94	24645
Primaire	6	97	4211
Secondaire & +	5	91	3531
Sexe du chef du ménage			
Masculin	5	95	26439
Féminin	12	94	6498
Quintiles de bien-être économique			
Q1 (le plus pauvre)	6	95	7311
Q2	6	95	7197
Q3	7	95	6740
Q4	7	97	6182
Q5	6	89	5508

Tableau 3.3.2 Orphelins et autres enfants vulnérables selon certains déterminants :dimensions individuelle, ménage, géographique en 2005 ou l'année la plus récente (suite)

Pays	Orphelins et enfants vulnérables (en %)	dont un ou les deux parents sont morts (orphelins) en %	Nombre d'enfants âgés 0-17 ans
Ethnie/langue/religion			
Wolof	7	96	12183
Poular	7	93	8615
Serer	7	92	5098
Mandingue	6	96	1577
Diola	6	91	1365
Soninké	9	98	1052
Etrangers	2	96	491
Autres	6	95	1435
Dimension géographique			
Région			
Dakar	8	90	6175
Diourbel	6	97	3649
Fatick	7	95	2050
Kaolack	7	93	4186
Kolda	7	96	2910
Louga	4	98	2240
Matam	6	96	1353
Saint louis	5	98	2223
Tambacounda	7	97	2286
Thiès	6	95	4560
Ziguinchor	6	98	1307
Milieu de résidence			
Urbain	7	93	12682
Rural	6	96	20256
National	7	94	32938

Tableau 3.3.3 Travail des enfants selon certains déterminants (dimensions individuelle, ménage, géographique en 2005 ou l'année la plus récente)

Pays	Total travail des enfants (Indicateur MICS 71, enfants de 5-14 ans) en %	dont travail rémunéré hors du ménage en %	Nombre d'enfants 5-14 ans
Total incidence/prévalence			
Dimension individuelle			
Sexe et âge			
Masculin			
5-11 ans	25	1	6406
12-14 ans	23	3	2510

Tableau 3.3.3 Travail des enfants selon certains déterminants : dimensions individuelle, ménage, géographique en 2005 ou l'année la plus récente (Suite)

Pays	Total travail des enfants (Indicateur MICS 71, enfants de 5-14 ans) en %	dont travail rémunéré hors du ménage en %	Nombre d'enfants 5-14 ans
Féminin			
5-11 ans	28	1	6353
12-14 ans	37	4	2639
Dimension ménages			
Taille de ménage			
< 3 membres	25	2	39
3-4 membres	27	2	553
5-6 membres	27	2	1876
7 membres & +	28	2	15442
Niveau d'instruction du chef du ménage			
Aucune	29	2	13368
Primaire	28	1	2342
Secondaire & +	19	2	1900
Sexe du chef du ménage			
Masculin	29	2	14414
Féminin	24	2	3496
Quintiles de bien-être économique			
Q1 (le plus pauvre)	36	1	4019
Q2	30	2	4020
Q3	28	2	3695
Q4	24	2	3296
Q5	17	2	2881
Ethnie/langue/religion			
Wolof	24	2	6574
Poullar	35	2	4637
Serer	25	1	2745
Mandingue	32	2	846
Diola	28	3	740
Soninké	25	0	571
Etrangers	21	0	230
Autres	24	3	787

Tableau 3.3.3 Travail des enfants selon certains déterminants : dimensions individuelle, ménage, géographique en 2005 ou l'année la plus récente (Fin)

Pays	Total travail des enfants (Indicateur MICS 71, enfants de 5-14 ans) en %	dont travail rémunéré hors du ménage en %	Nombre d'enfants 5-14 ans
Dimension géographique			
Région			
Dakar	21	2	3328
Diourbel	24	1	1921
Fatick	30	1	1138
Kaolack	25	2	2244
Kolda	40	2	1606
Louga	36	2	1256
Tambacounda	28	2	723
Matam	36	2	1234
Saint-Louis	34	1	1260
Thiès	22	2	2460
Ziguinchor	28	3	739
Milieu de résidence			
Urbain	23	2	1075447
Rural	31	1	1782368
National	28	2	17909

Tableau 3.3.4 Le mariage précoce selon certains déterminants (dimension individuelle, ménage, géographique en 2005 ou l'année la plus récente)

Pays	ù de femmes de 15-49 ans mariées avant l'âge de 15 ans	ù de femmes de 15-49 ans mariées avant l'âge de 18 ans	Nombre de femmes âgées de 15-49 ans
Total incidence/prévalence			
Dimension individuelle			
Age			
15-19	9	15	3721
20-24	8	26	3047
25-29	12	26	2461
30-34	14	29	2036
35-39	14	29	1734
40-44	15	34	1339
45-49	14	35	1098

Tableau 3.3.4 Le mariage précoce selon certains déterminants : dimension individuelle, ménage, géographique en 2005 ou l'année la plus récente (suite)

Pays	ù de femmes de 15-49 ans mariées avant l'âge de 15 ans	ù de femmes de 15-49 ans mariées avant l'âge de 18 ans	Nombre de femmes âgées de 15-49 ans
Dimension ménages			
Taille de ménage			
< 3 membres	19	21	190
3-4 membres	10	24	910
5-6 membres	13	25	1750
7 membres & +	11	26	12585
Niveau d'instruction du chef du ménage			
Aucune	14	28	10875
Primaire	9	22	2061
Secondaire & +	4	16	2180
Sexe du chef du ménage			
Masculin	13	27	11671
Féminin	8	20	3763
Quintiles de bien-être économique			
Q1 (le plus pauvre)	20	35	2667
Q2	16	35	2725
Q3	13	29	2987
Q4	8	20	3288
Q5	4	14	3767
Ethnie/langue/religion			
Wolof	9	23	6233
Poullar	19	32	3867
Serer	8	23	2200
Mandingue	11	29	729
Diola	5	23	725
Soninké	12	23	496
Etrangers	20	37	222
Autres	11	24	722

Tableau 3.3.4 Le mariage précoce selon certains déterminants : dimension individuelle, ménage, géographique en 2005 ou l'année la plus récente (Fin)

Pays	ù de femmes de 15-49 ans mariées avant l'âge de 15 ans	ù de femmes de 15-49 ans mariées avant l'âge de 18 ans	Nombre de femmes âgées de 15-49 ans
Dimension géographique			
Région			
Dakar	6	14	3972
Diourbel	12	27	1664
Fatick	13	28	750
Kaolack	18	27	1764
Kolda	19	39	1139
Louga	12	34	977
Tambacounda	18	32	579
Matam	11	27	1013
Saint-Louis	22	39	912
Thiès	7	22	2086
Ziguinchor	10	28	578
Milieu de résidence			
Urbain	7	17	7389
Rural	16	33	8045
National	11	25	15435

Tableau 3.4.1 Fréquentation scolaire primaire selon certains déterminants (dimensions individuelle, ménage, géographique en 2005 ou l'année la plus récente)

Sénégal	Taux net de fréquentation de l'école primaire
	(Indicateur MICS No. 55)
Total	
Dimension individuelle	
âge	
7	48
8	58
9	64
10	62
11	65
12	58
Total	58
Sexe du répondant	
Masculin	58
Féminin	59

Tableau 3.4.1 Fréquentation scolaire primaire selon certains déterminants : dimensions individuelle, ménage, géographique en 2005 ou l'année la plus récente (Fin)

Dimension ménages	
Taille de ménage	
< 3 membres	54
3-4 membres	59
5-6 membres	60
7 membres & +	58
Niveau d'instruction du chef du ménage	
Aucune	50
Primaire	77
Secondaire & +	89
Sexe du chef du ménage	
Masculin	56
Féminin	67
Quintiles de bien-être économique	
Q1 (le plus pauvre)	42
Q2	51
Q3	57
Q4	70
Q5	81
Ethnie/langue/religion	
Wolof	51
Poular	56
Serer	63
Mandingue	69
Diola	89
Soninké	69
Etrangers	51
Autres	79
Dimension géographique	
Région	
Dakar	81
Diourbel	29
Fatick	61
Kaolack	45
Kolda	67
Louga	43
Matam	50
Saint louis	60
Tambacounda	54
Thiès	59
Ziguinchor	91
Milieu de résidence	
Urbain	77
Rural	47

Tableau 3.4.1 Fréquentation scolaire primaire selon certains déterminants (dimensions individuelle, ménage, géographique en 2005 ou l'année la plus récente)

Pays	Taux net de fréquentation de l'école primaire (Indicateur MICS No. 55)
Total	
Dimension individuelle	
Sexe et âge	
Masculin	83,9
Féminin	79,9
Dimension ménages	
Taille de ménage	
Niveau d'instruction du chef du ménage	
Sexe du chef du ménage	
Masculin	
Féminin	
Quintiles de bien-être économique	
Q1 (le plus pauvre)	61,8
Q2	76,1
Q3	79,9
Q4	93,4
Q5	108,7
Ethnie/langue/religion	
Travail (catégories peuvent se chevaucher)	
Accès à la terre (en milieu rural)	
Maladie et infirmité dans le ménage	
Vulnérabilité de la famille (catégories peuvent se chevaucher)	
Dimension géographique	
Région	
Dakar	105,4
Diourbel	41,8
Fatick	93,1
Kaolack	63,7
Kolda	100,5
Louga	56,9
Matam	67,5
Saint louis	82,9
Tambacounda	77,9
Thiès	80
Ziguinchor	147,6
Milieu de résidence	
Urbain	103
Rural	69,3

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Ministère de l'Economie et des Finances (2007), « Enquête de Suivi de la Pauvreté au Sénégal ESPS 2005-2006 ».

Ministère de l'Economie et des Finances (2005), « La pauvreté au Sénégal : de la dévaluation de 1994 à 2001-02 ».

Ministère de l'Economie et des Finances (2005), « Situation Economique et Social ».

Ministère de l'Economie et des Finances (2004), « Rapport de Synthèse de la deuxième Enquête Sénégalaise Auprès des Ménages ESAM II ».

Ministère de l'Economie et des Finances (2006), « Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté 2006-2010 ».

Ministère de l'Economie et des Finances (2008), « Etat d'avancement de la mise en œuvre du DSRP II en 2007 ».

République du Sénégal, (2005) « Enquête Démographique et de Santé ».

Situation de la femme et de l'enfant. Unicef 2005. Amacodou Ndiaye, Amsatou Sow Sidibé et Tamsir Samb.

Agence Nationale de la Démographie et de la Statistique (2006), « Troisième Recensement Général de population et de l'Habitat ».

Agence Nationale de la Démographie et de la Statistique (2006), « Base de Données des Indicateurs sociaux, Edition 2005-2006».

Direction de la prévision et des études économiques « Situation Economique et Financière en 2007 et Perspectives en 2008. Publication semestrielle de la DPEE Déc.2007

Direction de la prévision et des études économiques « L'approche produit permet elle de comprendre la récente inflation au Sénégal ?» DPEE. Décembre 2007

DIAL (2007), « Programme de Lutte contre la Pauvreté et la stratégie de croissance au Sénégal. Les deux politiques se complètent elles ».

Ministère de l'Economie et des Finances (2007), « Etude des écarts de comptabilisation de l'aide publique au développement ». Amacodou Ndiaye. Financement Banque Mondiale

Banque Mondiale 2006 « Revue des dépenses publiques au Sénégal ».

Ministère de l'Economie et des Finances (2007), « Public Expenditure an Financial Accountability » ou cadre de mesure de la performance du système de gestion des finances publiques.

Ministère de la Santé et de la Prévention « Programme National pour la Survie de l'Enfant juillet 2007

Primaire Sénégal Programme de Renforcement de la Nutrition : Plan stratégique -Phase II. Mai 2006

Ministère de la Santé et de la Prévention « Plan Stratégique de Développement des Mutuelles de Santé au Sénégal. Cas PNDS MSP juillet 2004

Ministère de la Santé et de la Prévention couverture des indigents à travers les mutuelles de santé : cas du senegal. FPS/financement social/USAID O.Sow. septembre 2007

Paola Perezniето et Dr Abdou Salam Fall « Protection Sociale des Enfants en Afrique de l'ouest et du centre – étude de cas du Sénégal » pour les détails Overseas Development institute UK version novembre 2008

Analyse des relations entre le Ministère de l'Economie et des Finances et le Ministère de la Santé et la Prévention. Global Health Initiative Woodrow Wilson International Center for Scholars (GHI/WWICS. Etude réalisée par EMAP.Sarl et Groupe Issa. Février 2009