

République
du Sénégal

UNICEF
Sénégal

Préface

Table des matières



ANALYSE DE LA SITUATION DE L'ENFANT AU SENEGAL

Rapport provisoire
9 juillet 2010

1|Analyse de la Situation des Enfants et des Femmes du Sénégal 2010

2|Analyse de la Situation des Enfants et des Femmes du Sénégal 2010

Liste des acronymes

AEMO	Actions Éducatives en Milieu Ouvert
ANCS	Alliance Nationale Contre le Sida
ANCTP	Agence nationale de la Case des Tout Petits (l'ANCTP)
ANSD	Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie
APROFES	Association pour la Promotion de la Femme Sénégalaise
APVIH	Association des Personnes Vivant avec le VIH
ARV	Médicament Anti Rétroviral
ASBEF	Association Sénégalaise pour le Bien-être Familial
BFEM	Brevet de Fin d'Etude Moyen
CADBE	Charte Africaine sur les Droits et le Bien-être de l'enfant
CAP	Certificat d'Aptitude Pédagogique
CAPE	Cellule d'Appui à la Protection de l'Enfance
CCA	Centre Conseil pour Adolescent
CCC	Communication pour le Changement de Comportement
MT	Cadre de Dépenses Sectoriel à Moyen Terme
CDV	Centre de Dépistage Volontaire
CDVA	Centre de Dépistage Volontaire Anonyme
CEAP	Certificat Élémentaire d'Aptitude Pédagogique
CEDEAO	Communauté Economique des Etats de l'Afrique de l'Ouest
CEEAC	Communauté Economique des Etats de l'Afrique Central
CEM	Collège d'Enseignement Moyen
CFEE	Certificat de Fin d'Etude Élémentaire
CLM/PRN	Comité de Lutte contre la Malnutrition/Programme de Renforcement Nutritionnel
CLVF	Comité National de Lutte contre les Violences faites aux Femmes
CNLS	Comité National de Lutte contre le Sida
CONAFE	Coalition des ONG Africaines en Faveur des Enfants
COSAED	Collectif des Structures d'Appui aux Enfants en Difficulté
COSEPRAT	Comité Sénégalais de Lutte contre les Pratiques Traditionnelles,
CPN	Consultation Périnatale
CS	Centre de Santé
CTA	Centre de Traitement Ambulatoire
DALN	Direction de l'Alphabétisation et des Langues Nationales
DANSE	Division de l'Alimentation de la Nutrition et de la Survie de l'Enfant
DEPS	Direction de l'Éducation Préscolaire
DESPS	Direction de l'Éducation Surveillée et de la Protection Sociale
DLSI	Division de Lutte contre le Sida et les IST
DPVE	Direction du Projet des Volontaires de l'Éducation
DRH	Direction des Ressources Humaines
DSRP	Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté
DTP3	Diphthérie Tétanos, Poliomyélite 3
DTSS	Direction du Travail et de la Sécurité Sociale
ECOGEND	Ecole Nationale de Gendarmerie Nationale de Ouakam
EDS	Enquête Démographie et Santé
ENDEM	Enquête sur les Dépenses d'Éducation des Ménages
ENDSS	Ecole Nationale de Développement Social et Sanitaire
ENP	Ecole Nationale de Police
ENTES	Enquête Nationale sur le Travail des Enfants au Sénégal
ENTSS	Ecole Nationale des Travailleurs Sociaux Spécialisés
EPS	Etablissement Public de Santé
EPT	Éducation Pour Tous
ESAM	Enquête Sénégalaise Auprès des Ménages
Fast Track	Initiative de Mise en Œuvre Accélérée
GRAVE	Groupe de Recherche et d'Action
IA	Inspection d'Académie
ICP	Infirmier Chef de Poste
IDEN	Inspection Départementale de l'Enseignement

INEFJA	Institut National d'Éducation et de Formation des Jeunes Aveugles de Thiès
IRA	Infection Respiratoire Aiguë
ISAARV	Initiative Sénégalaise d'Accès aux ARV
MAC	Maison d'Arrêt et de Correction
MCD	Médecin Chef de District
MCR	Médecin Chef de Région
MEF	Ministère de l'Économie et des Finances
MFPTTEOP	Ministère de la Fonction Publique, du Travail, de l'Emploi et des Organisations Professionnelles
MGF	Mutilations Génitales Féminines
MICS	Enquête par Grappe à Indicateur Multiple
MII	Moustiquaire Imprégnée à l'Insecticide
MSP	Ministère de la Santé et de la Prévention
OCB	Organisation Communautaire de Base
OEV	Orphelin Enfant Vulnérable
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA	Organisation des Nations Unies pour le SIDA
PARRER	Partenariat pour le Retrait et la Réinsertion des Enfants de la Rue
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PDEF	Programme Décennal de l'Éducation et la Formation
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PLCPTE	Programme de Lutte contre les Pires Formes de Travail des Enfants
PNA	Pharmacie Nationale d'Approvisionnement
PNBG	Programme de Bonne Gouvernance
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire et social
PNLP	Programme National de Lutte contre le Paludisme
PNMLS	Programme National Multisectoriel de Lutte contre le Sida
PRA	Pharmacie Régionale d'Approvisionnement
PS	Poste de Santé
PTME	Prévention de la Transmission Mère-Enfant
PVVIH	Personne Vivant avec le VIH
RAC	Revue Annuelle Conjointe
RMM	Réduction de la Mortalité Maternelle
RPJM	Renforcement de la Protection Juridique des Mineurs
RPD	Réseau des Parlementaires pour la Population et le Développement
SASDE	Stratégie Accélérée de Survie et de Développement de l'Enfant
SMN	Santé Maternelle et Néonatale
SNEEG	Stratégie Nationale pour l'Égalité et l'Équité de Genre
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
TDCI	Troubles dus à la Carence en Iode
TRO	Thérapie par Réhydratation Orale
UEMOA	Union Monétaire Ouest Africaine
UNGEI	United Nations Girls Education Initiative (Initiative des Nations Unies pour l'Éducation des Filles)
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	Agence de Développement des États Unis
VIH/SIDA	Virus de l'immunodéficience humaine/Syndrome d'Immunodéficience Acquis

INTRODUCTION

Cette Analyse de la Situation des Enfants (SITAN)¹ est une étude qui va servir à la préparation du prochain Programme de Coopération entre le Gouvernement du Sénégal et l'UNICEF pour la période 2012-2016. Son objectif est d'apprécier aussi objectivement que possible le degré de réalisation des droits des enfants au Sénégal afin que les différentes parties prenantes puissent ajuster leurs efforts et assurer la création du meilleur environnement possible à la réalisation des droits des enfants, notamment à travers une prise en compte adéquate des droits de l'enfant dans les politiques, les programmes, les lois et les budgets, les partenariats et les stratégies de plaidoyer. Cette appréciation prend en compte le degré de réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) concernant les enfants et les chances pour le Sénégal d'atteindre les résultats fixés pour 2015

Contenu et méthodologie

L'étude s'articule autour de six parties couvrant respectivement le contexte et la méthodologie; le droit à la survie; le droit à l'éducation de base; le droit à un environnement protecteur; le droit à la participation; et la vulnérabilité des enfants.

L'analyse utilise l'Approche Basée sur les Droits de l'Homme. Cette dernière permet d'apprécier si la réalisation de droits des enfants est faite par rapport aux instruments internationaux et nationaux dont les principaux sont la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme (DUDH, 1949), la Convention relative aux Droits de l'Enfant (CDE, 1989), la Convention sur l'Élimination de toutes Formes de Discrimination à l'Égard des Femmes (CEDEF, 1985) et la Charte Africaine des Droits et du Bien-être de l'Enfant. Tous ces instruments ont été signés et ratifiés par le Sénégal. Elle se fait aussi en prenant comme référence les instruments nationaux importants tels la Constitution, les textes de loi, les règlements, les mesures pertinentes en vigueur au Sénégal et le rapport de suivi de la mise en œuvre de la CDE présenté périodiquement au Comité des droits de l'enfant.

Cette analyse de la Situation a combiné une revue de la littérature, une analyse des données et statistiques existantes et des groupes de discussions. Ces derniers ont permis une large consultation des enfants, des parents, des communautés, des prestataires de services, des associations de la société et les décideurs. La revue de la littérature et de la documentation a permis de faire le point des connaissances accumulées sur les politiques, les initiatives, les programmes et les projets relatifs aux enfants et aux femmes. L'analyse des données statistiques les plus récentes a permis de dresser un état des lieux et de mettre en évidence les problèmes majeurs qui affectent les enfants. Les discussions avec les titulaires de droits et les porteurs d'obligations vis-à-vis des enfants, regroupés en quinze focus groups couvrant le territoire national ont permis de relever des opinions et les réflexions et d'estimer le degré de satisfaction sur les actions engagées et les résultats obtenus.

Pour élargir la participation et assurer l'appropriation du rapport par les différents acteurs, un comité de pilotage intersectoriel et des comités techniques sectoriels regroupant les acteurs impliqués à différents titres dans la création d'un environnement favorable au respect des droits de l'enfant et de la femme au Sénégal ont été mis en place. Ces comités se sont régulièrement réunis sous le leadership des partenaires du gouvernement et ont contribué à l'approfondissement de l'analyse de la situation des enfants et à la validation des différents rapports. Un atelier national de validation a été organisé le Juillet 2010.

Fondements et principaux concepts de l'Approche Basée sur les Droits Humains

L'Approche Basée sur les Droits Humains (ABDH) postule que tout problème qui affecte un enfant ou une femme résulte d'une violation des droits de ces derniers. Les droits sont définis comme des garanties juridiques, des attentes sociales et morales universelles (qu'elles soient civiles, politiques, économiques, sociales ou culturelles) protégeant les valeurs humaines (liberté, égalité, dignité) inhérentes aux individus et aux groupes. La réalisation de ces droits est le but ultime de tout programme de développement.

L'Approche Basée sur les Droits Humains stipule aussi que les problèmes dont souffrent les enfants et les femmes traduisent une situation de non reconnaissance, d'ineffectivité de l'application, de non respect, ou de violation des droits économiques, sociaux et culturels universellement reconnus et garantis à toute personne. Tout problème qui affecte un enfant peut donc se ramener à une violation des droits de celui-ci.

Tout problème ayant une ou plusieurs causes, l'analyse des causes du problème offre l'opportunité d'identifier des interventions futures permettant d'y remédier. L'analyse des cadres institutionnel, législatif et politique vient renforcer l'analyse causale, permettant ainsi de mieux comprendre les raisons pour lesquelles les droits des enfants ne sont pas respectés et d'envisager éventuellement des mesures de renforcement institutionnel, législatif et politique.

L'ABDH repose, également, sur l'hypothèse selon laquelle les problèmes existent parce que les titulaires des droits n'ont pas les capacités de réclamer leurs droits, d'une part et d'autre part que les porteurs d'obligations n'ont pas les capacités d'assumer leurs obligations. Les principes de l'ABDH stipulent que l'Etat est le principal porteur d'obligations dans la réalisation des droits de l'enfant mais aussi que d'autres porteurs d'obligations jouent des rôles importants. Parmi ces porteurs d'obligations on compte la famille, la communauté, les collectivités locales, les prestataires de services, les organisations de la société civile, le secteur privé, le Parlement et les partenaires techniques et financiers (voir annexe). L'analyse des rôles et des lacunes de capacités des titulaires de droits et des porteurs d'obligations permet ainsi d'identifier les interventions futures qui permettront de renforcer les capacités de ces acteurs.

Enfin, l'approche implique le respect des principes fondamentaux de droits : universalité et inéliminabilité, interdépendance et indivisibilité, égalité et non discrimination et enfin participation et responsabilité (voir annexe 1).

L'application de l'ABDH à cette Analyse de la Situation des Enfants au Sénégal a été conduite en plusieurs étapes. Elle commence par une analyse causale de chaque problème majeur (ou violation de droit) qui a permis de faire ressortir les causes immédiates, les causes sous-jacentes et les causes structurelles. Elle a procédé ensuite à une analyse des cadres politique, institutionnel et législatif en examinant leur effectivité, leurs forces et leurs faiblesses et éventuellement la pertinence, le degré d'application et la cohérence de ces cadres. Elle s'est poursuivie avec l'analyse des capacités des titulaires de droit et des porteurs d'obligations en sériant leurs rôles vis-à-vis de chaque droit et en mettant en évidence les lacunes de capacité. Elle s'est terminée par la formulation de recommandations à la lumière de ces analyses.

Approche Basée sur les Droits Humains et analyse causale

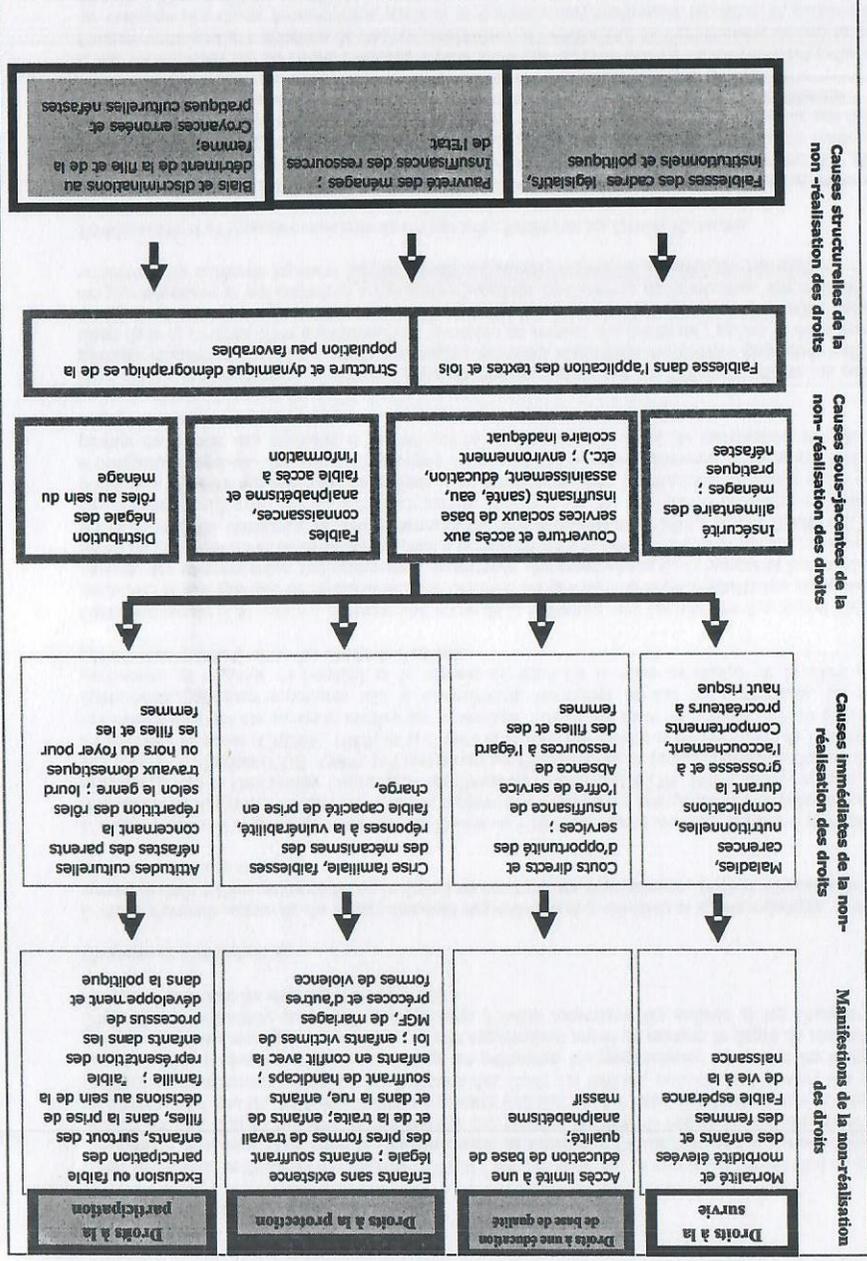
L'analyse causale peut se résumer à trois niveaux de cause. Les causes immédiates d'un problème sont celles qui sont les plus proches de la manifestation du problème. Elles affectent directement les titulaires du droit examiné. Les causes sous-jacentes concernent surtout le niveau institutionnel, les faiblesses d'organisation communautaire, l'accès aux services, l'utilisation, la qualité et le fonctionnement de ces services, les attitudes, les comportements, les pratiques des usagers et des prestataires de services, les connaissances insuffisantes, le faible accès à l'information, etc. Les causes structurelles, dites aussi causes profondes, reflètent l'état de sous-développement. Elles regroupent la pauvreté, les inégalités, les discriminations socio-économiques et du genre, et l'absence ou l'inadéquation des politiques publiques.

Les principales causes d'un problème sont articulées autour d'une relation de cause à effet. Cette relation est représentée sous forme de graphique appelé « arbre des problèmes ». L'arbre des problèmes peut être complexe si on y inclut toutes les causes, aussi est-il simplifié en un cadre conceptuel (voir plus bas modèle). Un cadre conceptuel est un modèle analytique qui se fonde sur les preuves scientifiques et empiriques, la recherche, la connaissance locale des causes et les enseignements tirés des enquêtes, des études, des évaluations et des focus groups.

Les rôles sont les responsabilités qui incombent aux porteurs d'obligations en vue de respecter, protéger, promouvoir et réaliser les droits des enfants. Les capacités incluent mais ne se limitent pas à la motivation, l'autorité, les ressources et l'aptitude à prendre des décisions.

L'analyse de la motivation vise à déterminer si le porteur d'obligations est conscient de ses responsabilités, s'il se sent obligé de jouer son rôle et de rendre compte de ses responsabilités aux titulaires de droits. L'analyse de l'autorité détermine, aussi, si le porteur d'obligations a l'autorité, s'il existe une structure de redevabilité et si l'autorité est effectivement mise en œuvre. Par ressources on entend les ressources humaines, financières, matérielles, techniques, organisationnelles et communicationnelles qui sont

Manifestations et causes du non respect des droits des enfants: un cadre conceptuel



indispensables à la réalisation des droits. L'aptitude à la prise de décision rationnelle et à la communication couvre (i) l'accès à des informations adéquates pour faciliter la prise de décision basée sur l'évidence; (ii) la capacité de traiter l'information, de la partager et de l'utiliser; (iii) la capacité d'apprécier une situation, de l'analyser et de prendre action; (iv) la capacité d'apprendre et de tirer des enseignements; (v) la capacité de communiquer de manière efficace avec tous les niveaux hiérarchiques.

Cadre conceptuel

Tout problème dont souffre un enfant peut se ramener au non respect de l'un de ses droits. Le graphique 1.5 ci-après représente un cadre conceptuel du non respect des droits à la survie, au développement, à la protection et à la participation des enfants. C'est un arbre de problèmes simplifié. Il s'agit donc d'une schématisation de la réalité qui est beaucoup plus complexe que ne le montre le schéma.

Les violations du droit des enfants à la survie se manifestent par une mortalité élevée et une faible espérance de vie à la naissance. Les évidences mises en exergue par les études et recherches scientifiques ont montré que ce sont les maladies, les carences nutritionnelles, les complications durant la grossesse et à l'accouchement, les comportements précaires à haut risque qui sont les causes immédiates des violations du droit à la survie des enfants.

Les violations du droit des enfants à l'éducation de base de qualité se manifestent par un accès limité à une éducation de base de qualité; l'analphabétisme des adultes et le manque des compétences de vie. Les causes immédiates des violations de ce droit sont les soins précoces inadéquats pendant l'enfance, l'accès insuffisant à l'éducation, la mauvaise qualité de l'enseignement, les barrières à l'accès à l'information, etc.

Les violations du droit des enfants à la protection se manifestent par plusieurs problèmes dont souffrent les enfants: la non existence légale, la traite et l'exploitation économique, la résidence ou le travail dans la rue, les handicaps, la privation de liberté suite à des conflits avec la loi, les violences sexuelles ou domestiques, etc. Les causes immédiates des violations de ce droit sont principalement le stress familial, la faiblesse de mécanismes de réponses à la vulnérabilité, la faible capacité de prise en charge de ces catégories d'enfants, les pratiques traditionnelles néfastes, l'ignorance, les services sociaux inadéquats, la faible application des lois et du système de justice juvénile.

Enfin les violations du droit des enfants à la participation se manifestent par un accès inadéquat à l'information, la faible participation des jeunes dans le processus de développement, etc.

On relève que la plupart des causes sous-jacentes et structurelles sont communes aux quatre droits analysés. Il s'agit de la pauvreté des ménages, du faible capital humain, des mauvaises politiques, de la mal gouvernance, de l'environnement physique difficile, des pratiques culturelles néfastes, des discriminations et des injustices sociales, etc. Les interventions visant la résolution des causes sous-jacentes structurelles sont susceptibles d'avoir un impact sur tous les problèmes, à la différence des interventions visant les causes immédiates et les causes sous-jacentes. Ceci met en évidence la notion d'interdépendance des droits et explique la nécessité d'adopter une approche holistique pour résoudre les problèmes de l'enfant.

CHAPITRE I

LE CONTEXTE SOCIO-POLITIQUE ET MACROECONOMIQUE DU SENEGAL

1. SITUATION GEOGRAPHIQUE ET ADMINISTRATIVE

Le Sénégal, avec une superficie de 196.712 Km², est un pays situé à l'extrême Ouest du continent Africain, entre 12°5 et 16°5 de latitude Nord. Il est limité au Nord par la Mauritanie, à l'Est par le Mali, au Sud par la Guinée Bissau et la Guinée et à l'Ouest par l'Océan Atlantique. Le Sénégal est caractérisé par un climat de type soudano-sahélien, avec deux saisons, une saison sèche allant de novembre à mai et une saison de pluies allant de juin à octobre. La végétation est composée de la steppe au nord, la savane arborée au centre et la forêt au sud.

Depuis 2008, le Sénégal est subdivisé en 14 régions, 45 départements, 121 arrondissements, 113 communes, 46 communes d'arrondissement et 370 communautés rurales. La population totale du Sénégal était estimée à 12,2 millions d'habitants en 2009 (ANSD). La densité est de 61,9 habitants au km². Celle-ci varie entre 4484 habitants au km² à Dakar et 11 habitants au km² dans la région de Tambacounda. La population urbaine (résidant dans les communes) représente 46,8 % de l'ensemble, plaçant ainsi le Sénégal parmi les pays les plus urbanisés d'Afrique sub-saharienne.

Le pays est peuplé de plus de vingt ethnies mais plus de 90 % de la population appartiennent à cinq groupes ethniques : Wolof (43 %), Pular (24 %), Sérér (15 %), Diola (5 %) et Mandingue (4 %). La population du Sénégal est essentiellement musulmane (94 %). Les chrétiens comptent pour 4 % et les adeptes de l'animisme et des autres religions représentent 2 % de la population.

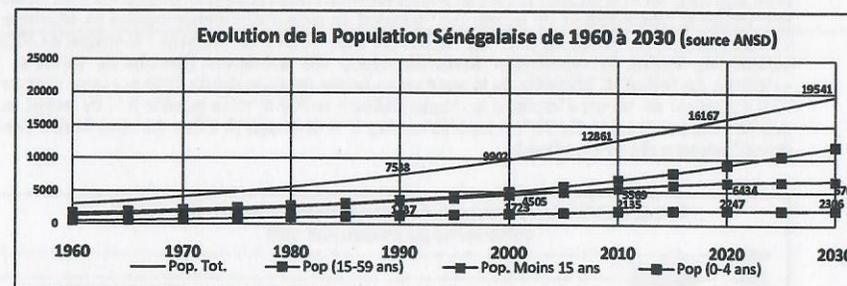
2. SITUATION DEMOGRAPHIQUE

Selon les projections démographiques des résultats du troisième Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH III, 2002) la population totale est estimée en 2009 à 12,2 millions dont 52% sont des femmes. Cette population est très jeune, avec près de 55 % de son effectif ayant moins de 20 ans. L'effectif des enfants (toutes les personnes âgées de moins de 18 ans) est estimé à 5.836.000, soit 49 % de la population totale. Cette structure démographique est le résultat d'une fécondité élevée (bien qu'en légère baisse depuis 1982) et d'une mortalité en baisse régulière (EDS IV, 2005). En moyenne, une mère met au monde 5,3 enfants durant sa vie féconde. Chaque année la population s'accroît de trente sept (37) naissances vivantes pour mille habitants et diminue de 10 personnes par tranche de 1000 habitants (décès). En 2009 l'espérance de vie à la naissance était estimée à environ 57 ans.

En raison de la fécondité élevée et, dans une moindre mesure, de la baisse de la mortalité, la population s'accroît au rythme moyen de 2,5% par an ce qui entraîne un doublement des effectifs tous les 28 ans. Durant les 5 prochaines années la population des enfants augmentera de 5,840,000 à 6,600,000.

Depuis 1982 le Sénégal est l'objet d'une transition démographique qui se traduit par un ralentissement de la croissance démographique et une modification progressive de la structure par âge de la population. Ce changement communément appelé « bonus ou dividende démographique » se traduit par une augmentation relative de la population potentiellement active (15 à 59 ans) par rapport à la population à charge moins de 15 ans et plus de 60 ans). Si des investissements conséquents sont réalisés dans les domaines de la santé, de l'éducation, de la formation et de la création d'emplois décents et si on accorde une attention particulière à la réduction des inégalités de genre, ce « bonus démographique » pourrait se traduire en gains substantiels en termes d'amélioration du bien être des populations.

Cette population est, aussi, caractérisée par une grande mobilité. Selon le Recensement Général de la Population et de l'habitat de 2002, sur une population totale de 9,9 millions d'habitants, 1,5 million sont des migrants internes âgés de 5 ans ou plus tandis que 205.000 sont des migrants internationaux. La plupart des migrants internes se sont installés dans trois régions : 42% dans la région de Dakar (475.000 personnes), 13% dans la région de Diourbel et 11% dans celle de Thiès. S'agissant des lieux de départ, près de 50% des personnes sont parties de l'ancien bassin arachidier du Sénégal.



3. SITUATION MACROECONOMIQUE

Dans un contexte international marqué par un ralentissement de l'économie mondiale consécutif à une crise financière aigüe, le Sénégal s'est engagé à poursuivre la mise en œuvre d'un ensemble de mesures prévues dans le Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP) pour atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement. Le taux de croissance économique nécessaire pour l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement est selon le DSRP-II, estimé à 7% au moins. Or, le taux de croissance économique réel, après avoir enregistré une hausse de 2000 à 2005 accuse une tendance à la baisse. Estimé à 1.2% en 2009 il ne devrait atteindre que 3.4% en 2010 (DPPE).

La situation économique et financière en 2009 est restée morose consécutivement à 2008, dans un contexte marqué par un environnement économique mondial défavorable. Les effets de la crise se ressentent à travers la contraction de l'investissement privé, la diminution des entrées touristiques, la baisse des envois de fonds des émigrés sénégalais et les difficultés des différents secteurs malgré la détente sur les cours des produits alimentaires et énergétiques et par ricochet, un repli des prix intérieurs après la hausse importante en 2007 et 2008 (environ 6%). Malgré le règlement d'une bonne partie des créances de l'état vis-à-vis du secteur privé, l'activité économique tarde à redémarrer.

Tous les secteurs économiques ont subi aussi les contrecoups de l'environnement international défavorable et l'effet de la baisse de la demande intérieure. Le secteur primaire a cru de 3,1% en 2009 contre 12,6% l'année précédente. Le secteur secondaire a enregistré une reprise timide en 2009 après le repli de 2,8% noté l'année précédente. Ainsi, ce secteur serait entravé par les contreperformances des sous secteurs de l'égrenage du coton et de la fabrication de textile, du travail du bois qui est fortement concurrencé par les importations et par les perturbations dans la fourniture de l'énergie en raison des difficultés de la compagnie nationale d'électricité, la SENELEC, etc.

Le secteur tertiaire a connu toutefois une progression moyenne annuelle de 5,5% entre 2000 et 2008 et se serait contracté de 0,5%, en 2009 ce qui serait une première depuis 1994. Cette rupture de la tendance serait imputable au recul des sous secteurs du commerce, du transport et des services d'hébergement et de restauration mais également au ralentissement du sous secteur des télécommunications.

4. LES RESSOURCES

Conformément aux engagements pris dans le cadre de la stratégie de réduction de la pauvreté, le Gouvernement continue de mener des efforts dans les secteurs sociaux. Malgré une volonté politique affichée la mobilisation des ressources pour les enfants n'a pas atteint les objectifs visés comme le montre le graphique où on constate un écart important entre les prévisions du DSRP et celles du BCI, avec un taux de réalisation de 45,2% du BCI et de 47,5% des PTF. Le taux de réalisation des PTF est jugé faible concernant les projets et programmes de développement des enfants en situation de vulnérabilité pour l'année 2008 (pour 845 millions prévus seul 401 ont été dépensés).



CHAPITRE II

DROIT A LA SURVIE DES ENFANTS ET DES FEMMES

Le droit de l'enfant à la santé est reconnu par les articles 3, 17, 23, 25, 28 et 32 de la Convention relative aux Droits de l'Enfant (CDE), l'article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, et l'article 6 du Pacte international relatif aux droits civils et politiques. Le droit à la santé des femmes est reconnu par les articles 11, 12 et de la Convention sur l'Élimination de la Discrimination à l'égard des Femmes (CEDEF). Quand les états ratifient ces conventions ils doivent prendre des mesures de nature positive pour à protéger la vie, y compris par l'allongement de l'espérance de vie, la diminution de la mortalité infanto juvénile, la lutte contre la maladie, le rétablissement de la santé, la fourniture d'eau potable et d'aliments sains et nutritifs. Ces droits à la santé ont été réaffirmés lors de nombreux sommets et conférences internationales. Les plus importants sont le Sommet du Millénaire en 2000 et le partenariat créé en 2005 à l'initiative de l'OMS, du FNUAP, de l'UNICEF et de la Banque Mondiale et intitulé H4 (compte à rebours 2015).

En 2006 il s'est, aussi, engagé à améliorer la situation mise en exergue dans le rapport du Comité des droits de l'enfant des Nations Unies.

En ratifiant la CDE et la CEDEF et en adoptant les résolutions des grandes conférences sur la santé, le Sénégal s'est engagé à améliorer la situation en faisant baisser les taux de mortalité infantile et maternelle respectivement de 2/3 pour la mortalité infantile et de 3/4 pour la mortalité maternelle entre 1990 et 2015.

Recommandations du comité des droits de l'enfant 20 octobre 2006

- Amplifier ses efforts tendant à garantir un accès universel aux services et structures de santé maternelle et infantile, en particulier dans les zones rurales et reculées;
- Prendre les mesures de prévention nécessaires contre la malnutrition et le paludisme et d'étendre la couverture vaccinale au plus grand nombre possible de mères et d'enfants;
- Continuer à promouvoir l'allaitement maternel exclusif des enfants jusqu'à l'âge de 6 mois;
- Revoir la pratique du ticket modérateur en vue de sa suppression.
- Renforcer l'éducation relative à la sexualité et à la santé de la procréation dispensées aux adolescents, en particulier dans les écoles, afin de réduire le nombre de grossesses précoces et de fournir aux adolescentes l'assistance nécessaire ainsi que de leur assurer l'accès aux soins de santé et à l'éducation;
- Accroître ses efforts de prévention contre la transmission du VIH/sida de la mère à l'enfant;
- Intensifier la lutte contre le VIH/sida, notamment en faisant en sorte que les contraceptifs soient disponibles dans tout le pays et en organisant des campagnes de sensibilisation;

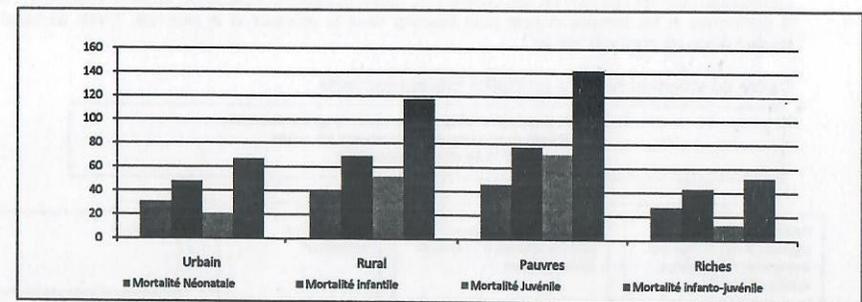
I ETAT DES LIEUX, EVOLUTIONS ET PROBLEMES MAJEURS

1.1 Mortalité maternelle

La santé maternelle détermine la survie des enfants. Son niveau est généralement mesuré par le taux de mortalité maternelle qui est défini par l'OMS comme « le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelle qu'elle soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivé, mais ni accidentelle, ni fortuite »². Ce taux est considéré comme une mesure importante du développement humain et social révélateur de la condition féminine, de l'accès des femmes aux soins de santé et de la façon dont le système de santé répond à leurs besoins. Selon l'EDS IV (2005), au Sénégal, le ratio de mortalité maternelle a baissé de 510 en 1992, à 401 pour 100.000 naissances. Selon les analystes de l'EDS4 malgré une apparente baisse de la mortalité maternelle au Sénégal, le taux reste relativement élevée Cette régression étant lente, le pays a peu de chance d'atteindre l'OMD5.

1.2 Mortalité infantile et néonatale

Depuis 1960 on assiste, au Sénégal, à une réduction progressive de la mortalité des enfants grâce à une extension des services de soins de santé primaire. Cependant, de nombreux observateurs estiment que le rythme des progrès a été lent et a considérablement faibli depuis le début des années 1990. Entre 2000 et 2005 grâce à une accélération de la vaccination et un renforcement des soins aux enfants les quotients de mortalité juvénile et infanto-juvénile sont passés de 64 pour mille à 33 pour mille et de 121 pour mille à 85 pour mille (l'EDS IV 2005 et EPS2 2008). Sur 1.000 naissances vivantes, 33 enfants meurent au cours de leur premier mois de vie, 85 avant l'âge de cinq ans, 61 enfants avant l'âge d'un an et 64 enfants entre le premier et le cinquième anniversaire. Cependant ces réductions n'ont pas concernés tous les enfants. Les enfants les plus vulnérables sont ceux qui habitent les zones rurales où le risque de décès est 2,5 plus élevé (160 décès pour mille naissances vivantes) comparé aux zones urbaines (91%). Ces risques est aussi plus important dans les familles pauvres qui pour leur majorité se trouvent en milieu rural et qui ont le plus de difficultés pour accéder aux services de soins.



La mortalité néonatale est le taux estimé en comptant le nombre de décès d'enfants âgés de moins de 28 jours enregistrés durant une année donnée pour 1000 naissances vivantes. Selon l'EDSIV ce taux représente 57% de la mortalité infantile et environ 30% de la mortalité infanto juvénile.

Tableau 2.1 : Distribution de la mortalité infantile, de la mortalité juvénile et de la mortalité infanto-juvénile selon la région, la zone de résidence et le quintile de bien-être

Régions	Mortalité Néonatale (pour mille)	Mortalité infantile (pour mille)	Mortalité Juvénile (pour mille)	Mortalité infanto-juvénile (pour mille)
Dakar	28	43	17	59
Diourbel	31	51	34	83
Fatick	48	79	55	130
Kaolack	39	65	64	124
Kolda	51	85	82	160

Les causes immédiates des **décès maternels** sont essentiellement médicales avec une prédominance de pathologies obstétricales (66%) telles les hémorragies, l'hypertension artérielle et ses complications, les dystocies et les infections. L'anémie et le paludisme sont des causes indirectes de mortalité.

Les causes immédiates des **décès néonataux** sont la pneumonie (27%), la prématurité, (23%) l'asphyxie (24%), les affections congénitales (6%) les diarrhées (4%) et le tétanos (10%). Certaines maladies de la mère durant la grossesse (diabète, hypertension artérielle, malnutrition...) peuvent entraîner la mort du fœtus in utero ou se terminer en avortement. L'imaturité (naissance d'un nouveau-né entre la 22^{ème} et la 37^{ème} semaine de conception et dont le poids de naissance est inférieur à 2.500 grammes) est souvent accompagnée de complications fatales pour le nouveau-né (problèmes respiratoires, vasculaires ou neurologiques). Le Sénégal ne dispose pas de données sur l'importance de ces causes.

2.2 VIH/SIDA, comportements à risques

Les causes immédiates de la prévalence du VIH/SIDA chez les jeunes sont la faiblesse des mesures de prévention et le manque de services de proximité. Selon l'EDS IV, 11% des jeunes femmes et 91% des hommes utilisent une méthode de prévention lors de relations sexuelles à haut risque, la prévention consistant en l'usage de condoms chez 36% des jeunes femmes et 52% chez les jeunes hommes. Le taux de prévalence du VIH est plus élevé chez les femmes qui n'ont pas utilisé de condom (8,2 %) que chez celles qui en ont utilisé un (6,8 %). Le risque dépend, aussi, du nombre de partenaires sexuels. Chez la femme la prévalence est de 1,0% quand le partenaire n'est pas à haut risque et de 3,3% quand il l'est. Chez l'homme, cette prévalence est, respectivement, de 0,6% et 0,7%.

2.3 Déséquilibre en offre et demande de soins et allocations insuffisantes sont les causes sous-jacentes les plus fréquentes des maladies et décès des enfants et des femmes

Le droit à la santé et à la survie supposent que soient créées des conditions telles que chacun puisse jouir du meilleur état de santé possible. Ceci implique l'existence de services de santé, d'eau et d'assainissement, l'accès à ces services ainsi que des mesures de prévention sanitaire efficaces. La plupart de ces causes peuvent être résolues par des interventions parfois simples et d'un coût abordable.

Une offre de soins en progrès mais encore insuffisante

Le système de santé du Sénégal a été bâti en une pyramide à trois niveaux basés selon les principes de l'Initiative de Bamako adoptée en 1987 par les ministres africains avec l'appui de l'UNICEF, de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et de la Banque Mondiale. Cette stratégie privilégie la réponse en soins de santé primaires et la participation des communautés et vise à stimuler la capacité de réponse des services.

Le premier niveau du système de santé compte 69 districts sanitaires qui comprennent au total 971 postes et 70 centres de santé ruraux ou urbains selon le PNDS 2009-2018) dont 18 offrent des Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONUC). Le deuxième niveau, représenté par les régions médicales, comprend 22 hôpitaux régionaux et départementaux. Le dernier niveau, dit national, est constitué de 7 centres hospitaliers nationaux et de plusieurs établissements nationaux spécialisés. Cette organisation permet au pays de disposer d'un poste de santé pour 10,997 habitants, d'un centre de santé pour 168,797 habitants et d'un hôpital pour 460,355 habitants. A ces infrastructures s'ajoutent, des maternités rurales (476) et un important réseau de cases de santé (2270) qui ont permis de rapprocher les services des populations et qui constituent la plateforme de nombreuses interventions communautaires. Le système public est supporté par un secteur privé important mais concentré à Dakar. Il comprend 1 hôpital privé, 32 cliniques, 70 maternités, 131 cabinets médicaux et 77 postes de santé privés.

Cette offre de services qui se rapproche des normes recommandées par l'OMS a contribué à réduire les maladies et la mortalité des enfants et des femmes. Avec des activités de routine dans tous les centres et postes de santé ; le Programme Elargi de Vaccination est arrivé depuis 2001 à maintenir des taux de vaccinations supérieurs à 80 %. Depuis 2006 la disponibilité dans toutes les structures de soins (y compris au niveau communautaire) du traitement pour les cas de paludisme simple par des dérivés d'Artémisinine, et de la confirmation systématique des cas suspects par test de diagnostic rapide, ont fait baisser la prévalence de cette maladie et reculer la létalité hospitalière imputé (6,20% en 2006 et 3,34% en 2007). La

disponibilité de traitement du paludisme intermittent au niveau communautaire a permis d'atteindre un taux de 78% chez les femmes enceintes selon ENPS II en 2008 contre 66,4% en 2006.

Cet effort a été accompagné par une accélération des mesures de prévention comme la diffusion des moustiquaires imprégnées d'insecticide, la lutte anti-vectorielle par la pulvérisation intra domiciliaire, la distribution de vitamine A lors des Journées Nationales de Survie de l'Enfant ou le traitement des points d'eau de boisson. Selon l'ENPS II 2008, l'utilisation chez les enfants de moins de cinq ans de moustiquaires imprégnées d'insecticide a pratiquement doublé en deux ans, passant de 16% en 2006 à 29% en 2009 et contribuant de manière spectaculaire à la réduction de la mortalité infantile. Tous les programmes n'ont pas eu le même succès. Une étude sur l'analyse situationnelle pour l'introduction des nouvelles directives (SRO- Nouvelle Formule et Zinc)⁶ pour la prise en charge de la diarrhée a révélé que l'utilisation des SRO est encore faible (15%) de même que celle de la solution salée sucrée (13,8%).

La prévention du VIH-SIDA a énormément progressé durant les dernières années. Les sites de Conseil dépiage VIH fonctionnels (étendu aussi aux postes de santé) a bondi de 5 en 2002 à 281 en 2008 permettant de tester 149.689 personnes pour un objectif de dépistage de 115.000 personnes (97.704 en 2006). Le nombre de sites PTME a progressé de 3 en 2004 à 234 en 2008, permettant d'augmenter le nombre de femmes enceintes conseillées ou prises en charge de 22.598 en 2006 (6% des femmes enceintes CPNI) à 111.210 en 2009 (soit 37%). Le diagnostic précoce des enfants nés de mères séropositives a débuté en 2007. On relève une augmentation rapide du nombre de sites qui passent de 13 en 2007 à 28 en 2008 et 256 sites fonctionnels dont 164 sites secondaires et 92 sites principaux en 2009.

Durant la dernière décennie le maintien de la politique des Soins de Santé Primaires a permis d'améliorer progressivement l'accès aux services et aux médicaments essentiels à coûts abordables. Cependant, cet accès reste difficile pour de nombreux enfants en raison des ruptures de stocks de médicaments et des déficits chroniques en infrastructures et moyens et à leur inégale répartition géographique et d'une qualité fluctuante des prestations de soins. La plupart des infrastructures publiques sont non seulement anciennes mais dépourvues d'équipements techniques, de médicaments et de consommables. Elles sont, aussi, inégalement réparties sur le territoire. La carte sanitaire⁸ montre que les 8 districts de la région de Dakar regroupent 9 hôpitaux, 4 centres de santé de référence, 15 centres de santé, 35 postes de santé avec maternités, 74 postes sans maternités auxquels s'ajoutent les structures privées. Ces structures accueillent 435 des 654 médecins du pays, 53 des 100 Chirugiens dentistes, 70 des 96 pharmaciens, 471 infirmiers des 1217 diplômés d'Etat et 424 des 740 sages femmes d'Etat. On y dénombre 365 des 436 médecins privés. Les régions les moins bien dotées tant en infrastructures qu'en ressources humaines sont celles de Tambacounda, Kolda et Matam, La qualité et les performances des services qui varient d'une région à l'autre sont à l'origine des différences de couverture vaccinale qui ont persisté avec le temps. On estime aussi que la faible qualité des services de santé de la reproduction est la barrière majeure à l'utilisation des services obstétricaux. On enregistre seulement 54% pour la CPN4, 52% des accouchements en milieu assisté, un faible recours aux césariennes (1,9% en 2004 % et de 3% en 2007) et aux méthodes contraceptives modernes (10,3% en 2005). Des études réalisées dans les services de maternité et de consultation prénatale ont révélé que les femmes rurales (52%), celles résidant dans les régions de Kolda et Tambacounda (65%), celles appartenant aux ménages pauvres (70%) ainsi que celles n'ayant reçu aucun soin prénatal ont beaucoup plus fréquemment accouché à domicile. Cette faible qualité des soins est principalement attribuée aux comportements des personnels, au manque de suivi et à la faible gestion des services de soins. En conséquence le recours aux remèdes traditionnels reste encore fréquent. La crise économique et la réduction du pouvoir d'achat des familles qui en a résulté auraient exagéré cette tendance ces dernières années. L'étude situation sur l'introduction de la nouvelle formule SRO-Zn a montré que près d'une mère sur trois n'a recours à aucun traitement pour une diarrhée chez un enfant. La crise économique et la réduction du pouvoir d'achat des familles qui en a résulté auraient exagéré cette tendance ces dernières années.

Accès limité et encore inéquitable aux soins de santé de base

Durant la dernière décennie, grâce au déroulement d'une combinaison de plusieurs stratégies, basées sur le rapprochement des services des populations (postes et cases de santé, stratégies mobiles), des prestations d'un coût abordable et des mesures de gratuité, l'accès aux services de soins s'est nettement amélioré. Cela a permis par exemple d'augmenter les taux de couverture vaccinale de 48,2% en 2005 à 87% en 2009. Mais les dysfonctionnements du système (répartition inadéquate des moyens sur le territoire, qualité

de pesticides obsolètes et de déchets biomédicaux non traités. On estime que 30 à 40 % de l'espace occupé en milieu urbain correspondent à des zones insalubres et sont impropres à l'habitat.

2.4 Factibles disponibilité et qualité des services et comportements inadéquats sont les causes sous-jacentes les plus fréquentes de la mauvaise santé

Des pratiques qui réduisent les efforts de réduction de la mortalité maternelle et néonatale

Les facteurs à risque qui peuvent aggraver la mortalité maternelle et néonatale sont, entre autres, les grossesses précoces (avant 18 ans), les grossesses non désirées, les grossesses tardives (après 35 ans), les grossesses nombreuses ou trop rapprochées (moins de 2 ans), la mauvaise préservation du bébé, les hémonoragies pendant l'accouchement et la post-maturité. Ces facteurs peuvent être prévenus et leurs fréquences et les complications réduites par des pratiques à moindre coût. L'indice synthétique de fécondité stagne à un niveau élevé (5,3) en raison de la lente progression des pratiques contraceptives (4,8% en 1992 et 10,3% en 2005). La faible recours à la contraception moderne est dû au manque de contraceptifs (offerts exclusivement par les partenaires) mais aussi aux pesanteurs traditionnelles qui combattent l'espacement des naissances.

Le deuxième frein est la faible disponibilité des soins et leur faible qualité. De gros efforts ont été faits pour remédier à la situation avec un nouveau et ambitieux programme de Soins Obstétricaux et Néonataux d'urgence lancé vers la fin des années 90 avec ses différents axes stratégiques dont le renforcement des capacités des personnels. Ceci a permis une augmentation des soins prénatals (la CPNI évaluée à 93%) et des accouchements assistés (61% en 2008)¹¹. Cependant, ces progrès sont lents et inégalement répartis en raison des insuffisances chroniques en infrastructures, en financement et en produits de base (produits et dérivés du sang, équipements et matériels, etc.). La carte sanitaire de 2008 a montré que seules 36,9% des maternités répondaient aux normes nationales. Plus de 47% d'elles ne disposaient pas de boîtes d'accouchements complètes, 67% manquaient d'aspirateurs de mucoosités et 80% n'avaient pas de bouteilles à oxygène. Le Sénégal ne compte que 33 obstétriciens (dont 18 étatiques ; 4 contractuels ; 4 dans les services sanitaires des municipalités et 1 communautaire) et 1217 sages-femmes (carte sanitaire 2008). La plupart des services spécialisés et des ressources humaines qualifiées profitent aux groupes les moins vulnérables, c'est-à-dire ceux qui se trouvent en milieu urbain.

Une bonne mobilisation pour contenir la prévalence du VIH/SIDA

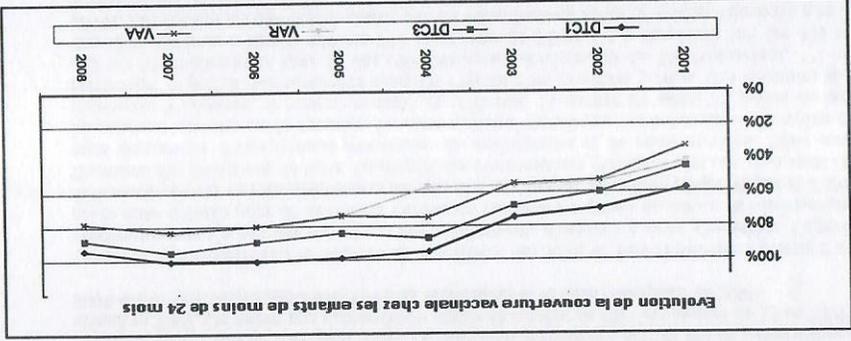
En matière de IST/VIH/SIDA les causes sous-jacentes sont le niveau de l'offre de services et le niveau de connaissance générale en IST/VIH/SIDA. Les efforts déployés pour améliorer la situation ont permis d'élever la prise en charge des enfants affectés par le VIH/SIDA au niveau des axes prioritaires de la réponse nationale au VIH/SIDA. Pour réduire la vulnérabilité des enfants et des jeunes en création de clubs santé, le renforcement de l'offre des services par des centres conviviaux, la mise en place de centres d'écoute et de centres de Dépistage Volontaire, la création de services de prise en charge de victimes de violences sexuelles. Selon le rapport 2008 de la Division SIDA du Ministère de la Santé et de la Prévention, le pays dispose, en 2007, de 83 sites de dépistage. Ces interventions impliquent une grande variété de parties prenantes (décideurs, ONG, jeunes, communautaire, leaders religieux et communautaires, média, etc.). Tout cet arsenal a contribué à maintenir à moins de 1 % le taux national de prévalence du VIH-SIDA.

« nos parents et surtout nos valeurs de kersa (scrupules) ont fini d'installer en nous la peur d'en parler ». Lamine TANDIAN, du parlement des enfants extériorise cette phobie du VIH/SIDA

Cependant on constate que les services sont encore faiblement utilisés au niveau national mais plus particulièrement par les groupes vulnérables en raison de leurs faibles connaissances ou de la peur de stigmatisation. Selon l'EDS IV, seulement 6% de femmes ont effectué volontairement un test du VIH au cours d'une visite prénatale de leur grossesse la plus récente. Les plus grandes utilisatrices sont les femmes résidant en milieu urbain (12%) et notamment dans la région de Dakar (16%), les femmes instruites (10%) et celles qui appartiennent à un ménage riche (plus de 10%). Le faible taux de dépistage serait dû à une faible sensibilisation des groupes à risques et une faible qualité des prestations des services de CPN

insuffisante des soins, pratique du dessous de table) ont constitué de véritables barrières pour l'accès des populations aux services de santé de base, particulièrement pour celles qui sont pauvres et vulnérables. Selon l'EDS IV, environ 42,6 % des populations mettent plus de 30 minutes pour accéder à un service de santé et 32,9 % des populations habitent à plus de 5 kilomètres des services de santé en zone rurale, là où les conditions de déplacement sont le plus souvent difficiles et la qualité des services la plus faible. Ces facteurs expliquerait la différence de mortalité maternelle entre le milieu urbain et le milieu rural (309 contre 472 décès pour 100,000⁹). Dans les zones urbaines, 88,1% des naissances ont lieu dans les structures de santé contre seulement 46,6% dans les zones rurales.

Les autres barrières sont la faible disponibilité des mécanismes alternatifs pour le financement des soins. Selon le rapport protection sociale des enfants au Sénégal (UNICEF, 2009), le système formel d'assurances sociales ne couvre que 20% de la population, laissant 80% de la population appartenant au secteur informel et sans capacité de cotisation régulière aux mutuelles de santé, livrés à eux-mêmes. L'application de Bamako a graduellement dérivé de ses objectifs : l'introduction de paiements pour les activités prioritaires de prévention (vaccination, soins maternels...) et un dérapage des coûts de gestion ont excisés les pauvres pendant que l'utilisation en priorité des moyens recouvrés pour les dépenses courantes de fonctionnement bloque le remplacement des moyens opérationnels (réfrigérateurs, motos). En résultat, les performances du programme élargi de vaccination ont baissé depuis 2007 créant une situation propice au retour de la rougeole et de la poliomyélite.



Des améliorations à l'accès à l'eau potable et à l'assainissement et le cadre de vie

Les niveaux de santé des enfants et des femmes sont également, conditions, par l'accès à l'eau potable, l'hygiène et l'assainissement. Au Sénégal, l'accès à l'eau potable a atteint 98%¹⁰ en milieu urbain et 75,5% en milieu rural (DSRP, 2009). Cependant, l'accès des populations demeure inéquitable tant pour l'eau que pour l'assainissement. Pour l'eau les ménages les plus modestes s'approvisionnent principalement aux bonnes fontaines avec toutes les servitudes que cela comporte. Ils paient aussi ce service trois à cinq fois plus cher que les ménages disposant d'un branchement à domicile. En milieu rural, seulement 35 % des ménages utilisent les bonnes fontaines et consomment à peine 20 litres par jour et par personne. En matière d'assainissement si le taux national de ménages disposant de toilettes améliorées est élevé (65%) disposent d'assainissement si le taux national de ménages disposant de toilettes améliorées est élevé (65%) disposent de chasse d'eau connectée à une fosse septique ou à un égout) de grandes disparités persistent entre le milieu urbain (78%) et le milieu rural (23%).

La qualité du cadre de vie est un autre déterminant critique de la santé des enfants et des femmes. Au Sénégal la vie en famille élargie est souvent marquée par une grande promiscuité, une mauvaise qualité des logements et une gestion sauvage des eaux usées et des ordures ménagères. Le cadre de vie est particulièrement dégradé dans les zones urbaines et péri urbaines en raison de l'urbanisation sauvage, du manque de services d'hygiène et des comportements irrespectueux de l'environnement. On rapporte fréquemment des cas d'éversement non contrôlé des produits toxiques, de déchets industriels dangereux,

(indisponibilité de médicaments, mauvais accueil, obligation de payer pour des prestations gratuites). Malgré tous les efforts près de 79% des filles et 75% des garçons sont incapables d'identifier un signe ou un symptôme d'IST et seulement 6% des femmes et 22 % des jeunes hommes (15-24 ans) ont utilisé un condom durant les premiers rapports sexuels (EDS IV). La stigmatisation et la peur d'être stigmatisé sont aussi des causes invoquées pour expliquer le faible recours aux services.

2.5 Causes Structurelles de la mortalité des enfants et des femmes

Parmi les plus fréquentes causes de mortalités infantile, maternelle et néonatale et le VIH/SIDA on trouve le niveau de sensibilisation des parents, le poids des traditions ainsi que la pauvreté des familles.

Niveau d'instruction et de sensibilisation

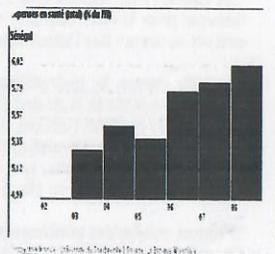
Plusieurs études menées au Sénégal (EDS, MICS, ENPS, etc.) ont montré que le niveau d'instruction de la mère est un facteur déterminant dans la mortalité des enfants. Les mères analphabètes recourent moins souvent à la thérapie orale en cas de diarrhée des enfants. Ce facteur joue un rôle important en milieu rural, où l'analphabétisme des femmes est important.

Persistances de normes sociales et traditions

Les premiers déterminants liés aux normes sociales sont le faible statut de la femme et la dépendance de celle-ci vis-à-vis de l'homme. Les femmes sénégalaises disposent d'une marge de manœuvre décisionnelle très limitée dans les domaines comme le désir de rapports sexuels, l'espacement des naissances et le choix du lieu d'accouchement. Pour se rendre en consultation, une femme doit non seulement demander à son mari l'autorisation mais aussi l'argent pour payer les coûts des soins. Très souvent c'est le mari seul qui décide du lieu de consultation et de l'achat des produits prescrits. Il en va ainsi du choix du lieu de l'accouchement et de l'évacuation sanitaire. La plupart du temps, l'agent de santé ne prend aucune décision sans en référer au préalable au mari ou au chef de famille, même dans les situations urgentes. Tout ceci induit des retards dans la prise en charge sanitaire ou et parfois une mauvaise sélection des services et peut contribuer à l'aggravation de l'état de santé des mères et des enfants. Cet état de santé des mères et des enfants est aussi sous l'influence d'autres normes sociales qui régissent les communautés. Le mariage précoce entraîne la grossesse précoce, donc augmente les risques pour la mère et pour l'enfant. Les excisions occasionnent des complications qui peuvent être dramatiques à l'accouchement. Les tabous entourant la déclaration de la grossesse retardent les visites prénatales et augmentent ainsi les risques de maladies et de décès. Les interdits alimentaires sont causes d'anémies et de malnutrition chez les femmes et les enfants.

Un financement des soins encore insuffisant

De 2000 à 2007, le budget de l'Etat alloué à la santé a augmenté de plus de vingt neuf milliards (29,7 milliard) à soixante quinze milliards FCFA (75,2 milliards FCFA), soit une progression de plus de deux cent pour cent (Rapport financier du MSPM/DGE 2007). Dans ce budget 41,3 % étaient destinés aux dépenses de personnel ; 28,5 % au fonctionnement et 30,2 % aux dépenses de transfert. L'apport des populations par l'intermédiaire des comités de santé pour l'année 2007 se chiffrait à plus de vingt six milliards (26,2 milliards). Une étude menée par la Banque Mondiale en 2006 montre que l'état assure 53% des dépenses de santé publique, les bailleurs de fonds 32%, les collectivités locales 3% et la population 15,3%. Cet effort de l'Etat en termes de financement montre l'intérêt accordé au secteur de la santé qui a été considéré comme secteur prioritaire dans les deux Documents de la Stratégie de Réduction de la pauvreté. Cependant ces efforts de l'état sont encore insuffisants pour assurer au système de santé des prestations de soins régulières et de qualité. Selon l'étude sur la revue des dépenses publiques du secteur de la santé pour la période 2003-2008 la part du budget santé dans le budget général est passée de 6,64 % en 2003 à 4,66% en 2008, ce qui est bien inférieur à l'engagement pris par le pays à Abuja (15%) alors que durant la



même période le budget général de l'Etat a doublé. Les allocations disponibles ont été utilisées prioritairement pour couvrir les dépenses récurrentes de salaires et de fonctionnement (79,24%) et les dépenses d'investissement la différence (20,76%). Les dépenses de médicaments, d'entretien et de maintenance ne représentent respectivement que 5,98% et 1,36% des dépenses récurrentes totales. La modeste contribution des collectivités locales est principalement utilisée pour les dépenses de fonctionnement (92,02% des dépenses totales). Cette faiblesse des allocations n'a pas permis d'améliorer les performances du système de santé obligeant le Sénégal à recourir régulièrement aux partenaires, aux ménages et aux systèmes d'assurance sociale. L'étude a mis en évidence que sur le plan de l'incidence-bénéfice, les dépenses réalisées sur la période ont été plus orientées vers les populations riches que vers les pauvres. Le ciblage incorrect et la pénurie de ressources non seulement mettent en péril les initiatives de gratuité (césariennes, accouchements et plan SESAME), mais empêchent aussi l'accès aux soins de santé primaires pour les plus vulnérables. Elle s'est traduite aussi par une dégradation progressive du système ce qui a permis la résurgence des épidémies de rougeoles ou des cas de poliomyélite. De plus la pauvreté des ménages ne permet pas de suppléer aux budgets publics insuffisants.

L'essentiel des dépenses du secteur privé est assuré par les ménages (87%, PNDS, 2009) et une partie des coûts est assurée par le système actuel de sécurité sociale. Ce système, caractérisé par une très grande diversité dans son organisation et son fonctionnement, est fourni par les instituts de prévoyance maladie aux employés des organisations des secteurs public et privé ainsi qu'à leur famille immédiate. Toutefois, cette couverture reste limitée à environ 10% de la population qui travaille dans le secteur formel. Les 90% restants ne disposent d'aucune protection similaire. Le système des mutuelles de santé qui a émergé en 1994 comme alternative de financement pour la population du secteur informel, n'a pas connu l'extension souhaitée. Les initiatives ont été nombreuses mais de faible envergure. La dernière tentative date de 2006 et consiste en l'inclusion de la protection sociale dans l'axe 3 du DSRPII avec pour objectif d'étendre la protection sociale de santé de 20% en 2005 à au moins 28% d'ici 2010 et à 50% d'ici à 2015. Ceci devrait être réalisé par le renforcement des mutuelles de santé et l'amélioration du système d'assurance maladie pour couvrir l'ensemble des travailleurs des secteurs formel et informel, les personnes à leur charge ainsi que les populations vulnérables contre les risques de santé. Cependant, en raison de la complexité de sa conception, le système est encore en gestation.

Tableau 2.4 : Situation des dépenses publiques de santé par région (en millions de F.CFA)

Année	REGIONS										Total général		
	DK/R	NATIONAL	DL	FK	KD	KL	LG	MT	SL	TC		TH	ZG
2003	16 269,70	40 994,75	6 069,18	3 444,91	4 180,68	4 616,61	4 258,01	542,66	5 585,34	3 889,09	7 492,66	4 018,39	101 346,18
2004	19 045,00	52 414,27	5 063,20	3 241,60	4 871,48	5 760,28	4 529,59	2 666,46	5 928,29	4 363,25	6 755,06	3 716,49	118 354,96
2005	17 491,34	71 893,77	4 667,48	2 782,34	2 944,71	5 529,93	4 827,98	2 184,00	5 601,28	5 369,61	6 482,49	3 234,61	133 009,56
2006	24 376,42	70 366,77	5 943,00	2 560,83	4 022,26	5 142,01	4 504,11	2 064,95	6 224,31	4 415,76	6 851,47	3 403,27	139 275,16
2007	23 412,42	55 181,22	6 000,37	2 988,05	4 003,04	4 576,99	2 819,30	3 956,91	5 632,28	5 653,77	7 209,08	6 323,61	127 787,07
2008	45 157,23	39 545,69	3 930,68	3 841,10	2 530,83	5 247,88	2 556,93	2 285,32	4 691,24	8 296,65	4 232,09	2 536,17	124 853,80
Total	145 752,10	330 386,48	31 073,92	18 858,83	22 552,99	30 873,69	23 495,93	13 700,30	33 662,75	31 984,13	39 022,86	23 232,74	744 596,73

Source : DAGE/MSP, revue des dépenses publiques de la santé, 2010

Cependant ces dépenses sont inégalement distribuées entre les zones. La revue des dépenses publiques conduites dans le secteur de la santé en 2009 a montré que « la région de Dakar l'emporte sur les autres régions du Sénégal en matière de dépenses publiques de santé avec 19,57% des dépenses totales sur la période sous revue ». Dans les 3 régions classées très pauvres (taux de pauvreté dépasse 60%) de Ziguinchor, Louga et Tambacounda, les dépenses de santé sont respectivement de 3,12%, 3,16% et 4,30% des dépenses totales de santé publique. Dans les régions classées pauvres de Kolda et Fatick, les dépenses publiques de santé sont respectivement de 3,03% et 2,53% des dépenses totales. Au niveau des quatre régions de Thiès, Diourbel, Kaolack et Matam où le taux de pauvreté est moyen (entre 30 et 50%), les dépenses sont respectivement de 5,24, 4,17, 4,15 et 1,84%.

La pauvreté des ménages comme barrière à l'amélioration de la santé des enfants

La pauvreté des populations, quelle soit monétaire ou non, constitue un déterminant structurel important de l'état de santé. Une enquête conduite en milieu urbain (PAM, FAO, UNICEF et ANSD, 2008) menée pour évaluer les effets de la hausse des denrées alimentaires a montré que les familles ont été obligées d'adopter de nouvelles stratégies de survie avec principalement une diminution des quantités et diversités des aliments quotidiens et la réduction des dépenses de santé. L'enquête nutritionnelle (Standardized Monitoring and Assessment of Relief and Transition) a révélé que les districts très pauvres (Atkram et Bako) où les familles avaient le moins de ressources et d'opportunités économiques avaient les taux de malnutrition aiguë sévère les plus élevés (supérieurs à 10% qui est un niveau considéré comme seuil critique selon l'OMS). De même l'ENPS II a bien montré que les enfants les plus à risques étaient ceux appartenant aux ménages pauvres. Dans ces ménages le risque de décès durant la période post-néonatale est deux fois plus élevé (31%) que pour ceux des plus riches (15%). La mortalité juvénile y est plus de cinq fois plus élevée que dans ceux du quintile le plus riche (71% contre 13%).

1. LES CADRES INSTITUTIONNEL, LÉGISLATIF ET POLITIQUE

3.1 Cadre législatif

Depuis l'indépendance, les constitutions successives du Sénégal ont toujours reconnu le droit de chaque citoyen à la santé. Ainsi, les cadres législatif et réglementaire ont constamment été adaptés à ces changements et aux engagements successifs pris par le pays en ratifiant les traités et conventions internationaux au-dessus de sa surveillance des instruments internationaux qui traitent du droit à la survie des enfants et des femmes, dont la CDE et la CEDEF, faisant de ces instruments des parties intégrantes du droit positif du pays. La loi sur la réforme de l'administration territoriale de 1972 préconise aux collectivités locales de consacrer au moins 8% de leur budget à la santé. En 1996, les textes portant réforme de la décentralisation consacrent le transfert de l'Etat aux collectivités locales d'un paquet de compétences dans le domaine de la santé et la création d'un comité de gestion pour chaque centre et chaque poste de santé. La loi 98-08 porte réforme hospitalière ; la loi 98-12 est relative à la création, l'organisation et le fonctionnement des établissements de santé, le décret 98-702, porte application 98-701 est relatif à l'organisation des établissements de santé ; le décret 98-702, porte organisation financière des EPS. En 2005, le Parlement a voté la loi relative à la Santé et la Reproduction. Malgré l'existence de ce dispositif complet, le droit à la survie des enfants et des femmes n'est pas totalement réalisé en raison de la faible application de ce dispositif, de la faible collaboration entre les principaux acteurs, de la faiblesse des mécanismes de contrôle et de la méconnaissance des responsabilités par les détenteurs des obligations et l'ignorance des droits par les détenteurs des droits.

3.2 Cadre politique

La politique de santé trouve son fondement dans la Constitution Sénégalaise qui garantit le droit à la santé en son article 8 et son article 17 : « ... 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 à celles vivant en milieu rural en particulier l'accès aux services de santé et au bien être... ». Le cadre politique de la santé du Sénégal est cohérent, bien ciblé et en adéquation avec les objectifs en matière du droit de la population à un bon état de santé. Le cadre général est basé sur les principes de Santé Primaires définis à Alma Ata (1978) et de l'Initiative de Bamako (1987). Ces cadres traduisent adéquatement les engagements du pays vis-à-vis des organisations régionales internationales en matière de santé (Alma Ata, Bamako, Déclaration d'Abuja, Objectifs du Millénaire pour le Développement). En 1989 fut adoptée la Politique Nationale de la Santé qui spécifie que l'objectif est de rendre les soins de santé accessibles à toutes les mères et les enfants tant sur le plan géographique qu'économique. Cette politique est traduite en interventions à travers des Plans Nationaux de Développement Sanitaire dont le premier fut élaboré en 1998 et dont le dernier (Plan National de Développement Sanitaire 2009-2018) indique que « le plan repose sur la vision d'un Sénégal où tous les individus, tous les ménages et toutes les collectivités bénéficient d'un accès universel à des services de Développement Sanitaire à un niveau de santé économiquement et socialement productif ». Un effort supplémentaire a été fait pour renforcer le composante santé de l'enfant à travers l'élaboration d'un Plan National Stratégique pour la Survie de l'enfant de l'année 2007-2015 et dont le principe opérationnel est basé sur la « Stratégie Accélérée pour la Survie et le Développement de l'Enfant (SASDE) telle que

recommandée par l'initiative « Compté à rebours la couverture des interventions clés en matière de santé maternelle, néonatale et infantile.

Le pays dispose aussi de plusieurs autres cadres de politique sanitaire dont les plus importants sont l'adhésion du pays à la déclaration d'engagement de la session extraordinaire des Nations Unies sur le VIH/SIDA en juin 2001¹⁴ et la promotion de la médecine traditionnelle.

3.3. Le cadre institutionnel

Depuis son adhésion à la déclaration de « Santé Pour Tous », le Sénégal, sous la coordination du Ministère de la Santé et de la Prévention, a mis en place plusieurs plans sanitaires pour assurer la réalisation du droit à la survie des enfants et des femmes. Ces plans sont mis en œuvre par les différentes composantes du système national de santé.

Au niveau national les plus impliqués dans les domaines de la santé de l'enfant et de la femme sont la division du Programme National de Lutte contre le Paludisme, la Division du Programme Élargi de Vaccination, la Division de la Reproduction, la Division de l'Alimentation, de la Nutrition et de la Survie de l'enfant, la Division de la Lutte contre le SIDA, le Comité National de lutte contre le SIDA. Cet arsenal institutionnel est complété par des programmes nationaux dont le Programme d'Appariement et d'Orthopédie.

Les activités opérationnelles sont dévolues par les infrastructures et équipes des niveaux régionaux et districts. Certains programmes disposent d'organes décentralisés et sectoriels comme les Comités régionaux de lutte contre le SIDA (CRTS) présidés par les Gouvernements de Région et les Comités Départementaux de Lutte contre le Sida (CDLS) présidés par les Prêtres.

Les collectivités locales sont engagées dans la lutte contre le VIH/SIDA à travers l'Alliance des Mères du Sénégal pour la lutte contre le VIH/SIDA et l'Union des Villes et Communes du Sénégal. Il faut également relever le réseau des Parlementaires qui s'investit dans cette lutte.

La lutte contre la malnutrition bénéficie d'un cadre institutionnel spécifique avec le Programme de Renforcement de la Nutrition (PRN) rattaché directement au premier ministre. Les changements introduits depuis 1997 mettent l'accent sur la promotion des comportements favorables à la santé des enfants tels que la surveillance nutritionnelle, l'allaitement exclusif jusqu'à 6 mois, la supplémentation en micronutriments. Cette nouvelle approche, qui fait la promotion des changements de comportements, a été introduite en 1997 à travers la mise en place du Paquet d'Activités Intégrées de Nutrition (PAIN).

D'autres ministères concourent à la réalisation du droit à la survie et à la santé des enfants et des femmes. D'autre ministères concourent à la réalisation du droit à la survie et à la santé des enfants et des femmes. D'autres ministères concourent à la réalisation du droit à la survie et à la santé des enfants et des femmes. D'autres ministères concourent à la réalisation du droit à la survie et à la santé des enfants et des femmes.

« Il ne faut pas que l'on indexe l'Etat : l'Etat ne peut tout faire. Si par exemple le journaliste avait fait un réseau de journalistes qui partagerait uniquement de la survie de l'enfant, les leaders d'opinion les font, les parents de même. On aurait mis en synergie toutes ces actions et là on allait voir les impacts et les résultats. Et dans les politiques que nous développons en matière de santé et de manière générale au Sénégal, on ne mesure pas l'impact. C'est souvent une lutte multiforme multinationnelle mais les acteurs ne peuvent pas apprécier la part de chacun et l'impact que cela peut donner » Un leader d'opinion déclare à cet effet :

Les organisations de la Société civile, des ONG et le Réseau des personnes vivant avec le VIH se sont progressivement structurés et renforcés pour assister le secteur public dans sa mission à lutter plus efficacement contre la maladie et la mortalité. Ces organisations jouent un grand rôle dans l'offre de service au niveau communautaire et dans les zones à problèmes comme le milieu rural et la Casamance.

Cependant, le développement du système et le niveau de ses performances sont handicapés par la grande multiplicité de ses acteurs et les fréquents changements de décideurs (9 ministres de la santé en 9 ans). De nombreuses activités sont dupliquées ou menées en parallèle au lieu d'être coordonnées. La faible coordination dans la mise en œuvre du programme de prise en charge intégrée de l'enfant malade avec les programmes autres sanitaires verticaux ciblant l'enfant entraîne non seulement des surcoûts qui sont évitables, mais aboutit à la multiplication des formations des personnels et des activités de communication.

Malgré une bonne organisation du système de santé en trois niveaux et des résultats probants dans la baisse de la mortalité maternelle et de la mortalité infanto-juvénile, le Sénégal dispose de grandes marges de manœuvre pour rationaliser l'utilisation des ressources et améliorer la synergie de différents programmes. La politique de contractualisation élaborée depuis 2005 devrait davantage aider à opérationnaliser ce partenariat. Le partenariat entre les secteurs public et le privé doit être renforcé.

IV ROLES ET RESPONSABILITES EN MATIERE DE SANTE DES ENFANTS

De l'analyse causale qui précède, il ressort que la non réalisation du droit à la survie de la mère et de l'enfant découle du non respect des principes de droits humains. Selon ces principes, c'est d'abord aux Etats qu'incombe en priorité la responsabilité des actions permettant aux détenteurs des droits (enfants et femmes) de jouir des droits reconnus par la législation nationale. D'autres parties prenantes de la société partagent, à différents degrés, cette responsabilité. Au Sénégal, outre l'Etat, les principaux détenteurs des obligations sont les familles, les communautés et leaders communautaires, les collectivités locales, les prestataires des services de santé, le Parlement, les Associations de la Société Civile et les ONG, les media, les leaders d'opinion, le secteur privé ainsi que les partenaires au développement.

La famille, nouvelle distribution des rôles parmi ses membres

La santé de l'enfant incombe au premier lieu aux parents ou à leurs représentants légaux. Pour assurer ce rôle les parents doivent acquérir les connaissances nécessaires avoir des comportements adéquats en termes de prévention et de prise en charge des maladies à domicile. Durant ces 20 dernières années le gouvernement et les partenaires au développement ont déployés beaucoup d'efforts pour renforcer les capacités des parents et leur faire adopter des pratiques propices aux enfants. Cette communication a utilisé les médias nationaux qui ont une forte pénétration dans les familles (la télévision nationale est suivie par 80 % de la population) et les services de proximité (sensibilisation dans les centres de santé, lors des activités mobiles et visites à domicile). Ces activités ont été souvent intensifiées lors des événements spéciaux (Journées de Survie de l'enfant, campagne de vaccination, lavage des mains, etc.). Une appréciation globale montre que les efforts déployés ont été productifs. Les parents utilisent plus fréquemment les services de vaccination, de soins infantiles et de consultation prénatale. Cependant tous les impacts souhaités pour changer les pratiques familiales inappropriées n'ont pas été obtenus. Une enquête¹⁵ conduite en milieu rural a montré que les pratiques de base (utilisation régulière des moustiquaires, lavage des mains au savon, mise au sein précoce) que même dans les villages ayant bénéficié d'une sensibilisation intensive, les progrès relevés restaient modestes et que les familles présentaient encore de grandes lacunes en matière de pratiques. S'il est fort probable que la qualité des messages, la façon dont ils ont été diffusés et le niveau de motivation des communicateurs aient joué grand rôle dans la faiblesse de ces résultats, il est aussi fort probable que les parents n'assurent pas leurs responsabilités en raison de la distribution des responsabilités parmi les adultes.

Des communautés progressivement dépossédés de leurs responsabilités

Les communautés contribuent de différentes manières à réaliser le droit à la santé. Elles ont une responsabilité rôle important dans les comités de gestion des structures de santé en veillant à une bonne utilisation des recettes collectées. Ces recettes sont censées jouer un rôle important en contribuant aux remplacements des équipements de base et des médicaments essentiels et en motivant les agents de santé. Après un début prometteur, la majorité des ces comités ne joue plus le rôle qui leur avait été assigné. Leurs

recettes sont souvent thésaurisées ou détournées et les instances ne sont pas suffisamment renouvelées pour demeurer représentatives des populations. Cette situation est due au manque de suivi des institutions sanitaires¹⁶ mais aussi à la faible motivation des communautés à participer.

Les communautés jouent également un rôle important à travers le réseau des leaders, les relais communautaires (imams, chefs religieux, responsables politiques, etc.) et Organisations Communautaires de Base (comités de santé, groupements de promotion de la femme). Ces entités véhiculent l'information aux familles sur les problèmes sanitaires prioritaires et les moyens de les prévenir et d'atténuer leur impact. Toutes ces entités ne jouent pas leurs rôles et un certain nombre freinent les changements favorables à la santé en plaçant pour le maintien forte procréation¹⁷. En empêchant les taux de prévalence contraceptive de décoller elles permettant la persistance des grossesses fréquentes et rapprochées, deux causes de la forte mortalité maternelle. Le poids des normes est encore un poids important dans les changements des pratiques favorables à l'enfant. Ainsi l'EDS IV, met en évidence les normes qui organisent la cohabitation, au sein d'une même concession, des épouses, des familles des frères du mari et de la belle-mère et qui limitent le pouvoir des mères quand au choix qu'elles pourraient faire pour la santé de leurs enfants.

Les collectivités locales pas suffisamment capables

La décentralisation est une des réformes institutionnelles qui favorisent la participation des populations dans la gestion de leurs problèmes de santé. Les collectivités locales planifient le développement dans les domaines des compétences transférés, votent les budgets et allouent des ressources à partir du Fonds de Dotation de la Décentralisation mis à leur disposition. De nombreux acteurs¹⁸ pensent que la décentralisation n'a pas atteint les résultats escomptés car les collectivités ne reçoivent les ressources et les soutiens techniques requis et que leur rôle est sans cesse remis en question par les ministères centraux. Elles n'ont contribué au financement des dépenses de santé qu'à hauteur de 3%.

Les prestataires de services de santé

Pièce maîtresse du système de santé, le personnel sanitaire joue un rôle déterminant dans la réalisation du droit à la santé car il a la responsabilité de mettre en œuvre les programmes de santé et de conseiller les élus locaux sur la situation sanitaire et l'allocation des ressources. Au Sénégal on considère que la qualification des personnels formés de santé est adéquate, tant dans les domaines de la planification que la prestation des soins, notamment parce que ce dernier bénéficie de constantes remises à niveau par les nombreux programmes de santé. On estime cependant que de nombreux agents de santé, particulièrement ceux impliqués au niveau communautaires ont des déficits de capacités en termes d'insuffisance de connaissances, de manque de moyens matériels et de motivation. Dans les zones pauvres et isolées où les conditions de travail sont pénibles, s'y ajoutent les grèves chroniques. Ces insuffisances se traduisent par de faibles performances et par l'érection de plusieurs barrières à l'accès aux soins dont les plus fréquentes sont la faible qualité de l'accueil des malades la pratique des dessous de table (wiri wiri). Par exemple une étude¹⁹ conduite dans une communauté rurale ayant bénéficié d'un projet de construction de latrines a montré que la persistance d'une forte prévalence de la diarrhée figure parmi les motifs de consultation des enfants en raison d'un faible taux de réalisation de latrines (1,7 %) imputable à la faible qualité des prestations des agents de santé. Ces facteurs humains expliquent les faibles performances des programmes de routine qui ne bénéficient pas de ressources financières régulières.

Les agents de santé communautaires et les praticiens traditionnels en grand nombre dans le monde rural, occupent une place cruciale car ils sont souvent le premier recours des familles et communautés. Reconnus par les autorités officielles et acceptés par les communautés, ce sont le plus souvent des employés d'ONG bien intégrés dans le système sanitaire local. Leurs effectifs seraient de plusieurs milliers. En assurant la prise en charge des cas simples de paludisme, de diarrhées et maladies respiratoires ils contribuent à la réalisation du droit des femmes et des enfants à la santé. En milieu rural, ils fournissent une part non négligeable des prestations de soins y compris en matière d'accouchements (31%), de prise en charge et de prévention des maladies fréquentes de l'enfant et de la lutte contre la malnutrition. Leurs performances ne sont pas réellement évaluées et varient d'un endroit à l'autre.

Des services de l'état qui peuvent faire plus et mieux

La Constitution du Sénégal identifie clairement le droit à la santé et indique clairement que l'Etat et les collectivités doivent veiller à la santé des populations. A cet effet, les politiques sanitaires visant les groupes vulnérables des enfants et des femmes sont bien prises en comptes dans les programmes du Président de la République et de ceux de ses gouvernements successifs. Ceci a permis au pays de mettre en place, depuis 1988, une ambitieuse réforme du secteur de la santé, elle même opérationnalisée à travers des plans stratégiques dont les plus récents sont le Plan Décennal de Développement Sanitaire (2008-2012), la feuille de route multisectorielle 2006-2015 pour la santé maternelle et le Plan National Stratégique pour la Survie de l'Enfant pour la période 2008-2015. Ces plans sont préparés, validés et périodiquement examinés de manière participative. Ils contiennent des objectifs visant l'accès universel des enfants et des femmes aux soins de santé primaires et leur mise en œuvre comporte souvent une amélioration de l'accès aux services.

« l'état ainsi que les collectivités comme le conseil régional devraient doter le pays d'équipement sanitaires conformes au contexte des régions, mais aussi de la formation de personnel de santé qualifié » M. G, président du parlement des enfants de Tambacounda

Cependant, il y a lieu de relever que ces exercices pèchent par une faiblesse technique récurrente de conception car ils font référence aux notions et vulnérabilité mais n'utilisent que rarement les outils de programmation qui leur sont associés. Par exemple ces plans ne prennent pratiquement en compte les recommandations faites au Sénégal par les comités du suivi des conventions et traités (CDE et de la CEDER). De même les méthodes de ciblage restent très globales. L'étude de cas sur la protection sociale des enfants au Sénégal 2008 a montré qu'il y avait encore, de nombreux enfants qui ne bénéficiaient pas de soins de santé primaires. Les enfants et les jeunes bénéficiaient de prestations gratuites pour les soins anténatals et périnataux, les traitements antipaludiques et la vaccination mais tous les autres soins payants obligeant les parents (à l'exception de ceux couverts par les systèmes de sécurité sociale formels) de disposer de suffisamment de ressources pour payer les frais de santé ou pour contribuer à une mutuelle de santé. Ceci exclut de facto tous les enfants pauvres. Plusieurs initiatives ont été lancées pour étendre la couverture de la protection sociale à un plus grand nombre de chefs de famille et de dispensaires de soins mais malgré tous les efforts déployés, la couverture reste faible : le pays ne compte que 129 mutuelles de santé couvrant un nombre de bénéficiaires des mutuelles équivalent à seulement 3,79% de la population. Les autres projets en cours de développement (secteur agricole et transports) ne prennent pas en compte les risques de santé pour les enfants et les femmes très vulnérables (enfants des rues, enfants victimes de maltraitance, des violences, etc.). De manière générale les allocations de ressources au secteur de la santé restent insuffisantes, en deçà des seuls recommandés par l'OMS (10%) et la Déclaration d'Abuja (15%) et mal ciblée car surtout utilisées au profit du système hospitalier au dépend du réseau des soins de santé

Tableau 2.2: Nombre d'enfants couverts par les régimes de sécurité sociale

Nombre d'enfants bénéficiant de prestations familiales	% d'enfants couverts	
	0-14 ans	0-19 ans
Allocations CSS (2005)	156.318	3,4
Allocations au titre du régime fonctionnaires (2005)	209.411	4,6
Allocations au titre RG IRPS (2004)	182.691	4
Allocations du Fonds national de retraite fonctionnaires (2004)	58.116	1,3
Nombre total estimé couvert par les prestations familiales	606.536	13,3
		10,5

Source : Amyske (2008) cité dans la Protection Sociale en Afrique de l'Ouest ; Etude de cas du Sénégal, UNICEF, 2009

Parmi les principales insuffisances des services de l'Etat on invoque la faiblesse des capacités de planification stratégique du système et le manque de coordination intersectorielle. Le rapport de la revue annuelle 2008 du DSRP met en évidence la faible adhésion au département de la santé au processus de la stratégie nationale de réduction de la pauvreté et donc la perte d'opportunités pour des interventions synergiques avec les autres secteurs. Les secteurs de l'éducation et de l'agriculture, qui ont une implantation territoriale beaucoup plus dense que le secteur de la santé, pourraient venir en appui à la santé s'ils étaient plus impliqués dans la lutte contre la malnutrition des enfants, la diffusion des messages sur les gestes qui sauvent la vie (lavage des mains, utilisation des moustiquaires, allaitement maternel, thérapie de réhydratation orale) actions qui ne nécessitent pas des compétences spécialisées.

Le parlement et le sénat ont pour obligations de proposer, réviser et voter les lois ainsi que de contrôler l'action du Gouvernement. Les commissions spécialisées de ces deux institutions doivent se tenir informées de manière régulière des problèmes afin de mieux défendre le droit des enfants à la santé. Dans les faits, le parlement et le sénat jouent un rôle assez faible et ne contre balancent pas suffisamment le poids de l'Exécutif. Si les parlementaires et sénateurs interpellent de manière régulière les membres de l'Exécutif sur les politiques et plans de santé, les membres de ces institutions ont une capacité d'influence limitée sur l'établissement des priorités et l'utilisation des ressources.

Les médias

Les médias doivent jouer un rôle de sensibilisation et de vulgarisation des informations sur la problématique de la santé, en général. En fait, ils s'investissent dans la prévention des maladies dont souffrent les enfants, la mortalité maternelle et le VIH/SIDA, mais elles disposent de peu de capacités et surtout de moyens pour développer et mettre en œuvre des activités pouvant obtenir des changements des comportements durables. Les activités sont pour la plupart conjonctuelles. La grande mobilisation sociale réalisée lors du lancement du programme élargi de vaccination et qui a fortement contribué au maintien d'une demande de services soutenue sur plusieurs années s'est essouffée et n'a plus été capable de jouer d'influence ni sur les communautés ni sur les décideurs. Cela expliquerait en partie de retour des maladies éliminées comme la poliomyélite ou réduite comme la rougeole.

« Il ne faut pas que l'on indexe l'Etat : l'Etat ne peut pas tout faire. Si par exemple le journaliste avait fait un réseau de journalistes qui parlerait uniquement de la survie de l'enfant, les leaders d'opinions le font, les parents de même. On aurait mis en synergie toutes ces actions et là on allait voir les impacts et les résultats. Et dans les politiques que nous développons en matière de santé et de manière générale au Sénégal, on ne mesure pas l'impact. C'est souvent une lutte multidimensionnelle mais les acteurs ne peuvent pas apprécier la part de chacun et l'impact que cela peut donner » Un leader d'opinion

Les partenaires privés

Ces partenaires jouent un rôle dans la réalisation du droit à la survie des enfants et des femmes du Sénégal en contribuant à rendre plus disponibles les services de santé. Cependant la majorité de ces entités ne s'intègre pas de manière harmonieuse dans le système national de santé national, à l'exception de quelques structures de type caritatif. Elles pratiquent des coûts qui ne sont pas accessibles à la plupart des sénégalais. Il y a nécessité pour le ministère de la santé de mettre en place une politique d'intégration du secteur privé dans la mise en œuvre des programmes de santé. Selon le PDIJS, la résorption du déficit en personnel et le rééquilibrage généralistes/spécialistes nécessitera une collaboration accrue entre le ministère de la santé, l'université et les écoles de formation professionnelle en santé.

Les partenaires techniques et financiers

L'aide apportée par les PTF au titre de l'aide publique au développement (APD) est importante pour le développement du Sénégal. Cette aide, fournie dans le cadre à de la déclaration de Paris adoptée par le Sénégal, atteint en moyenne 800-1000 millions USD par an (9 à 10 % du revenu national brut). Une bonne partie est utilisée pour les secteurs sociaux. Selon les comptes nationaux de la santé 2005, l'aide extérieure continue à hauteur de 21 % du financement de la santé. Les financements sont généralement ciblés et portent majoritairement sur le renforcement des capacités et la protection des groupes vulnérables, les enfants et les femmes. L'adhésion à la déclaration de Paris induit, aussi, la notion de responsabilité co-responsables de l'utilisation qui est faite des ressources mobilisées. Dans ce cadre, les partenaires jouent leurs rôles en termes de suivi en participant aux rencontres trimestrielles organisées par les services du gouvernement pour le suivi des engagements du Groupe consultatif, de la revue annuelle conjointe du DSRP, et du plan d'action conjoint sur l'efficacité de l'aide et de la mise en œuvre de l'Arrangement-cadre sur les appuis budgétaires (ACAB), comité de coordination inter agences pour la vaccination, comité

consultatif du programme SIDA. Cependant, l'enquête conduite sous la supervision de OCED en 2008 a montré que les partenaires avaient encore des progrès à faire parce qu'ils utilisent encore faiblement l'appui budgétaire direct (23% en 2005, et seulement 19% en 2007 de l'aide extérieure destiné à l'Etat est passée par les systèmes nationaux d'exécution budgétaire) et que l'alignement par rapport aux objectifs du DSRP reste faible. Malgré des progrès récents, cette situation pourrait compromettre l'atteinte des OMD du secteur.

IV CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

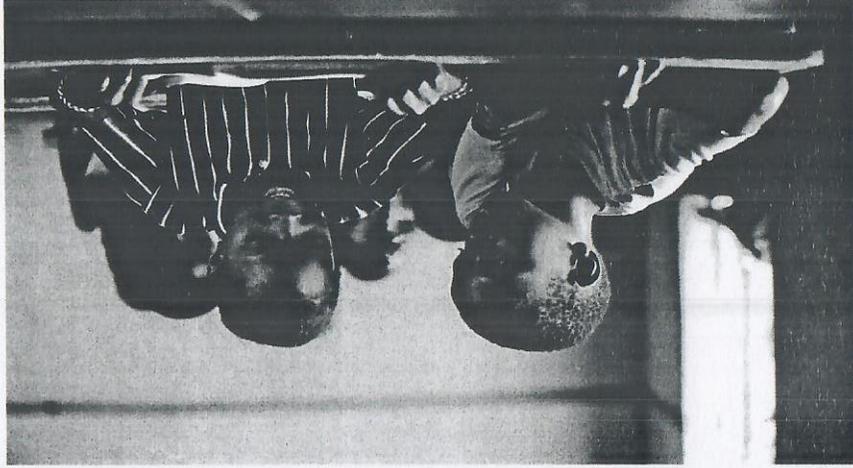
Le Sénégal a enregistré, entre 2005 et 2009, des résultats importants qui se sont traduits par une baisse de 70 pour mille à 54 pour mille pour la mortalité infantile, de 121 pour mille à 85 pour mille pour la mortalité infanto-juvénile. La mortalité maternelle a régressé de 510 à 401 décès pour 100.000 naissances vivantes. Améliorer ces acquis reste un grand défi du secteur car de nombreux indicateurs montrent que la situation reste fragile. La résurgence de la rougeole et de la poliomyélite montre que la lutte pour la survie requiert des politiques et des programmes sociaux cohérents et équitables.

Les familles et les communautés ont non seulement besoin de renforcer leurs connaissances sur la santé mais doivent davantage participer à la prévention de la maladie, en luttant plus efficacement contre les attitudes néfastes et en adoptant des pratiques conformes avec les besoins de survie des enfants et des femmes. Une stratégie de communication pour le changement de comportement bien coordonnée, moins conjoncturelle et mieux ciblée sur les causes les plus fréquentes de la mortalité des enfants et des femmes permettrait non seulement d'obtenir des comportements adéquats et durables mais permettrait aussi des gains substantiels en termes de coûts car les enfants seraient moins souvent malades et présenteraient des pathologies plus faciles à traiter quand ils seront malades.

Les prestataires de soins doivent faciliter l'offre de soins et améliorer l'accès aux patients et notamment aux plus vulnérables. Le rôle des comités de santé, des collectivités locales et des équipes de supervision est essentiel et a été démontré, y compris au Sénégal lors de l'introduction de l'initiative de Bamako. Ces entités doivent jouer leur rôle en participant davantage à la supervision des infrastructures de soins. Ceci pourrait être obtenu par une revitalisation de l'initiative de Bamako et une plus grande implication des collectivités locales dans la gestion et le financement des infrastructures sanitaires.

L'Etat est le principal obligataire dans la réalisation du droit à la santé des enfants et des femmes. Le niveau actuel de développement du pays et les projections économiques pour les prochaines années montrent qu'il ne pourra continuer, à lui seul, soutenir le fonctionnement et le développement du secteur tel que projeté dans l'ambitieux plan de développement 2009-2018. Il devrait accorder une plus grande priorité aux programmes destinés aux femmes et aux enfants à travers une meilleure articulation du plan de développement sanitaire et de la stratégie de réduction de la pauvreté. Cela suppose un effort pour focaliser davantage les ressources sur les secteurs et les zones ciblés par la stratégie de réduction de la pauvreté. L'Etat pourrait accompagner cet effort de priorisation par celui de l'extension et de ciblage des projets actuels en protection sociale. A l'instar de la gratuité des soins de santé introduite pour les personnes âgées par le biais du Plan Sésame, le pays gagnerait à mettre en place des mécanismes pour les enfants. Enfin ces efforts pourraient être soutenus par une plus grande rationalisation dans l'utilisation des ressources disponibles car le secteur dispose d'une importante marge de manœuvre en matière de gestion et de coordination des nombreux programmes, stratégies, et initiatives disponibles.

Les partenaires, en subventionnant une part conséquente des coûts de la santé, jouent de facto un rôle déterminant dans l'accès aux soins des populations. Ils devraient faire plus d'efforts pour mieux coordonner leurs programmes autour de la stratégie de réduction de la pauvreté qu'ils ont été les premiers à recommander. Quelque soit leurs modes respectifs de transfert de ressources, ils doivent améliorer leur partenariat autour de leurs avantages comparatifs, accepter de contribuer conjointement à renforcer les capacités de coordination des partenaires nationaux, ne plus travailler sur la base de zones de concentration qu'ils sélectionnent eux-mêmes mais plutôt aligner leurs ressources sur les priorités et les besoins nationaux, et enfin éviter de se substituer aux instances nationales en subventionnant directement des agences d'exécution.



CHAPITRE III

LE DROIT DES ENFANTS A L'EDUCATION DE BASE

L'éducation est un moyen puissant pour lutter contre la pauvreté et l'exclusion, renforcer les droits des personnes vulnérables, protéger les enfants contre l'exploitation, promouvoir les droits de l'homme et la démocratie, protéger l'environnement et agir sur le développement humain durable. L'accès universel à l'éducation de base pour tous les enfants du monde est un des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). L'atteinte OMD3 sur l'éducation conditionne l'atteinte de tous les autres OMD.

Le droit de l'enfant à l'éducation est reconnu par plusieurs articles de la CDE. L'article 28 stipule que « Les Etats parties reconnaissent le droit de l'enfant à l'éducation... et en vue d'assurer l'exercice de ce droit progressivement et sur la base de l'égalité des chances: ils rendent l'enseignement primaire obligatoire pour tous; ils encouragent l'organisation de différentes formes d'enseignement secondaire, tant général que professionnel, les tendent ouvertes et accessibles à tout enfant, et prennent des mesures appropriées telles que l'instauration de la gratuité de l'enseignement et l'offre d'une aide financière en cas de besoin ». L'article 29 stipule que les Etats conviennent que l'éducation de l'enfant doit viser, à favoriser l'épanouissement de la personnalité de l'enfant et le développement de ses dons et de ses aptitudes mentales et physiques, dans toute la mesure de leurs potentialités. » L'article 31 stipule que les Etats reconnaissent le droit de l'enfant au repos et aux loisirs, de se livrer au jeu et à des activités récréatives propres à son âge, y compris à participer aux activités culturelles et artistiques.

Cinquante ans après l'indépendance, le Sénégal a fait des progrès remarquables en vue d'offrir à tous les enfants une éducation de base. Le pays, hôte de la conférence sur le Forum mondial de l'Education Pour Tous en 2000, s'est engagé à l'instar des autres nations à atteindre l'OMD 3 en 2015. Il s'est fixé, à cet effet, comme objectif intermédiaire pour 2010, d'atteindre un taux de 100% dans la scolarisation élémentaire. Les efforts ont été reconnus et encouragés par la communauté internationale avec cependant

Le Comité recommande à l'Etat partie (Recommandations du comité des droits de l'enfant 20 octobre 2006):

- De continuer à prendre les mesures pour veiller à ce que les enseignants soient correctement formés;
- De veiller à ce que les filles et les garçons des zones urbaines, rurales et les moins développées aient tous accès, dans des conditions d'égalité, à des possibilités d'éducation et d'intensifier ses efforts en vue d'accroître sensiblement le taux de scolarisation dans l'enseignement primaire en accordant une attention particulière aux disparités entre zones urbaines et zones rurales;
- D'adopter des mesures visant à réduire le taux d'abandon scolaire;
- D'annuler la circulaire administrative qui empêche les filles enceintes de poursuivre leurs études en fonction de leurs aptitudes individuelles, conformément à l'article 11-6 de la Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant.

I ETAT DES LIEUX, PROGRES ET EVOLUTIONS MAJEURES

quelques réserves.

Le Sénégal fait partie des premiers pays africains à avoir initié un programme sectoriel pour le développement de l'éducation. Ce choix a permis au pays de faire, depuis 2000, des progrès dans toutes les composantes du secteur formel (éducation préscolaire, élémentaire, moyen et secondaire général, formation technique et professionnelle, supérieur, éducation spéciale) ainsi que dans celles du secteur non formel (alphabétisation, écoles communautaires de base et « écoles du même type »).

En 2009, il y avait 5,1 millions enfants âgés de 3 à 19 ans titulaires du droit à l'éducation, dont un 2,6 millions était des garçons et 2,5 millions des filles. De cet effectif, seulement 2,4 millions (46,5 %) étaient inscrits dans les établissements du secteur formel, tous niveaux confondus. Près de 2,7 millions d'enfants (53,5 %) ne fréquentaient aucun établissement scolaire et leur droit à l'éducation n'était pas encore réalisé.

Tableau 3.1 : Situation en 2009 des enfants à l'éducation de base selon l'âge et le sexe

Tranche d'âge	Enfants scolarisés : dont le droit à l'éducation est respecté		Enfants non scolarisés : dont le droit à l'éducation n'est pas respecté	
	Garçons	Filles	Total	Filles
3-6 ans	126,403	59,789	66,614	616,259
7-12 ans	1,652,585	816,377	809,208	62,780
13-16 ans	472,661	254,969	217,692	347,020
17-19 ans	143,111	83,577	59,534	323,374
Total	2,367,760	1,214,299	1,153,048	1,349,833
%	100,0%	51,2%	48,8%	49,5%

Source : Rapport National sur la Situation de l'Education, 2009

La tranche 18 - 19 ans ne fait pas partie de la définition officielle des enfants. Les effectifs présentés surestiment donc la demande et l'offre d'éducation pour les enfants.

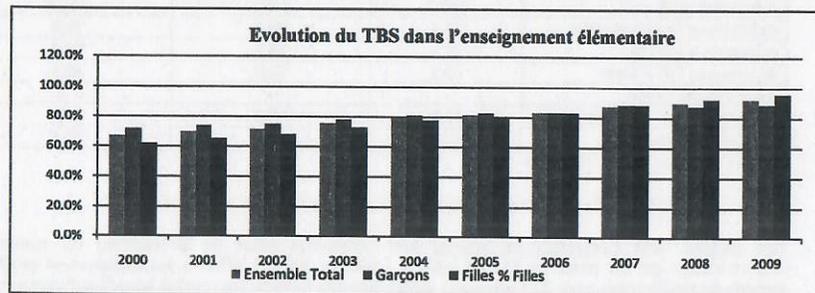
Tableau 3.2 : Capacités d'accueil et indicateurs de performance selon le cycle d'enseignement

Cycle	Nombre de structures/classes	% d'enseignants dans le public ayant un diplôme pédagogique	Taux Brut de Scolarisation (%)		
			Garçons	Filles	Ensemble
Pré-scolaire	1,540	33,0	1,11	8,2	8,8
Elémentaire	7,705	46,2	1,05	88,0	90,1
Moyen	1,006	38,7	0,83	42,8	39,2
Secondaire	238		0,69	18,7	15,8

Annuaire Statistique national, 2007/2008)

La non-réalisation du droit à l'éducation concerne surtout les enfants d'âge préscolaire (3-6 ans). Durant cette période de la vie de l'enfant, l'éducation joue un rôle déterminant car elle prépare l'enfant à mieux aborder les apprentissages scolaires du cycle élémentaire. Au Sénégal cet enseignement est assuré dans les garderies d'enfants privées formelles, les écoles maternelles, les écoles communautaires et les casernes de tous petits ». Au total ces structures accueillent environ 126,403 enfants de 3 à 6 ans, dont 66,614 filles, sur un effectif total estimé à 1,257,257 enfants scolarisables. Ce chiffre s'est progressivement amélioré entre 1999 et 2008 mais seulement 9% des enfants fréquentent à ce jour ce type d'enseignement. L'essentiel des enfants fréquente une école appartenant au groupe des enfants âgés de 7 à 12 ans. C'est dans ce groupe que le droit à l'éducation est le mieux réalisé car l'enseignement élémentaire représente la première priorité de la politique éducative. En 2009, on estimait à un peu plus de 1,6 million les enfants, dont 50 % étaient des filles, fréquentant les 7,939 établissements de l'enseignement élémentaire. Ces taux ont progressivement augmenté entre 2000 et 2009 avec un taux brut de scolarisation qui a grimpé de 67,5 % à 92,5 %. Malgré ces progrès significatifs, notamment chez les filles (le gain a été 33,6% permettant au Sénégal d'atteindre la parité filles/garçons dans l'enseignement élémentaire) tous les enfants de 7 à 12 ans

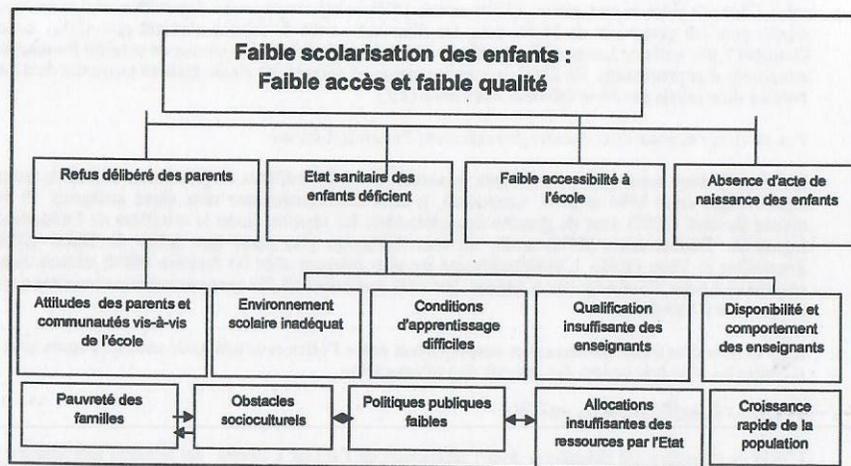
ne vont pas à l'école avec un net déséquilibre en défaveur des enfants habitant dans les régions rurales et pauvres.



Malgré les efforts déployés le pays reste confronté à des défis majeurs en termes d'équité et de disparités. Des régions comme celles de Dakar (119,7%), Fatick (111,5%), Kolda (106,7%) et Ziguinchor (107,8%) enregistrent des taux supérieurs à 100% alors que d'autres comme celles de Diourbel (56,2%), Louga (70,0%), et Kaolack (72,7%) ont encore des taux largement inférieurs à la moyenne nationale qui s'établit à 92,5%. L'indice nationale de parité cache aussi les disparités en défaveur des filles dans certaines régions. Les filles sont nettement plus nombreuses que les garçons dans les régions de Dakar (127,8%), Diourbel (61,1%), Fatick (112,6%), Kaolack (75,4%), Louga (71,6%), Matam (88,7%), Saint-Louis (100,4%), Thiès (105,0%) et Ziguinchor (109,5%). On observe l'inverse, dans les régions de Kolda (102,0%) et Tambacounda (87,7%).

La situation en termes d'équité à l'accès et maintien au niveau de l'enseignement secondaire est encore plus défavorable car moins de la moitié (41,4%) des enfants scolarisables âgés de 13 à 16 ans sont scolarisés.

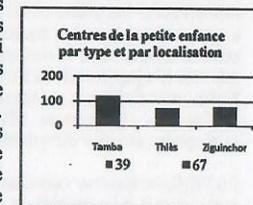
II ANALYSE CAUSALE



2.1 Disponibilité des classes, accessibilité et qualité sont les premiers freins à la scolarisation

La scolarisation durant la petite enfance et à l'âge préscolaire en progrès mais encore très faible

Depuis 2000, de nombreux efforts ont été déployés pour étendre le secteur de la petite enfance et du préscolaire en le dotant d'un cadre institutionnel et de ressources financières. Le Ministère en charge de l'éducation nationale et l'Agence de la Case des Tous Petits, aidés par des ONG, ont mis en place un vaste plan de création de structures, de formation des animateurs, des mères assistantes, des grands-parents, des comités de gestion et des directeurs d'écoles. Des campagnes de sensibilisation ont été aussi organisées pour sensibiliser les parents, les familles et les communautés sur l'importance de ce type d'éducation. En résultat le pays disposait, en 2009, de 1.725 structures d'enseignement²⁰. Cependant l'extension du système de la petite enfance bien que plus avancée au Sénégal que dans la plupart des pays de l'Afrique de l'Ouest est encore largement insuffisante. En 2009, sur une population de 1,384,000 enfants scolarisables, il n'y avait que 126,403 enfants scolarisés²¹ (25,392 en 2000). Si les efforts déployés ont permis d'éviter la disparité filles-garçons (les filles constituent 53% des effectifs) ils n'ont pas eu d'impact sur la disparité urbain-rural puisque le milieu rural où vivent 54% de la population totale n'a bénéficié que de 39% des structures. Cela est dû au secteur privé qui s'est prioritairement installé dans le milieu urbain où il constitue 70% des établissements. La chance pour un enfant d'accéder à un centre de la petite enfance est aussi très faible si ses parents habitent dans une région pauvre. Le taux de scolarisation atteint 17,2% dans la région de Ziguinchor, 16,3% à Dakar et 11,2% à Thiès mais tombe à 3,8% à Diourbel, 3,5% à Kaolack, 4,5% à Kolda et 5,2% à Matam. Dans ces régions connues pour être pauvres la majorité des établissements sont de type communautaire, bien moins équipés.



L'effort d'extension n'a pas été suivi de celui de la qualité dont souffre la majorité des établissements de la petite enfance et du préscolaire. La revue conduite en 2009 pour évaluer la Politique d'éducation et de protection de la petite enfance au Sénégal²² a mis en évidence des points critiques comme l'inadaptation des prestations aux besoins des enfants tout petits en raison du manque de normes de services et des qualifications généralement insuffisantes des personnels d'encadrement. L'accélération de l'extension des centres s'est accompagnée de recrutements de personnels alors que le pays ne disposait pas de capacités suffisantes de formation. Une évaluation récente a relevé que les animateurs venaient de corps professionnels divers (éducateur préscolaire; animateur communautaire sans formation professionnelle, maître polyvalent...) et que seulement 4% des encadreurs communautaires et 8% des personnels des centres privés possèdent le Certificat d'Aptitude Pédagogique ou le Certificat Élémentaire d'Aptitude Pédagogique.

Des progrès indéniables dans l'enseignement élémentaire mais beaucoup reste à faire

L'école primaire constituant un espace où l'enfant passe une majeure partie de son temps, celle-ci doit être accessible, sécurisée, conviviale et répondre aux attentes des enfants et des parents. Depuis 2000 le gouvernement du Sénégal ayant accordé une grande priorité à l'éducation le nombre des écoles primaires a progressé de 5.405 en 2002 à 7.939 unités en 2009. Si la grande majorité des établissements est publique (88%), le pays dispose aussi d'un secteur privé dynamique avec 6% des établissements appartenant au privé laïc, 3% au secteur privé franco-arabe, environ 2% au privé catholique et 2% au privé franco-arabe.

Tableau 3.3 : Ecoles élémentaires et élèves selon le milieu de résidence et le statut de l'établissement

Zone	Public	Public Franco-arabe	Privé laïc	Privé catholique	Privé protestant	Privé franco-arabe	Total
Rurale	5,992	77	16	51	1	80	6,218
Urbaine	982	28	470	80	10	153	1,721
Sénégal	6,975	103	486	131	11	233	7,939
Sénégal	87,9%	1,3%	6,1%	1,7%	0,1%	2,9%	100,0%

Cette augmentation des infrastructures a permis d'améliorer la disponibilité des places et d'enclencher une politique de recrutement sur une plus grande échelle mais n'a pas été suffisante pour répondre aux besoins. En effet et malgré les importants efforts consentis on estime que l'école sénégalaise n'est toujours pas en mesure de répondre aux attentes des parents et des décideurs politiques. Selon les projections démographiques près de 50% des enfants scolarisables dans le primaire seraient en dehors des écoles. Pour pallier en partie à cette situation due à l'insuffisance en infrastructures, le pays a mis en place plusieurs mesures dont, outre les classes fonctionnant à flux simple, des double flux et des classes multigrades. Actuellement les classes à double flux et les classes multigrades qui respectivement pour 9% et 21 % des classes. Cependant cet effort d'adaptation à la demande n'a pas toujours été accompagné de tous les moyens requis et on estime que cela n'a pas contribué à réduire fortement les disparités. On trouve, à quelques exceptions près comme Kolda, plus ces types de classes dans les zones rurales pauvres que dans les zones urbaines. Les classes à double flux représentent 15% des salles dans les régions de Dakar, 18 % à Thiès, tandis que les multigrades environ 30% dans les régions de Louga, Kaolack, Tambacounda et Saint-Louis.

En 2010, le système continue de souffrir non seulement du manque d'infrastructures et de moyens mais aussi de mal gouvernance et de qualité. Les enfants les plus défavorisés sont ceux qui appartiennent au monde rural car dans ces écoles le cycle scolaire n'est pas entièrement disponible et l'environnement des apprentissages est le plus difficile. Selon le rapport de la revue 2009 du Ministère de l'éducation nationale portant évaluation de la performance du secteur vis à vis du CDMT²³, 68% des écoles du milieu rural ne peuvent offrir un cycle élémentaire complet (93 % en milieu urbain) en raison du manque de classes et d'enseignants. En moyenne plus de 48 % des écoles ne disposent ni de points d'eau ni de latrines mais ce taux chute en milieu rural où seulement 38% des écoles disposent de points d'eau. Alors que 85 % des écoles publiques urbaines disposent de latrines, ce taux n'atteint que 48 % en milieu rural. Environ 37% des enfants manquant, aussi, de manuels scolaires. Durant les premières classes (C1 et CP2), en moyenne un élève est doté de 1,3 manuel (la norme nationale est d'un manuel pour la lecture et un pour le calcul). Les manuels de géographie et d'histoire manquent cruellement. Une autre contrainte est celle relative au contenu des curricula révisés et de la langue utilisée pour enseigner. Un nombre croissant de spécialistes estime que l'utilisation de la langue française devrait être évaluée pour apprécier sa valeur ajoutée par rapport aux langues nationales.

Les éléments évoqués ci-dessus contribuent, seuls ou associés, à démotiver les parents, les associations de parents d'élèves et les élèves eux-mêmes qui finissent par perdre confiance en l'école. En résultat de ces multiples contraintes et défaillances, les taux de redoublement et d'abandon, bien qu'en constante réduction, continuent au dessus des objectifs nationaux. En 2008/2009, ces taux ont atteint respectivement 8% et 11 %. Le pic du redoublement survient surtout en classe de CM2 (16%) qui est une étape charnière dans la progression scolaire. L'abandon est plus fréquent en classes de CM1 (17%) et de CM2 (22%). Depuis 2000 les efforts déployés par le ministère ont permis de relever les taux d'achèvement de 38,6% en 2000 à 59,6 % en 2009 contre une cible de 62%, avec un très léger avantage pour les filles (60,4%). En conséquence le taux de réussite au Certificat de Fin d'Études Élémentaires (CFEB) s'est beaucoup amélioré augmentant de 46,8 % en 2000 à 60,8 % en 2009. Il reste légèrement plus élevé chez les garçons (64%) que chez les filles (57%). Malgré tous les efforts, les progrès dans l'élémentaire sont lents et demeurent trop faibles pour espérer atteindre l'Objectif de Développement du Millénaire de scolarisation universelle à l'horizon 2015

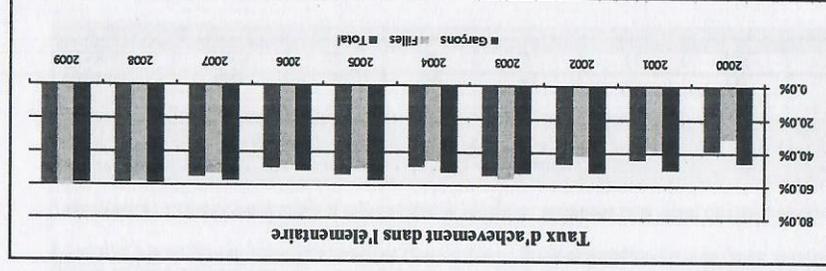


Tableau 3.3 : Taux de transition entre cycles, d'achèvement de cycle et de réussite à des examens

Taux	Annuaire Statistique national, 2007/2008	
	Garçons	Filles
Admission au CI	108,5	119,1
Achèvement de l'élémentaire	58,8	58,2
Admission au CFEB	72,8	68,2
de transition CM2- 6ème	63,7	50,0
Admission au BEFM	-	-
Admission 3ème - seconde	52,9	47,8
Admission au Bac	42,1	41,3
Ensemble	58,4	70,4
	60,5	37,0
	50,7	41,8

Causes du faible taux de scolarisation dans l'enseignement moyen et secondaire

Les progrès dans l'enseignement moyen sont estimables grâce au doublement du nombre des établissements qui est passé de 551 en 2003 à 1,096 en 2009. L'effort a particulièrement profité aux enfants du monde rural avec 320 nouveaux établissements publics. En résultat les effectifs ont progressé passant de 186,000 en 2000 à 473,000 élèves en 2009 dont 82% des effectifs fréquentant les établissements publics. Les conditions d'apprentissage des enfants, toutefois, ne se sont pas réellement améliorées avec un effectif moyen par classe qui n'a baissé que de 54 en 2006 à 52 en 2009 (la norme nationale est de 45) et un nombre moyen de manuels par élève en deçà de la norme de cinq manuels par élève pour chacune des quatre classes du moyen. On ne trouve que 2,2 livres par élève en sixième, 2 en cinquième, 3 en quatrième et 3,8 en troisième. Les effectifs élevés par classe et le manque de moyens d'apprentissage favorisent des taux de redoublement et d'abandon élevés qui s'aggravent avec l'âge des enfants. Plus les enfants avancent dans le cycle plus ils ont de chances de redoubler: de 12,2% en sixième ce taux passe à 25,4% en troisième. L'abandon suit la même tendance augmentant de 6,5% en sixième à 23,8% en troisième. Les filles sont plus défavorisées que les garçons avec un taux de redoublement atteignant 16,6% et un taux d'abandon 7,8% alors que chez les garçons ils n'atteignent respectivement que 15,5% et 10,2%.

Depuis 2000 le secteur de l'enseignement secondaire a aussi progressé permettant aux effectifs de plus que doubler en passant de 59,000 en 2000 à 143,000. Cette progression a profité particulièrement aux filles. Malgré ce bon la progression reste faible en raison du manque d'infrastructures. Le taux moyen de scolarisation reste bas avec la persistance des disparités entre filles et garçons et entre milieu urbain et rural. Chez les filles le taux atteint 15,5% contre 18,4% chez les garçons. Ziguinchor atteint un taux de 46,6% pour les garçons et de 35,1% pour les filles mais celle de Matam n'atteint que 4,9%, celle de Dioubel 7,8%, celle de Louga 8,7% et celle de Tambacounda 9,9 %. Les causes en seraient les mauvaises conditions d'apprentissage. En 2009, le nombre moyen d'enfants par classe était en moyenne de 47 et le nombre de manuels par élève inférieur à la norme (2,1).

Feu de progrès pour faire reculer durablement l'analphabétisme

L'analphabétisation a enregistré des progrès importants avec 2,1 millions de personnes (80,3% de femmes) alphabétisées entre 1994 et 2007. Cependant, le taux d'analphabétisme reste élevé atteignant 59 % au niveau national (2007) avec de grandes disparités entre les régions. Selon le ministère de l'éducation, la région de Tambacounda (65%) aurait un taux beaucoup plus élevé que celles de Dakar (28,3%), Ziguinchor et Thiès (40%). L'analphabétisme est plus fréquent chez les femmes (68%) surtout dans les régions de Louga, Tambacounda et Matam. En 2007 seulement 62,223 personnes étaient inscrites dans un programme d'alphabétisation.

2.2 Manque d'actes de naissances et inadéquation entre l'offre et la demande sont les causes sous-jacentes les plus fréquentes des retards dans l'éducation

L'acte de naissance joue un rôle clé

L'acte de naissance est obligatoire pour l'inscription de l'enfant à l'école. Au Sénégal son absence peut être non seulement une cause de non inscription mais aussi une source d'abandon de l'école. Selon

l'EDSIV 2005, près 45 % des enfants âgés de moins de cinq ans n'avaient pas d'acte de naissance. Pour pallier au manque d'acte de naissance l'état permet que les enfants soient inscrits provisoirement mais ces enfants ne sont pas autorisés à passer l'examen de fin de cycle élémentaire si la situation n'est pas régularisée. En milieu rural, malgré les campagnes et autres événements spéciaux (audiences foraines) organisés régulièrement par les ministères de l'éducation et de la famille l'absence d'acte de naissance constitue une des causes majeures de la faible scolarisation.

- « Si on amenait un autre agent, plus dynamique et plus ouvert, beaucoup de parents allaient inscrire leurs enfants. Ce ne sont pas les populations qui sont réticentes, mais c'est l'agent qui constitue un facteur de blocage. Il n'est pas ouvert du point de vue de son caractère et de son tempérament ». Avis d'un parent d'élève.

Problème chronique de qualification des enseignants

Le problème des ressources humaines est une autre contrainte qui plombe le développement du secteur éducation. Les efforts de massification de l'éducation élémentaire ont obligé le pays à procéder à des recrutements importants de personnels qui n'avaient pas tous les diplômes requis ou les connaissances suffisantes. Malgré la multiplication et la décentralisation des écoles de formation des instituteurs, le relèvement des compétences constitue un véritable défi. Les fonctionnaires ne comptent que pour 35 % des enseignants; le reste des effectifs étant constitué pour 44% de maîtres contractuels, 17% de volontaires et 5 % de décisionnaires. Pour 57% des enseignants, le diplôme professionnel n'est pas déterminé. Dans les milieux ruraux ces nouveaux enseignants rencontrent beaucoup de difficultés à s'insérer ce qui crée des tensions avec les communautés locales et a des répercussions sur l'apprentissage des enfants. Cette situation les pousse à demander fréquemment à changer de lieux d'affectation, ce qui contribue à perturber davantage la scolarité des enfants. Le rapport 2006 du PDEF lie ces problèmes au mode de recrutement local qui favorise les personnes ayant de l'influence. A ces contraintes s'ajoutent les problèmes sociaux récurrents qui secouent un corps enseignant en perpétuelle mutation. Les grèves répétitives et fréquentes réduisent le quantum horaire et bloquent le bon fonctionnement de l'école, affectant ainsi, la qualité de l'enseignement et le rendement scolaire.

Une faible prise en compte du rôle inclusif de l'éducation

Le handicap, qu'il soit physique, mental ou sensoriel, qu'il soit important ou mineur, constitue un facteur d'exclusion. En 2007 une étude²⁴ du Conseil pour la Réadaptation et l'Intégration des Personnes Handicapées (CORIPH) a montré que les raisons les plus fréquentes de l'exclusion des enfants des écoles dans les départements de Thiès et Rufisque étaient le manque d'aménagements architecturaux, le manque de capacités des enseignants pour prendre en charge les enfants ayant des besoins spéciaux et le peu de préparation des parents et des enfants à cohabiter avec ces enfants. En conséquence les enfants handicapés sont scolarisés dans des établissements spéciaux qui malheureusement n'existent qu'en très petit nombre et à l'intérieur ou à proximité des grandes villes excluant de facto les enfants vivant à l'intérieur du pays et les enfants des familles pauvres qui n'arrivent pas à assumer les frais connexes (transports, équipement...). Selon une autre étude réalisée par le même CORIPH, le pays ne compte que quatre établissements publics et une dizaine d'établissements privés pour l'éducation et la formation des enfants et jeunes handicapés. Le nombre d'enfants qui y est accueilli ne dépasse pas 500 enfants alors que le recensement de 2002 avait indiqué que la population comptait près de 1,4 % d'handicapés.

2.3 Pauvreté, ressources insuffisantes et attitudes constituent des causes structurelles importantes

La pauvreté des familles, un obstacle important

L'état a fait de l'éducation un axe important de la stratégie de réduction de la pauvreté et y consacre une partie de ses ressources avec pour objectifs de réduire les inégalités et de venir ainsi en aide aux parents pauvres qui n'ont pas toute la capacité de prendre en charge les coûts liés à l'éducation. Ces dépenses publiques profitent bien à l'ensemble de la population mais ne sont ni suffisantes, ni bien réparties entre les différents postes de dépenses et entre les catégories sociales, ce qui oblige de nombreux parents à acheter livres et fournitures, à payer des frais de transport et diverses autres cotisations scolaires (inscription, association des parents...). Cette participation financière constitue une barrière que ne peuvent franchir de nombreux enfants pauvres. Selon l'étude du CORIPH la pauvreté des parents est la première

cause invoquée d'exclusion scolaire. Une autre enquête conduite dans la région de Kolda²⁵ relève que beaucoup de parents confient leurs enfants aux marabouts car ils ne peuvent faire face aux frais d'inscription ni ceux afférents au transport. Cette pauvreté pousse les parents à utiliser les garçons dans les travaux au lieu de les envoyer à l'école. Les enfants ont ainsi le monopole du gardiennage des troupeaux, les filles celui des petits travaux domestiques et de la garde des enfants et de plus en plus dans des activités génératrices de revenus pour la famille. Les données du ministère de l'éducation montrent que l'abandon est plus fréquent dans les régions de Kolda (15%) ; Tambacounda (15%) et Diourbel (14%) connues comme étant des régions pauvres.

- Vu la cherté de la vie et le nombre d'enfants à prendre en charge, j'étais obligé d'inscrire seulement deux de mes enfants pour couvrir les dépenses quotidiennes du ménage ». « Notre niveau de revenu faible ne nous permet pas de répondre aux besoins scolaires de nos enfants car il nous est difficile d'assurer à nos enfants les trois repas par jour ». Participant au focus groupe

Une croissance démographique qui prend de vitesse tous les investissements pour améliorer l'offre

La demande de l'éducation est déterminée aussi par la croissance de la population. Annuellement, la population d'âge scolarisable dans l'enseignement élémentaire croît de 2,5% par an, ce qui implique son doublement tous les 28 ans. Cette pression dépasse les capacités de l'Etat qui rencontre des difficultés pour maintenir un rythme d'investissements capable de répondre quantitativement à cette demande croissante. L'application de la stratégie de classes à double flux, des classes multigrades, des abris provisoires et le lent développement du secteur privé formel n'arrivent déjà pas à l'heure actuelle à contenir la demande actuelle. Face à cette situation un débat croissant est en train d'émerger sur le recours aux écoles coraniques comme complément au système d'éducation formel. On estime que ces dernières ont un fort potentiel avec les 6,000 centres implantés sur tout le Sénégal. Cependant le débat est au stade initial en raison des enjeux posés par les règles de fonctionnement, l'alignement sur les curricula publiques, le partage des coûts et le contrôle de la qualité et des conditions d'apprentissage.

Faiblesse des politiques publiques d'éducation et d'allocation des ressources

Perçue par les pouvoirs publics comme un investissement prioritaire pour le développement du pays, le secteur de l'éducation bénéficie depuis 2000 d'un appui politique constant qui a permis entre autres de doter le pays de cadres stratégiques solides pour les différents sous secteurs de l'éducation avec un accent particulier sur l'éducation primaire et l'éducation des filles. Cela a, aussi, permis de mobiliser des ressources conséquentes. En moyenne, le montant des dépenses a augmenté de plus de 50% en volume depuis 1990 représentant 5.2% du PIB et constituant 32.7 % des dépenses récurrentes totales hors service de la dette²⁶. Les ressources proviennent principalement de l'état qui a contribué pour un montant de 328 milliards FCFA en 2008 même si les ménages interviennent pour un montant de 102 milliards (21% des dépenses totales en 2008). Un effort a été fait pour donner la priorité aux zones rurales traditionnellement défavorisées avec des allocations orientées de manière privilégiée vers l'éducation primaire (48,6 % en moyenne, supérieure à la moyenne africaine qui est de 45%) pour répondre à la demande importante de ce secteur. L'évaluation du PDEF de 2007 a montré que la composante « accès » a bénéficié de 69,5 % des dépenses d'éducation.

Cependant et malgré leur importance relative dans le budget de l'état, ces ressources ne sont pas suffisantes car les coûts par élève sont importants et majoritairement absorbés par les frais de fonctionnement et de salaires ne laissant que peu de moyens pour accélérer la résorption des 6200 abris précaires (15% du réseau primaire) ou pour assurer la construction de nouvelles classes pour accueillir les près de 50% des enfants qui sont en dehors du système éducatif et dont la majorité appartient aux familles pauvres. Dans l'enquête conduite pour l'UNICEF²⁷ dans la région de Kolda la principale raison invoquée par les parents pour ne pas envoyer les enfants à l'école est le manque d'école de proximité. Cette cause vient devant l'emploi des enfants pour les travaux domestiques ou champêtres.

Tableau 3.4 : Evolution du coût par élève et par sous-secteur de 2000 à 2008 en volume

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Pré-scolaire	49 526	49 526	49 526	59 322	41 553	47 703	54 764	56 290	23 562

	2008	2007	2006	2005	2004	2003	2002	2001	2000
Primaire	41 425	40 434	45 686	41 593	57 268	59 557	61 938	68 183	87 708
Moyen	99 891	92 274	78 714	57 711	84 206	103 673	186 241	51 471	223 889
Secondaire général	217	187	167 471	233	336	302	272 157	185	
Secondaire technique	428	658	1 216	767	880	955	1 035	565	1 682
Supérieur	946	917	948	949	949	959	969 998	670	1 285
Total	852	825	980 848	508	948	972	979	1 355	2 855

Annuaire Statistique national, 2008/2009

Les partenaires techniques et financiers ont beaucoup accru leur assistance avec un montant déboursé qui est passé de 8,3 milliards en 2003 à 55,5 milliards en 2008. En termes relatifs, ces montants représentent respectivement 4% et 11% des dépenses totales en 2003 et 2008. La part des collectivités locales n'a pas dépassé 1% en 2008.

Tableau 3.5: Evolution (%) de la contribution par bailleur entre 2003 et 2008

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Etat	77	75	76	76	84	67
Collectivités locales	0	2	1	1	1	0,66
Mélanges	19	16	14	13	10	20,87
PTF	4	7	8	11	5	11,40
Total	100	100	100	100	100	100

Source : Rapport National sur la Situation de l'Éducation, 2009

Attitudes et comportements des parents et des communautés vis-à-vis de l'éducation

La grande majorité de la population considère que l'école est un outil de développement pour l'enfant et la famille. Dans une enquête²² conduite pour l'UNICEF plus de 50% des parents estiment que les enfants, y compris les filles, doivent aller à l'école. Ces progrès sont d'importants changements comportementaux car pendant longtemps la scolarisation était confinée à des normes sociales ternes qui considéraient que favorable, obtenu par un discours politique constant et des investissements importants, explique la progression croissante des taux d'inscription, des taux bruts de scolarisation et d'achèvement. Cependant et malgré les progrès accomplis d'importants efforts d'enfants ne sont toujours pas à l'école parce que beaucoup de parents considèrent que l'école publique ne offre pas suffisamment d'options, constitue un lieu de déperdition ou expose les enfants à la violence. Cette situation, bien qu'en recul constant, explique la résistance à l'école publique dans des régions dont les plus connues sont celles de Diourbel et Louga où les communautés préfèrent l'éducation religieuse des darras.

III LES CADRES POLITIQUE, INSTITUTIONNEL ET JURIDIQUE

3.1 Cadre politique

La politique d'éducation du Sénégal des décennies 1999-2008 et 2008-2018 est conforme à l'article 8 de la Constitution, qui proclame le droit à l'éducation. Elle s'inscrit dans la mise en œuvre des différents traités et conventions que le Sénégal a ratifiés telles que la CDE, la CEDEF et la Charte Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples. Le pays a fait sienne la Stratégie d'Éducation pour Tous et l'Initiative des Nations Unies pour l'Éducation des Filles. Il a traduit ces engagements dans les deux documents successifs de la Stratégie de Réduction de la Pauvreté élaborés depuis 2000 et dans les documents stratégiques comme le PDEF. Les leçons tirées de la phase 1 du PDEF ont permis d'actualiser la lettre de politique sectorielle et de recentrer les interventions sur la problématique de la qualité de l'enseignement dans la phase 2. En 2007 le pays a adopté une Stratégie Nationale pour l'Égalité et l'Équité de Genre qui accorde une place privilégiée à l'éducation des filles et des femmes. Une autre étape a été également franchie en 2007 quand la prise en charge de la petite enfance a été portée au rang des priorités nationales.

3.2 Cadre institutionnel

Le système de l'éducation est articulé autour du Ministère de l'Éducation, chargé de l'enseignement Présecondaire, de l'Élémentaire et du Moyen ; du Ministère de l'Enseignement Secondaire, des CUR et des Universités ; du Ministère de l'Enseignement Technique et de la Formation Professionnelle ; et du Ministère de la Culture, du Patrimoine Historique Classé, des Langues Nationales et de la Francophonie. A ces entités s'ajoute l'Agence Nationale de la Case des Tous Petits et les établissements spécialisés.

L'éducation formelle est composée de l'éducation préscolaire, de l'enseignement élémentaire, de l'enseignement moyen et secondaire généralement technique et de la formation professionnelle et de l'enseignement supérieur. Dans chacune de ces composantes on retrouve des établissements publics et des établissements privés qui se sont beaucoup diversifiés et développés ces dernières années. L'éducation non formelle comprend l'alphabétisation, les écoles communautaires de base et les « écoles du 3ème type ». L'éducation spéciale plus marquée dans l'enseignement élémentaire, occupe une place de plus en plus importante. A ces structures s'ajoutent les Inspections d'Académie au niveau régional (IA) et les Inspections départementales (IDEN).

Cette architecture institutionnelle qui est globalement cohérente présente quelques faiblesses mises en évidence lors de l'évaluation du PDEF II. Une des faiblesses identifiées est l'instabilité institutionnelle caractérisée par de nombreux changements ministériels et par les migrations fréquentes des directions entre ministères à l'occasion de ces remaniements ministériels. Ces changements compliquent la gestion des ressources humaines, perturbent les programmes de renforcement de capacités, désorganisent la mobilisation des ressources et la gestion financière, facilitent l'évaporation des contributions des donateurs et limitent la complémentarité entre les différents cycles d'enseignements au niveau des régions et des préfectures.

3.3 Cadre juridique

L'organisation et le fonctionnement du secteur de l'éducation est encadré par un dispositif juridique et réglementaire complet bâti autour de la loi n° 91-22 du 16 février 1991 portant orientation de l'éducation nationale au Sénégal qui vise à préparer les conditions d'un développement intégral assumé par la nation tout entière ; à promouvoir les valeurs dans lesquelles la nation se reconnaît ; à élever le niveau culturel de la population. Des évolutions récentes ont apporté des changements spécifiques aux enfants. La loi 2004-37 du 03/12/2004 rend obligatoire la scolarisation des enfants âgés de 6 à 16 ans. Le Sénégal a aboli les articles de loi portant sur l'expulsion des élèves encetés et a promulgué des textes pour bannir l'usage des châtiments corporels à l'école.

IV ROLES ET CAPACITÉS DES TITULAIRES ET DES PORTEURS D'OBLIGATIONS

Les enfants sont des titulaires de droit qui, à certains âges manquent encore de capacités pour réclamer leurs droits. Ils sont aussi porteurs d'obligation comme le sont les parents, les enseignants, l'État, les communautés, les collectivités locales, les syndicats d'enseignants, le privé, les associations et les ONG, les partenaires au développement bilatéraux et multilatéraux.

Les parents... pas toujours convaincus du rôle de l'école

Selon la loi, les parents ont l'obligation d'assurer l'éducation de leurs enfants âgés de 6 à 16 ans. À cet effet, ils doivent obtenir un extrait de naissance et procéder ensuite à l'inscription à l'école. Ils doivent, aussi, veiller à ce que l'enfant demeure à l'école jusqu'à l'âge limite légal. Une grande majorité des parents s'acquittent de leur rôle en inscrivant les enfants à l'école comme le montrent les taux élevés d'inscription au CL. Cependant tous les parents ne s'acquittent pas de la totalité de leurs rôles et ne font pas le nécessaire pour que les enfants restent à l'école. En effet beaucoup de parents ne respectent pas l'obligation de l'éducation jusqu'à 16 ans comme le montrent les forts taux d'abandon et la faible participation aux activités des écoles et associations des parents. Ces comportements semblent être surtout le fait des parents pauvres qui habitent loin des écoles, n'ont pas les moyens de payer les coûts liés au transport scolaire (régions de Kolda, Matam, Tambacounda), ont besoin du travail des enfants (comme dans la région de Matam) pour survivre. C'est aussi le fait de parents qui pensent que l'éducation n'apporte aucun valeur ajoutée au développement des filles comme dans la région de Fatick. Cette attitude change cependant

quand les parents ont été bien sensibilisés sur l'importance de l'éducation. Une enquête²⁶ conduite en 2009 a montré que le taux de déperdition des filles est moins élevé (19%) dans les zones du projet que dans les villages témoins (26%) quand une mobilisation sociale est soutenue dans le temps.

« Les parents doivent être plus sérieux et mettre leurs enfants à l'école pour leur assurer un avenir meilleur. Les parents doivent fournir beaucoup d'efforts dans le sens de l'éducation, les amener à l'école, les éduquer à la maison ».

Les enseignants peuvent mieux faire

Les enseignant(e)s constituent la clé de voute du système éducatif. Ils/elles ont pour obligation de dispenser un enseignement en quantité et qualité, d'assurer un environnement favorable à l'acquisition des connaissances et compétences en faisant bon usage des ressources et en faisant participer enfants et parents. Pour remplir cette obligation, ils doivent acquérir et utiliser des capacités et avoir un comportement qui respecte l'enfant. Au Sénégal, il n'y a pas d'évaluation de ce rôle. Cependant le relevé des volumes horaires dispensés montre qu'en raison des grèves et absences répétées des enseignants, le quantum horaire moyen est rarement respecté. En 2008, les enfants n'auraient bénéficié que de 600 heures au lieu des 800 prévues. De nombreuses informations anecdotiques montrent aussi qu'un nombre important d'enseignants n'assurent pas correctement leur rôle de protecteur des enfants car ils utilisent les sévices physiques ou violentent les enfants. En 2008, environ 150 cas de grossesses précoces ont été rapportés chez les élèves de la zone de Kolda. Une bonne partie de celles-ci serait attribuable aux enseignants eux-mêmes. La faible qualification du personnel à l'embauche et le manque de formation expliqueraient cette situation.

« maintenant, puisque il n'y a plus de châtiments corporels, les enseignants n'osent plus « corriger » les élèves. Auparavant, le maître était craint et bénéficiait d'une très grande considération ». Participant d'un focus group

Les inspections d'académie, les inspections départementales, les proviseurs et principaux

L'Etat, en organisant le système éducatif, a instruit les inspections d'académie (IA), les inspections départementales (IDEN) et les chefs d'établissements de mettre en place de bonnes conditions d'apprentissage pour les enfants dans tous les établissements dont ils ont la charge, que ceux-ci soient publics ou privés. Ces entités ont pour obligation, entre autres, de veiller à ce qu'il y ait le meilleur équilibre possible entre la demande et l'offre éducative dans leur zone et à ce que les services d'éducation soient les mieux adaptés aux capacités et attentes des enfants. Malgré de gros efforts faits pour doter le personnel de ces différentes institutions de capacités correspondant aux rôles et responsabilités attendus, les performances ne sont pas encore du niveau souhaité. La revue annuelle du PDEF de 2009 a montré que les inspections d'académie, les inspections départementales et les chefs d'établissements ont de grandes difficultés à maîtriser la gestion des enseignants avec des problèmes importants et chroniques en termes de recrutement et d'affectation. Ils se déchargent complètement de cette responsabilité sur la Direction du Projet des Volontaires de l'Education et des structures déconcentrées et dérogent très souvent aux règles des concours de recrutement. En résultat, elles sont elles mêmes responsables des déficits en enseignants dans les matières fondamentales (français et mathématiques) et acceptent facilement les entorses aux règles de fonctionnement (absentéisme, sévices physiques, fonctionnement inadéquat des APE, etc.). Selon la revue 2009 du PDEF, ils n'assurent pas correctement leur rôle de suivi en laissant 30% des enseignants du cycle élémentaire occupés à d'autres tâches que celles d'enseigner alors que les classes sont surchargées voire fermées faute d'enseignants.

La Communauté et les Associations des Parents d'Elèves (APE)

Pour supporter l'extension rapide de l'éducation de base, on a attribué à la communauté une responsabilité importante en la chargeant de plusieurs rôles : participer à la construction des infrastructures scolaires, veiller à la création et au fonctionnement des APE, contribuer à la sensibilisation des parents et assurer un soutien solidaire pour la scolarisation des enfants issus des familles les plus démunies. L'appréciation objective de ces rôles nécessite des évaluations que le pays n'a pas conduites. Cependant on estime que

grâce au travail des communautés, beaucoup d'enfants sont scolarisés dans des établissements communautaires. Par exemple on sait que les communautés Diola de la région de Ziguinchor ont joué un rôle déterminant qui explique le maintien à un niveau élevé des taux de scolarisation dans cette région. Cependant, on rapporte aussi que de très nombreuses communautés sont passives et n'essaient que passablement de contribuer à améliorer l'environnement d'apprentissage en participant timidement à la gestion des écoles et aux activités parascolaires..

Les collectivités locales

Des compétences nouvelles ont été transférées par l'Etat aux collectivités locales dans les domaines de l'éducation préscolaire et élémentaire, la formation et l'alphabétisation. Chaque année, des crédits de l'ordre de quatre milliards de FCFA sont transférés aux Collectivités Locales. L'insuffisance de ces ressources financières et la faiblesse en ressources humaines sont un obstacle à toute participation efficace des collectivités locales au processus de scolarisation des enfants. Elles ne développent aucun programme spécifique. Elles ont participé pour moins de 1% au financement de l'éducation en 2008.

Le secteur privé

Le secteur privé appuie l'Etat dans ses efforts à réaliser les droits des enfants à l'éducation de qualité. En 2007/2008, le secteur privé formel a contribué pour 50,1% dans le préscolaire, 13,3 % dans l'élémentaire, 17,8 % dans le moyen (avec un pic de 37,8 % dans la région de Dakar) et 25,8% dans le secondaire (avec un pic de 37,8% dans la région de Dakar). Cependant, ce secteur est principalement concentré sur l'enseignement élémentaire à l'exception de quelques établissements privés religieux qui couvrent aussi le moyen et le secondaire. Le secteur privé catholique et le privé protestant enregistrent de bons résultats mais ont une faible couverture nationale. Le secteur privé islamique (écoles coraniques et daaras) dispose d'un vaste réseau qui accueillerait environ 25% des effectifs scolarisables dans l'enseignement élémentaire. Les écoles constituant ce réseau sont très variées et vont du meilleur (daaras modernes utilisant le trilinguisme, supporté par l'Etat et supervisé conjointement par les inspections et par les autorités religieuses) au pire (écoles échappant à toute autorité et dont certaines exploitent et maltraitent les enfants). Les établissements du secteur privé sont régis par des modalités différentes en termes de recrutement des enfants (la majorité des écoles coraniques sont moins discriminantes à l'inscription) mais le secteur privé catholique se conforme plus aux standards nationaux.

L'Etat

Il est le porteur d'obligation principal dans la réalisation du droit à l'éducation. Il lui incombe de définir et de financer la politique d'éducation et de formation et de créer un environnement favorable à l'éducation de tous les enfants. Il est la principale source de financement de l'éducation et sa contribution détermine, dans une très large mesure, les progrès dans le secteur. Au Sénégal, l'Etat joue un rôle important dans la mesure où il a défini une politique éducative cohérente (voir 3.2) et donné la priorité au secteur dans l'allocation des ressources. Il en a fait une composante importante de la Stratégie de Réduction de la pauvreté et les dépenses d'éducation représentent le premier poste du budget de l'Etat. Ce choix budgétaire peut être justifié par le retard accumulé dans l'extension du système depuis l'indépendance mais aussi par la volonté politique de faire de l'éducation une stratégie prioritaire de sortie du sous-développement. Pour tirer avantage de ces ressources et soutiens, le Ministère de l'Education Nationale a notablement renforcé ses capacités. Il dispose d'un cadre de planification (PDEF) qui est régulièrement évalué (annuellement) grâce à un mécanisme de collecte de l'information qui fonctionne relativement bien³⁰ et à une coordination incluant les partenaires et les organisations représentatives de la société civile. Ce cadre a permis de mieux réguler l'extension géographique. Ce dispositif peut cependant être renforcé avec une répartition plus équitable du budget entre les différents sous secteurs, une meilleure planification et une meilleure gestion des ressources humaines. L'évaluation du PDEF met en évidence qu'« un certain nombre de faiblesses peuvent être relevées, notamment l'absence d'arbitrages favorables aux régions retardataires comme Diourbel, Louga, Kolda et Tambacounda, le faible taux de réalisation du programme de constructions scolaires, la faiblesse du système d'information et de suivi au niveau local. L'Etat a besoin de renforcer la coordination entre les différentes entités qui composent le secteur avec une meilleure articulation entre l'Agence Nationale de la Case des Tout-Petits et la Direction de l'Education Préscolaire (DEPS). Ceci permettrait d'éviter des duplications et augmenterait l'efficacité des budgets. L'Etat doit faire des efforts pour améliorer l'utilisation des ressources financières mobilisées au titre de l'aide au développement car



CHAPITRE IV

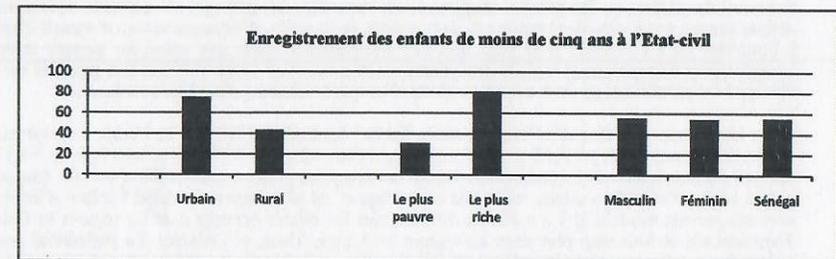
LE DROIT DES ENFANTS A UN ENVIRONNEMENT PROTECTEUR

La « protection de l'enfant » fait référence à l'ensemble des dispositions prises pour la prévention et la prise en charge de toute forme de violence, d'exploitation, de travail, de traite, de pratiques traditionnelles (mariage précoce, mutilations génitales féminines) néfastes à l'égard des enfants. Elle inclut également les enfants non enregistrés à l'Etat Civil ainsi que les enfants vulnérables tels que les handicapés, ceux en conflit avec la loi ou vivant dans un contexte de conflit armé. Les droits des enfants sénégalais à être correctement et constamment protégés sont énoncés dans divers articles de la Convention relative aux Droits de l'Enfant (articles 19, 32, 33, 34, et 35); par la Charte Africaine sur les Droits et le Bien-être de l'enfant (articles 21 et 29); par les Conventions n°138 de l'OIT sur l'âge minimum d'admission à l'emploi et n°182 sur les pires formes de travail des enfants; 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, et la Déclaration du Millénaire de 2000 ainsi que différentes textes Résolutions des Nations Unies.

I ETAT DES LIEUX, EVOLUTIONS ET PROBLEMES MAJEURS

Près de 50% des enfants ne sont pas enregistrés à l'état civil

L'enfant qui n'a pas d'acte de naissance n'a aucune existence légale et court davantage le risque de grandir sans avoir accès à l'éducation, à la santé, d'être protégé contre l'exploitation par le travail, les abus et les violences. L'enregistrement des naissances à l'état civil constitue un moyen fondamental de préserver ces droits comme stipulé dans l'article 7 de la CDE. Au Sénégal, les dernières statistiques fiables les plus récentes sur la question proviennent de l'EDS IV (2005) et montrent que près d'un enfant sur cinq n'est pas enregistré à l'état civil avec des disparités importantes entre régions et milieux socio-économiques. Les enfants sont nettement mieux enregistrés en milieu urbain (75%) qu'en milieu rural (44%), et dans les régions riches comme Thiès (70%) et Dakar (78%) que les régions pauvres de Tambacounda et Kolda (40%) et les plus élevés. La proportion des enfants enregistrés à la naissance est aussi plus élevée dans les ménages ayant un bon niveau de bien-être économique. Elle atteint 81% dans ceux qui sont les plus riches alors qu'elle n'est que de 31% dans les ménages les plus pauvres.



Les enfants dans la rue, un phénomène en progression

Considérés comme une catégorie à très grand risque les enfants dits "dans la rue" sont ceux qui, géographiquement et temporellement évoluent dans des espaces publics, soit pour y vivre, soit pour s'y adonner à la mendicité pour le compte de tiers, soit pour y travailler en continuant à vivre au sein de leurs familles auxquelles ils apportent un soutien financier. Au Sénégal, le phénomène des enfants dans la rue est multidimensionnel et complexe. Ses manifestations les plus visibles sont la mendicité, la garde des voitures, le port des paquets, le vol, la collecte et la vente des produits usagers provenant des ordures ménagères, la prostitution, etc.. Le rapport de Human Right Watch indique qu'il y aurait au moins 50,000 garçons enfants forcés de mendier dans les rues du Sénégal et qu'un grand nombre seraient victimes de sévices physiques. Selon l'étude UCW³² dans la seule région de Dakar on compte environ 7,600 enfants mendiants, divisés en talibés et non talibés, les enfants talibés étant les enfants confiés par leurs parents à des marabouts nomades ou pas qui sont chargés de les éduquer. Selon cette même étude UCW la plupart de ces enfants sont de jeunes garçons dont la moyenne d'âge est de 10,7 ans. Ils viennent à 95% des régions affectées par la pauvreté et la sécheresse (Kolda et Kaolack) et des pays voisins (les enfants de Guinée Bissau, de Guinée, du Mali et de Gambie constituent près de 50%). Les enfants mendiants vivent généralement dans des conditions extrêmement précaires en matière de logement, d'habillement et sont fortement exposés aux maladies, aux accidents et aux diverses formes de violence, d'exploitation, de trafic et d'abus sexuels. Ils sont pratiquement tous malnutris à cause de leur régime alimentaire composé principalement de riz et de pain. La mendicité constitue souvent un « travail à temps plein » car ces enfants y consacrent en moyenne 6 heures par jour, 7 jours sur 7. La durée de la mendicité est plus élevée chez les mendiants non talibés qui pratiquent aussi d'autres petits métiers comme le transport des bagages dans les marchés, la collecte et le tri des ordures et le petit commerce informel. Beaucoup de ces enfants commettent des actes délictueux ou sont souvent utilisés dans des réseaux de trafiquants de drogues ou dans des bandes de voleurs organisées.

« On ne peut pas arrêter le phénomène des daaras parce que les enfants sont amenés là-bas pour l'acquisition de connaissances. Il sera très mal indiqué d'enlever les daaras de notre tradition ». Participant au focus group observe

Faisant partie des enfants dans la rue les enfants *fakhman*³³ en sont la catégorie la plus vulnérable. Il s'agit d'enfants en rupture familiale totale à la suite de conflits familiaux ou de conflits avec le maître coranique. Ils ont des âges compris entre 4 et 18 ans (en moyenne 14 ans) et vivent isolés dans des lieux en marge de la ville et de sa population. Leur nombre exact est indéterminé. Ils s'adonnent à la drogue utilisant diluants industriels et/ou chanvre indien. La plupart du temps ils vivent en bandes très structurées et hiérarchisées de 30 à 60 garçons survivant grâce à la mendicité, au chapardage et autres petits délits. Selon les informations du Samu Social Dakar ces enfants sont à 35% originaires de Dakar et de sa banlieue et à 10% des pays de la sous-région. Dans ce groupe on retrouve des jeunes filles particulièrement farouches et difficilement repérables qui vivent de mendicité et/ou de la prostitution pratiquée de manière clandestine et très discrète.

Entre 12,6% et 15% des enfants âgés de 5 à 17 ans travaillent, sont exploités ou exposés à la traite

Le travail des enfants « concerne toute personne âgée de 5 à 17 ans qui au cours d'une période de temps donnée a exercé une ...activité économique avant l'âge minimum d'admission à l'emploi, une pire formes

de confiage et du nombre élevé d' enfants au travail, d' enfants vivant avec le beau père ou la belle mère, d' enfants obligés de se marier à un âge précoce et des enfants dont les mamans exercent dans le secteur informel et le petit commerce et les confient à d' autres personnes. Parmi les enfants les plus exposés on compte les enfants accompagnateurs d' adultes mendiants (souvent des femmes qui peuvent être la mère, la grand-mère ou la tante ou des aveugles ou des handicapés adultes mendiants). Ce sont souvent des enfants en bas âge (de l' âge de nouveaux né jusqu' à 4/5 ans) qui sont empruntés ou loués pour mendier aux carrefours, aux abords des mosquées et lieux touristiques.

La négligence peut porter sur la carence de produits ou de services susceptibles de satisfaire les besoins vitaux de l' enfant et qui nuisent gravement à son développement physique et psychologique ou à sa sécurité. Privation. Cette carence peut être une alimentation suffisante, des soins médicaux et d'hygiène non satisfaisants. Au Sénégal on connaît peu l' ampleur réelle mais on rapporte régulièrement les négligences faites aux enfants confiés aux marabouts (talibés), aux petites filles domestiques et aux enfants privés de soins parentaux.

Une société traditionnelle solidaire mais beaucoup d' enfants privés de soins parentaux

Par enfants privés de soins parentaux, on entend tous les enfants qui ne vivent pas avec au moins l' un de leurs parents. Selon l' étude conduite à Saint-Louis et à Louga⁴⁰ pour juger de l' incidence sur les enfants de la migration des parents il y aurait, au Sénégal, environ 200,000 enfants vivant séparés d' au moins un des deux parents qui se trouvent à l' étranger. Cet effectif serait beaucoup plus important si on incluait les enfants dont les parents se sont déplacés seuls vers d' autres localités du Sénégal. Cette étude a montré que ces enfants avaient un meilleur accès aux biens et services sociaux de base comme l' alimentation, la santé et l' éducation mais elle a montré aussi que ces enfants ont plus de troubles comportementaux et psychosomatiques qui se traduisent par des échecs scolaires et des ruptures sociales.

On compte aussi dans cette catégorie les enfants orphelins et autres enfants rendus vulnérables par le VIH/Sida (OEV). Selon la dernière situation établie pour le Sénégal⁴¹, il y en aurait beaucoup plus que l' estimation connue de 17,810 orphelins. Ces enfants seraient le plus souvent sous la tutelle d' une femme (75% des cas) ayant la quarantaine, parente biologique de l' enfant, vivant avec le VIH et disposant de revenus mensuels inférieurs 32,500 CFA. Environ 23,4% de ces familles recevraient une aide extérieure mais la majorité d' entre elles seraient confrontées à des difficultés matérielles et financières pour subvenir aux besoins des enfants. Sur le plan de l' éducation, les OEV de 6 à 12 ans auraient les mêmes chances d' accès à l' école élémentaire que leurs camarades de même âge mais auraient cependant de plus grandes difficultés à se maintenir dans le système éducatif et à avoir de bonnes performances.

Relativement aux violences subies pendant les conflits armés, le stress, les enlèvements des filles et des femmes adultes ont été largement identifiées comme étant en rapport avec la situation de conflit armé que vit la région de la Casamance. Dans toutes les localités étudiées, les personnes enquêtées ont rapporté avoir entendu parler de personnes victimes d' enlèvement. En dehors de ces enlèvements, les femmes et les enfants, du fait de leurs occupations quotidiennes et de leur mobilité, ont subi d' autres formes de violences pendant le conflit armé dans cette région. Celles-ci sont relatives aux accidents dues aux mines, au stress consécutif aux déplacements fréquents des populations, à l' insécurité, à l' accès limité aux services sociaux de base et à la paupérisation.

Les enfants en conflit avec la loi

L' expression « enfants en conflit avec la loi » désigne toute personne âgée de moins de 18 ans qui, dans le cadre de ses activités, est considérée ou soupçonnée d' avoir enfreint la législation en vigueur et a des démêlés avec le système judiciaire⁴². Malgré les nombreux instruments juridiques régionaux et internationaux protégeant les enfants en conflit avec la loi adoptés par le Sénégal, la situation de ces enfants est très difficile à appréhender objectivement. Selon les quelques informations disponibles les effectifs pris en charge par la direction de l' éducation et de la Protection Surveillée du ministère de la Justice varient entre 3,205 en 2004 et 1,009 en 2007 alors que celui des enfants en danger est estimé à 7,092 en 2004 et 6,624 en 2007 (Revue de la DSPS). Les enfants en situation de détention semblent être ceux qui vivent dans les conditions les plus difficiles. Il est impossible d' avoir une estimation de leurs nombre. Cependant un rapport élaboré en 2010 à l' issue de la visite de terrain du Groupe de travail sur la détention arbitraire du conseil des droits de l' homme souligne qu' il y a en détention des mineurs qui ont

été condamnés sans avoir bénéficié de l' assistance d' un avocat, ce qui est contraire non seulement aux normes internationales mais aussi à la loi sénégalaise. Le Groupe de travail a constaté que dans les centres de détention, les garçons sont séparés des adultes, alors que les filles ne le sont pas.

Les pratiques néfastes et l' excision en forte régression

On entend par pratiques néfastes toutes celles qui peuvent porter atteinte à la santé physique et mentale ou qui peuvent compromettre le développement harmonieux de l' enfant et qui sont exercées par d' autres personnes sur l' enfant. Les Mutilations Génitales Féminines (MGF) ou excisions recouvrent l' ensemble des situations se traduisant par une atteinte ou une ablation totale ou partielle des organes génitaux externes. L' excision est une pratique et une coutume assez répandue en Afrique qui se fait très souvent sur les filles âgées de 4 à 14 ans. Jusqu' à une période récente la pratique des MGF ou excisions était profondément ancrée dans la société sénégalaise en raison des bienfaits qui lui étaient attachés comme préserver la moralité, la chasteté et la fidélité des filles ce qui était supposé les rendre plus apte au mariage. La pratique était aussi souvent justifiée pour des raisons religieuses alors qu' aucune des religions pratiquées au Sénégal ne la recommandait expressément. On lui accordait aussi la vertu de galvaniser le sentiment d' appartenance à la société traditionnelle sénégalaise. En 2005 selon l' EDS IV on estimait à environ 28% le pourcentage des filles et femmes des filles excisées la plupart habitant dans environ 5,000 villages bien connus. Elle était très pratiquée par les ethnies Pular (62%), Mandingue (74%), Soninké (78%) et Diola (60 %) dans les régions de Thiès, Diourbel, Louga, Kolda, Matam, Tambacounda Ziguinchor et Saint-Louis où le taux de prévalence variait de 4 % à 94%. Les proportions de femmes excisées étaient plus élevées en milieu rural (34%) qu' en milieu urbain (22%). Selon les dernières données cette pratique serait en net recul par rapport aux décennies précédentes. L' évaluation commanditée par UNICEF⁴³ a montré que 70% des communautés qui ont déclaré l' abandon de l' excision ont effectivement abandonné la pratique avec une forte réduction de la proportion de femmes excisées dans les dernières générations⁴⁴. De 31% dans le groupe de 45-49 ans, la proportion est passée à 25% dans le groupe 15-19 ans. En 2009 on estimait à moins de 1,000 le nombre de villages pratiquant encore l' excision.

Au Sénégal, le mariage est régi par le Code de la famille qui précise que l' âge minimum légal est de 16 ans pour les femmes et de 20 pour les hommes. Parfois ce mariage est célébré sans le consentement de la fille, il est alors considéré comme forcé. Le mariage précoce, forcé ou non, est ainsi considéré comme une pratique néfaste. Selon l' EDS IV, en 2005, 14% des femmes ont été mariées avant l' âge de 15 ans, avec une prédominance de la pratique en milieu rural (17%). Cette pratique serait, toutefois, en régression comme le montrent l' élévation de l' âge médian à la première union des femmes et des hommes⁴⁵ (respectivement 18,5 et 28,1 ans) et les résultats de l' évaluation à long terme du programme Tostan dans les régions de Kolda, Thiès et Fatick faite en 2009. Cette dernière évaluation a relevé une diminution de la fréquence des mariages très précoces (moins de 15 ans) au cours des 10-15 dernières années avec un recul significatif dans les villages bénéficiant de l' intervention pour l' abandon des FGM et les mariages précoces. La réduction a été de 23% alors qu' elle n' était que de 12% dans les villages de comparaison. Le problème se serait complexifié cependant avec l' augmentation des divorces. Une enquête récente montre qu' au moins un tiers des unions, même précoces, se termine par un divorce.

Tableau 4.1 : Distribution des femmes mariées selon l' âge (EDSIV)

Groupe d' âge actuel (ans)	Age (ans) exact au premier mariage						Célibataires	Age médian au 1 ^{er} mariage
	15	18	20	22	25			
15-19	10,2	-	-	-	-		70,0	-
20-24	9,7	39,0	56,4	-	-		32,0	19,2
25-29	12,7	40,8	54,9	68,4	79,6		14,4	19,2
30-34	14,6	46,1	60,9	71,5	81,8		5,9	18,5
35-39	16,4	49,0	63,8	73,7	84,0		3,7	18,1
40-44	16,3	55,0	69,8	79,8	88,4		0,7	17,5
45-49	16,3	56,7	73,3	86,4	91,5		0,6	17,3
20-49	13,5	45,5	61,0	71,4	79,7		13,1	18,5

Enfants vivant avec un handicap

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, est handicapé "tout enfant qui, pendant un laps de temps appréciable, se trouve dans l'impossibilité, par suite de son état physique ou mental, de participer pleinement aux activités de son âge dans le domaine social, récréatif, éducatif ou celui de son orientation professionnelle". Les rares données disponibles sur les enfants handicapés au Sénégal proviennent du Recensement Général de la Population et de l'Habitat de 2002. Elles indiquent qu'à l'époque moins de 1 pour cent de la population des enfants âgés de moins de 15 ans, soit environ (30,000) enfants présentant un handicap, les handicapés les plus fréquents étant les handicapés mentaux (38%) et neurosensoriels (cécité, surdité et mutité seule ou combinés, 32 %). La déficience mentale vient en troisième position, avec 9 % des cas. Les différences par sexe ne sont pas significatives. Les autres données proviennent des rapports d'activités du projet pour la scolarisation et la formation des enfants handicapés de 2003-2005 qui ont fait état de 3,383 enfants handicapés (1,222 garçons et 1,461 filles) vivant en institutions. Ces chiffres sont probablement largement sous estimés en raison de la faiblesse du système de collecte des informations. Les enfants handicapés sont parmi les plus vulnérables car ils sont très souvent marginalisés et exclus de toute forme d'assistance sociale, surtout s'ils appartiennent à des familles pauvres, ou vivent dans le milieu rural où les services sociaux sont faiblement représentés. Au sein de leurs familles ils vivent souvent dans l'isolement même et sont plus exposés que les autres enfants à la discrimination et aux abus. Ils ont rarement accès aux services auxquels ils sont en droit de prétendre. Une partie d'entre eux est exploitée par des adultes à des fins de mendicité.

Tableau 4.2 : Répartition des enfants âgés de 0 à 14 ans selon le type de handicap, l'âge et le sexe

Type de handicap	0-4 ans		5-14 ans		Ensemble
	G	F	G	F	
Cécité	9,1	11,1	10,1	7,9	9,3
Surdité	8,5	6,8	7,7	10,9	10,5
Mutité	12,9	11,9	12,5	13,4	13,4
Membres inférieurs	22,6	22,5	22,4	25,9	24,2
Membres supérieurs	14,5	15,5	15,0	13,2	12,8
Déficience mentale	4,2	4,1	4,2	10,1	10,1
Albinisme	1,2	1,4	1,3	0,8	0,8
Autres	0,7	0,5	0,6	0,3	0,3
Lépre	2,427	2,134	4,551	12,301	10,158
Total	26,2	26,1	17,6	18,5	18,0
%	0,4	0,3	0,4	0,8	0,7

Source : RCPH, 2002

II ANALYSE CAUSALE

En 2008 le débat de la Troisième Commission de l'Assemblée des Nations Unies sur la promotion et la protection des droits de l'enfant a mis en exergue, le fait que l'impulsion mondiale donnée aux cours des dix dernières années à une protection accrue des droits de l'enfant ne pourra déboucher sur des résultats tangibles et durables que si l'on s'attaque, collectivement, aux causes contribuant à la vulnérabilité des enfants dans toutes les régions du monde, que ces causes soient d'ordre structurel, ou qu'elles proviennent de facteurs nouveaux... Si les problèmes de protection se présentent sous différentes formes, il n'en demeure pas moins que la majorité de ces problèmes ont les mêmes causes que celles-ci soient immédiates, intermédiaires ou structurelles.

Un manque généralisé en matière de services sociaux spécialisés ou non dans la protection

Les enfants sont faiblement enregistrés à la naissance car les centres de l'état-civil sont éloignés des lieux de vie des familles et que souvent ces services sont d'un coût élevé. De même le pays manque de services de prévention et d'assistance aux enfants victimes d'abus et de maltraitance. Les services actuellement disponibles de la protection de l'enfance sont un héritage de la période coloniale qui visait, à l'époque, à lutter contre les répercussions sociales de la guerre sur les familles des colons et « à intervenir auprès des indigènes ». A l'indépendance le système s'est quelque peu modernisé avec l'esquisse d'une politique d'action sociale et la mise en place de centres sociaux dans les villes destinés à fournir une aide d'urgence

ponctuelle (monétaire ou en dettes de première nécessité) aux personnes démunies. En 1969, l'état a institué une allocation d'entretien aux enfants mineurs indigents, orphelins de père ou abandonnés et pupilles de l'Etat. En 1983, à la suite de l'adoption du plan d'action de Lagos (sommet de l'O.U.A.) le Sénégal a transformé les centres sociaux en centres de protection et de réinsertion sociale (CPRS) leur donnant pour mission « d'assister les personnes désignées, d'assurer l'insertion sociale des personnes handicapées... d'assister l'enfance en situation difficile, d'assurer la prise en charge de l'enfance délinquante, le secours et l'aide sociale aux sinistrés, l'aide sociale aux pupilles de l'Etat ». Dans les faits, la politique d'action sociale est restée principalement basée sur la notion de charité à travers l'attribution de subventions à quelques institutions (y compris les centres d'éducation non conventionnelles comme les écoles coraniques) de l'aide directe pour l'achat d'appareils aux personnes handicapées (handicapés moteurs, visuels ou auditifs) et l'attribution d'allocations pour assister les enfants en danger moral ou en conflit avec la loi.

Malgré quelques tentatives de réformes il n'y a jamais eu une extension des services publics ni une révision des priorités de ceux qui existent. La politique de décentralisation de l'administration publique a augmenté la commission en déléguant des responsabilités à l'échelon local sans leur allouer les ressources. La plupart des services de prise en charge public (centre d'accueil, centres d'écoute, assistance psychosociale) sont soit en quantités insuffisantes soit sous-équipés en personnel, en matériel de prise en charge soit mal localisés. Les rares structures spécialisées sont concentrées dans les grandes villes. Cette vacuité a permis dans les années 70 aux ONG, d'investir le champ et de positionner sur le segment de la fourniture des services de protection. Rapidement ces services sont devenus majoritaires combinant les carences numériques des services publics. Cependant la plupart des services des ONG et des associations, qu'elles soient des émanations d'ONG internationales ou des créations locales, échappent totalement au contrôle de l'état. Si elles les couvrent un large spectre de prestations qui vont de l'assistance directe aux personnes vulnérables à la mise en place d'institutions organisées selon les modèles européens, leur couverture et leurs impacts réels sur les problèmes restent marginaux. L'exemple le plus parlant est celui des ONG qui s'activent dans la lutte et la prise en charge des enfants maltraités et des enfants de la rue. Malgré tous les financements rendus disponibles les types et la couverture en services restent insuffisants avec un personnel faiblement outillé (il y a très peu d'éducateurs spécialisés, psychologues, kinésithérapeutes, médecins). La plupart s'activent dans la sensibilisation et pour les meilleurs les prestations s'arrêtent à l'assistance car elles sont peu outillées pour assurer la réinsertion familiale et le suivi des enfants.

Pour la prise en charge des enfants handicapés il n'existe que peu d'établissements publics spécialisés pour enfants handicapés: le Centre Talidou Dabo pour l'appareillage et la réinsertion sociale des enfants handicapés nationaux et le Centre Verdo-tonal pour les sourds-muets (les deux implantés à Dakar) et l'Institut National de l'Éducation et de Formation des Jeunes Aveugles, implanté à Thiès. L'assistance aux enfants handicapés se fait à travers un fonds existant au niveau de la Direction de l'Action Sociale mais qui est motu que qui laisse à la charge des parents toute la prise en charge des enfants handicapés. Il n'y a qu'une structure publique (Kearu Xaley) de prise en charge des enfants déficients mentaux et celle-ci ne peut pas accueillir plus d'une vingtaine d'enfants atteints de troubles psychiques. Le système éducatif contribue peu à la prise en charge de ces enfants. Cette situation expliquée, en partie, le fait que beaucoup de familles ne font pas recours publiques pour leurs enfants handicapés ce qui aggrave leur isolement et exclusion sociale.

Il n'existe pas un système de prise en charge des enfants en conflit avec la loi. Le pays ne dispose pas de véritable juridiction spécifique pour mineurs, de suffisamment de brigades des mineurs dans les commissariats de police et d'établissements spécialisés pour la détection des enfants. Un effort a été fait avec la désignation dans les différents tribunaux départementaux de juges chargés des dossiers des mineurs charge, mais beaucoup de ces magistrats ne sont pas spécialisés même si leurs capacités ont été renforcées par des formations sur la justice des mineurs. Sous la pression sociale et les personnels des tribunaux du Sénégal opposent une forte résistance à l'application directe des traités internationaux et juridiques des conventions internationales est posé par leur application devant les tribunaux sénégalais ». L'étude faite sur les violences faites aux filles en milieu scolaire et dans le milieu d'origine dans la région de la Casamance par l'université de Ziguinchor¹ a montré que la prise en charge des enfants violents se limite le plus souvent à des soins médicaux et que rien n'est fait pour réformer les cas aux services psychosociaux et à la justice. Peu de cas ont des suites judiciaires adéquates.

Le manque d'écoles dans les zones pauvres et les frais scolaires sollicités des parents favorisent la séparation des enfants de leurs parents ainsi que le travail des enfants. Privées d'alternative, les familles ont parfois recours au système d'éducation non formelle notamment aux daaras dont celles situées dans les régions pauvres n'ont d'autre choix que de forcer les enfants à la mendicité. L'insuffisance d'alternatives de formation pour les enfants déscolarisés ou non scolarisés conduit souvent les parents à les insérer dans des circuits informels d'apprentissage professionnel qui les exposent parfois à la traite et aux pires formes de travail (ateliers de menuiserie métallique, pêche, domestiques, etc.). Selon une étude récente⁴⁸ les problèmes éducatifs constituent 24% (suivre des études 17% et étudier avec un marabout 7%) des raisons principales raisons de la migration des enfants.

Dysfonctionnement des services de protection existants

Quand ils existent, ces services fonctionnent souvent mal. Dans la plupart des municipalités et collectivités locales le personnel des services de l'état civil est insuffisant en effectif, peu formé, peu motivé, faiblement équipé et rarement contrôlé. Cela se traduit souvent par le refus par les agents d'inscrire à temps l'enfant dans les registres de l'état civil ou par le report des inscriptions ce qui oblige les parents à recourir aux procédures judiciaires (audiences foraines) fastidieuses, coûteuses et souvent financièrement inabornables pour les familles démunies.

Les autres services de protection disponibles, à quelques exceptions près (centre Ginddi..) fonctionnent, aussi, de manière aléatoire parce que les agents sont plutôt occupés dans les tâches administratives (agents du développement communautaire), ne travaillent pas en réseau, sont faiblement motivés et ne disposent d'aucun système de suivi et d'évaluation. Les agents de l'assistance en milieu ouvert dépendant du ministère de la justice fonctionnent de manière indépendante et font rarement appel aux autres agents sociaux et ONG se privant ainsi d'opportunités de réinsertion des enfants dont ils ont la charge. Les Centres dépendant du ministère de la Justice et les CROPS dépendant du ministère de l'éducation nationale dispose de personnels spécialisés et bien formés mais ne s'occupent que des enfants scolarisés. Malgré un effort fait en 2005 par le Ministère de la Famille pour mettre en place un processus coordonnant les forces de sécurité (police, gendarmerie, douane) et les intervenants directs (travailleurs sociaux associations locales) pour renforcer le suivi des mouvements d'enfants au niveau des zones frontalières (Guinée Bissau, Guinée Conakry, Mali) et des axes routiers, le contrôle reste aléatoire et incapable de juguler un flux continu qui alimente les phénomènes de la traite et des enfants des rues. L'application de la libre circulation des personnes et des biens dans l'espace UEMOA, mal contrôlée, a facilité le travail des trafiquants pour développer des réseaux de placement d'enfants.

Le rapporteur spécial des Nations Unies lors de son passage a relevé la "méconnaissance des phénomènes, la connaissance insuffisante des droits et des lois protégeant les enfants, la non dénonciation par peur de représailles et de stigmatisation et des différences de perception des concepts traite, vente, migration, exploitation économique et apprentissage". Il s'y ajoute, selon elle, l'existence d'un nombre important d'institutions et de mécanismes qui s'activent dans la protection des enfants, entraînant des chevauchements dans les attributions et une grande difficulté de synergie et de coordination. Toutefois, après avoir reconnu l'existence d'une volonté politique des autorités, le rapporteur a recommandé la mise en place de système standardisé de traitement des données sur les enfants, encouragé l'élaboration d'une stratégie nationale de protection de l'enfant et souligné l'urgence de situer les responsabilités "afin de savoir qui est qui et qui fait quoi", ainsi que la mise en place d'un cadre de coordination et de concertation entre les partenaires au développement.

Faible connaissance des parents et changements des normes sociales

Les faibles connaissances des parents contribuent à la persistance des problèmes de protection. Bien qu'en amélioration constante Beaucoup de parents vivant en milieu rural méconnaissent l'obligation et l'importance de la déclaration des naissances.

«A cause de la longue absence de mon mari, mon enfant n'était pas déclaré dès la naissance car j'avais confondu le papier délivré par la maternité avec le bulletin de naissance. J'ai su la différence lorsque qu'on m'a demandé le bulletin de naissance de l'enfant pour l'inscrire à l'école. C'est alors qu'avec l'aide de parents proches, que mon enfant a eu un jugement». Une femme du focus groupe de Louga

Une partie des pratiques et normes sociales vis-à-vis des enfants qui trouvaient leurs origines dans le contexte socioculturel des sociétés traditionnelles et solidaires, ont changé en raison des transformations sociales qui affectent le Sénégal comme le reste du monde : la nucléarisation de la famille en ville qui ne peut plus accueillir la famille élargie, la forte émigration des adultes chefs, la disparition de nombreuses formes de formation sociales qui se pratiquaient jadis (famille élargies) et l'augmentation des familles monoparentales (divorce, décès d'un des parents, enfants hors mariage etc.) exposent plus que jamais l'enfant à plus de risques d'exclusion communautaire et sociale. Parmi les pratiques à risque les plus fréquentes on peut citer le confiage qui transfère une partie de la responsabilité parentale à une tierce personne. C'est le cas des petites filles domestiques, des enfants talibés; des enfants travailleurs. Ces formes de maltraitance des enfants sont favorisées par l'intervention d'intermédiaires qui sont souvent parents proches de la famille de l'enfant et dont le rôle consiste à faire jouer le sens de la « solidarité entre familles » pour convaincre les parents à laisser partir leurs enfants en confiance. Ces pratiques se font de nos jours dans un contexte où l'enfant est objet économique et non plus dans une perspective d'éducation comme cela se faisait dans le passé. Ce nouveau contexte expose les enfants à des situations qui peuvent facilement se transformer en abus, maltraitance ou exploitation car l'enfant n'a pas collecté les montants souhaités ou fait le travail demandé. La plupart des cas de maltraitance grave des enfants ont pour origine ce type de cause.

Ces risques sont d'autant plus grands que les parents n'ont pas connaissance de leurs existences et de leurs impacts potentiels sur le développement des enfants. Cette méconnaissance des effets des sévices et violences physiques perpétue la croyance que ces derniers sont de bonnes formes d'éducation et de reproduction de l'autorité. Ceci explique la difficulté de mettre en application les directives d'abandon des châtements corporels à l'école malgré les directives du ministère. Cela explique aussi le maintien de niveaux de maltraitance et légitime ses usages extrêmes tant dans les familles que dans les écoles non formelles. Les méconnaissances des membres de la famille des problèmes des enfants handicapés les poussent parfois à adopter des attitudes de rejet ou, au contraire, d'hyper-protection, deux situations qui sont des freins au développement de ces enfants. En souhaitant ne pas les exposer au regard des autres et en les gardant discrètement à l'intérieur des maisons les parents empêchent ces enfants d'aller à l'école et de profiter des bienfaits socialisant et thérapeutique de la fréquentation des autres enfants.

L'expérience montre toutefois que les projets bien conduits et sur de grandes échelles peuvent faire reculer ces violences. Les données de l'étude sur l'abandon de l'excision⁴⁹ montrent que dans les villages du projet presque toutes les femmes (90 pour cent) ont entendu parler de la pratique et ont traduit ceci à travers un changement d'attitude qui s'est manifesté par l'adhésion collective de la majorité à l'abandon de la pratique. Actuellement environ 4,100 des 5,000 villages ciblés ont rejoint le mouvement d'abandon de cette pratique

La pauvreté des familles

Ce facteur joue un rôle déterminant dans l'enrôlement des enfants dans des situations à risque comme le confiage et recours au travail des enfants. Ces dernières années cette pauvreté a été accentuée par la crise économique et la baisse de la productivité agricole en milieu rural poussant les familles à recourir au travail des enfants pour subvenir aux besoins essentiels de la famille et lui permettre d'accéder à quelques services sociaux de base^{50,51}. L'étude réalisée sur l'analyse de la situation des ménages ruraux de la région de Kolda⁵², zone fortement pourvoyeuse d'enfants mendiants, montre que les motifs économiques sont considérés comme le principal déterminant de la migration des enfants (45%) loin devant l'éducation (24%) et les raisons sociales (20%). Selon la MICS-II, le coût des copies d'actes de naissance expliquerait aussi le fait que les familles ne disposent pas de ces documents pour des événements importants comme l'inscription scolaire. De même la situation économique précaire des familles et l'effritement de la solidarité communautaire ne permettent pas aux enfants handicapés de fréquenter les structures spécialisées. Les parents ne peuvent pas faire face aux coûts souvent élevés de la prise en charge

comportant le traitement médical, l'acquisition d'appareillage, des séances de réduction répétitives liées à la lenteur de la guérison d'un handicap.

Le Sénégal a toujours montré un fort engagement politique pour les droits des enfants et des femmes et a concrétisé cet intérêt par les ratifications et adoptions rapides de la presque totalité des traités, conventions et protocoles portant droits de l'homme et droits de l'enfant. Cet engagement est reconnu par les partenaires du pays et par les institutions internationales. Plus récemment (mai 2010) Amnesty International, tout en rappelant certains manquements, a attesté que le Sénégal a, au cours des dernières années, pris de nombreuses mesures pour assurer la jouissance des droits économiques, sociaux et culturels comme l'école de proximité et les initiatives en faveur des talibés.

Déjà fort lors de la ratification de la CEDB en 1990, cet engagement politique a beaucoup augmenté depuis 2003 avec la création de l'agence de la case des 'Tous petits', l'élaboration de plans d'action nationaux sur l'engagement des enfants à l'Etat civil (2003), la lutte contre les mutilations génitales féminines (élabore en 2005 et révisé en 2009), la stratégie nationale de protection sociale (2005), la lutte contre la traite des personnes, en particulier des femmes et des enfants (2008). L'élaboration de la stratégie de réduction de la pauvreté a permis d'établir des liens entre ces différents problèmes et à engager une réponse plus structurée pour satisfaire les besoins en protection des groupes vulnérables.

Cet engagement s'est inscrit dans des dynamiques sous-régionales et régionales comme tenu du caractère complexe et multidimensionnel de certaines problématiques telles la lutte contre la traite ou la lutte contre l'excision. Cette coopération régionale s'est traduite par l'adoption de plusieurs instruments tels l'accord de coopération avec le Mali pour lutter contre le Trafic Transfrontalier des enfants (2004), l'accord multilatéral d'Abuja en juillet sur la lutte contre la traite des enfants (2006), et le plan d'action conjoint CEDEAO/CEBAC 2006-2009 de lutte contre la traite des personnes, en particulier des femmes et des enfants en Afrique de l'Ouest et du Centre.

Cependant, et de l'avis de nombreuses parties impliquées, beaucoup reste à faire. En 2006 le comité des recommandations précédentes comme celles qui avaient trait au problème des talibés, à l'inégalité entre les filles et les garçons en ce qui concerne l'âge minimum requis pour contracter mariage, et à l'administration des Nations Unies sur l'esclavage et la traite des enfants lors de sa visite au Sénégal en 2009. En effet, la traduction des engagements politiques s'est heurtée aux obstacles récurrents comme une faiblesse institutionnelle chronique des départements sectoriels chargés de la protection des femmes et des enfants et de la modicité des allocations budgétaires. De même la plupart des accords de coopération régionaux ont été faiblement mis en œuvre car les organes prévus ne sont pas toujours mis en place. Par exemple, malgré l'existence d'un accord bilatéral entre le Sénégal et le Mali signé en 2004 et l'accord multilatéral d'Abuja de 2006, il n'existe pas de mécanismes inter Etat opérationnels de surveillance des mouvements transfrontaliers d'enfants.

3.2 Cadre institutionnel

Le système de protection implique de très nombreux acteurs dont le Ministère de la Famille, des Groupements Féminins et de la Petite Enfance, les Ministères de la Justice, de l'Intérieur, de la Santé, de l'Agriculture ainsi que des bailleurs et des organisations de la société civile.

Le principal acteur de la protection de l'enfance est le ministère de la Petite Enfance qui déroule une partie des composantes de la Famille, des Groupements Féminins et de la Petite Enfance qui déroule une partie des composantes

III LES CADRES POLITIQUE, INSTITUTIONNEL ET JURIDIQUE

3.1 Cadre politique

socials de la Stratégie nationale de lutte contre la pauvreté. Les principaux moyens opérationnels sont le Plan d'Action Sectoriel de la Lutte contre le SIDA, le Programme d'Alphabétisation et d'Apprentissage des Métiers pour la Lutte contre la Pauvreté, le Programme National de Développement exclus ou marginalisés. Le ministère est, aussi, en charge de la Politique Nationale de Développement Intégrée de la Petite Enfance qui vise à augmenter l'accès à la prise en charge universelle du jeune enfant, en particulier les enfants défavorisés et vulnérables à travers une approche holistique et intégrée du jeune Enfant (Protection, Education, Santé, Nutrition). Ce département est marqué par une forte concentration des structures de planification, gestion et prestations au niveau de la capitale et ne dispose pas d'une stratégie nationale de protection de l'enfance. Ainsi l'essentiel des activités est mise en œuvre directement par les services. Le ministère assure aussi la tutelle de quelques établissements dont les plus connus sont le Centre d'Ecoute et d'Orientation des Enfants en Situations Difficiles (Centre Guindil créé en 2003), l'Ecole Nationale des Travailleurs Sociaux Spécialisés (ENTSS) et les Centre d'Assistance et d'Orientation pour enfants en situation difficile. Il dispose de seulement quelques agents chargés du développement communautaires postés au niveau des régions et préfetures. Cependant depuis quelques années ce département s'est lancé dans un processus de construction des mécanismes préfectoraux avec la mise en place de Comités Techniques de Suivi regroupant en réseau les différentes entités locales autour du Préfet et d'un plan d'action. Actuellement 15 des 45 préfetures disposent d'un tel système.

Le Ministère de la Justice à travers le Centre de Formation Judiciaire et la Direction de l'Education Supérieure et de la Protection Sociale joue un rôle dans le domaine de la prévention et de la lutte contre le phénomène des enfants en conflit avec la loi. Ce département a entrepris depuis quelques années le renforcement des capacités des magistrats, policiers, gendarmes, agents pénitentiaires et travailleurs sociaux par une formation mettant l'accent sur le volet juridique (textes internationaux, textes nationaux) l'enfant, problématique de l'adolescence, etc.). Jusqu'à une période récente l'essentiel des activités étaient mises en œuvre à travers des projets comme le « projet de renforcement de la protection juridique des mineurs 2001 à 2006 » coordonné par le Centre de Formation Judiciaire et impliquant l'Ecole Nationale des Travailleurs Sociaux Spécialisés, l'Ecole Nationale de Police, l'Ecole de la Gendarmerie Nationale, l'Ecole Nationale de Développement Social et Sanitaire et l'Unité de pédopsychiatrie du Centre Hospitalier Universitaire de Fann. Plus récemment la Direction de l'Education Supérieure et de la Protection Sociale a mis en œuvre aussi un Programme Sectoriel Justice qui vise à améliorer les conditions de prise en charge des enfants en conflit avec la loi avec construction ou la réhabilitation des maisons de justice et aménagements des conditions de travail dans les centres (maisons de détention, centres Activités Educatives en Milieu Ouvert, Centres de Sauvegarde) en vue de rapprocher les institutions des populations. Cependant ce programme a adopté une approche très verticale qui n'est pas assez articulée avec les autres mécanismes existants pour la protection des enfants. De plus les retards notés dans l'extension du programme et l'insuffisance des ressources allouées aux programmes semblent constituer des contraintes à l'extension du système.

Les Ministères de l'Intérieur et celui des Collectivités Locales et de la Décentralisation jouent, également, un rôle à travers les services (notamment la brigade des mineurs) chargés du contrôle et la Brigade des frontières et des axes routiers et plus particulièrement à travers les commissariats de police et la Brigade des services sont toutefois peu développés et parfois concentrés à Dakar.

Le Ministère de la Fonction Publique, de l'Emploi et des Organisations Professionnelles à travers la Direction du Travail et de la Sécurité Sociale et la Cellule de Lutte contre le Travail des enfants a pour mission d'assurer la mise en œuvre et le suivi des Conventions de l'OIT particulièrement les Conventions n°138 et n°182. Il supervise aussi la mise en œuvre du projet IPFC. En raison de la modicité de ses moyens ses effets sur la protection des enfants sont marginaux.

Le ministère de l'Education Nationale à travers le Programme Décennal de l'Education et de la Formation élaboré à la suite du Forum de Dakar et dont l'ambition d'atteindre l'Education Pour Tous universelle Dans ce cadre on trouve aussi le programme d'éducation inclusive à dimension intégratrice (ce dernier

bénéficie de l'appui des partenaires au développement et l'ONG Handicap International) et le programme de la Réadaptation à Base Communautaire (RBC) de la Direction de l'Action Sociale qui prévoit une extension du réseau des écoles spécialisées pour enfants handicapés dans les régions. Malgré de bonnes intentions ce secteur déploie peu d'actions pour la protection des enfants.

Le ministère de la Santé Publique et de la Prévention à travers le plan de survie de l'enfant et le nouveau Plan National de Développement Sanitaire qui couvre la période 2009-2018, met l'accent sur l'amélioration de l'accès des groupes vulnérables à des services de santé de qualité et sur le renforcement de la prévention. Le Plan Stratégique de Lutte contre le VIH-SIDA a été mis en place pour maintenir à un niveau bas la prévalence du VIH dans la population générale et à améliorer la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH et de celle de leur entourage en rendant accessibles les anti-rétroviraux et les médicaments contre les infections opportunistes et à l'assistance sociale. Ce programme a notamment mis en œuvre un programme d'assistance aux enfants orphelins du VIH-SIDA. C'est pratiquement le seul projet à visée protectrice de l'enfant de ce secteur.

Les collectivités locales sont engagées dans la lutte contre le VIH/SIDA à travers l'Alliance des Maires du Sénégal pour la lutte contre le VIH/SIDA et l'Union des Villes et Communes du Sénégal. Il faut également relever le réseau des Parlementaires qui s'investit dans cette lutte. En raison de leurs faibles capacités et allocations elles ne jouent pratiquement aucun rôle dans la protection, leurs interventions se limitant à de rares et ponctuels gestes de charité envers les grands nécessiteux.

À côté des structures du gouvernement, il existe de nombreuses Organisations de la Société Civile et des ONG. La CONAFE et le COSAED sont très dynamiques dans ce domaine et quelques institutions étatiques comme Le Partenariat pour le Retrait et la Réinsertion des Enfants de la Rue (PARRER) et la Cellule d'Appui à la Protection des Enfants (CAPE logée à la Présidence et créée pour appuyer la politique de protection des enfants en particulier les plus vulnérables comme les enfants dans la rue). Confrontées aux problèmes de la faible coordination et du manque de ressources humaines et financières, ces institutions jouent un faible rôle dans le dispositif institutionnel de la protection de l'Enfance.

Le dispositif institutionnel de la protection de l'enfance au Sénégal comprend une foison de mécanismes et de services de planification et de prestations de services disséminés entre différents départements et agences. L'articulation entre ces mécanismes et ces plans n'est toujours pas établie. À l'exception de quelques modèles (abandon de l'excision) ces plans sont onéreux et surtout préparés à des fins de mobilisation de ressources. Généralement ils ne sont pas bâtis sur des analyses de situation objectives. Obtenant des résultats mitigés et difficilement évaluables, ils sont rapidement dépassés par les évolutions rapides des problèmes de protection.

3.3 Cadre législatif

Le Sénégal dispose de nombreux textes législatifs réglementant la protection des enfants. Cet arsenal réglementaire est relativement cohérent et en conformité avec les prescriptions des principaux traités et conventions internationaux régissant les droits de l'homme que le pays a ratifié comme la Convention Relative aux Droits des Enfants ; la Convention des Nations Unies contre la criminalité transfrontalière visant à prévenir, réprimer et punir la traite des personnes ; le protocole facultatif concernant la vente d'enfant, la prostitution et la pornographie ; et le protocole facultatif concernant l'implication des enfants dans les conflits armés. Le dispositif national mis en place pour rendre effectifs ces engagements est riche et varié.

La Constitution de 2001, dans son préambule, affirme l'adhésion du Sénégal à la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme et du Citoyen et aux instruments internationaux parmi lesquels figurent, en bonne place la CDE et la CEDEF. Le deuxième alinéa de l'article 20 de la Constitution stipule que « la jeunesse est protégée par l'Etat et les collectivités publiques contre l'exploitation, la drogue, les stupéfiants, l'abandon moral et la délinquance ». Dans la Constitution on trouve aussi des dispositions visant notamment les mutilations physiques et le mariage forcé. L'article 18 stipule que « la contrainte au mariage forcé de la jeune fille mineure ou de la femme est une violation de la liberté individuelle. Elle est interdite et punie dans les conditions fixées par la loi ».

Le Décret n° 69-1054 concerne la protection des mineurs pauvres orphelins de père ou abandonnés et institue des allocations pour cette catégorie de vulnérables.

Le Décret n° 70-1173 du 19 octobre 1970 est relatif à la protection des enfants handicapés et fixe le guide barème pour la classification des infirmités. En dehors de ce texte spécial la protection des enfants handicapés est prévue dans le cadre global de « la loi d'Orientation Sociale pour les personnes handicapées » élaborée en 2008 et adoptée par le Conseil des Ministres et qui est en examen par le Parlement pour adoption.

Les Arrêtés ministériels n° 3748 et 3749 MFPTEOP-DTSS de juin 2003 sont relatifs au travail des enfants. Ils interdisent les pires formes du travail des enfants. L'arrêté n° 3750 de juin 2003 fixe la nature des travaux dangereux interdits aux enfants et jeunes gens alors que le n° 3751 fixe les catégories d'entreprises et travaux interdits aux enfants et jeunes gens et l'âge limite auquel s'applique l'interdiction.

La loi n° 99-05 du 29 janvier 1999 modifie certaines dispositions du Code pénal et est relative à l'excision. La loi a modifié le Code Pénal en apportant deux changements: i-la définition du viol et le renforcement des sanctions pénales relatives aux violences conjugales ; et ii- la pénalisation des Mutilations Génitales Féminines. La pénalisation couvre toutes les formes connues de mutilations génitales féminines et prévoit une peine de six mois à cinq ans, ainsi que des circonstances aggravantes induisant la peine maximale. Les dispositions du Code Pénal et du Code de la Famille relatives au mariage précoce fixent l'âge autorisé pour le mariage.

Le Code de procédure pénale, dans son article 565, définit l'enfance en danger moral comme la catégorie d'enfants dont la santé, la moralité et l'éducation ne sont pas suffisamment garanties du fait de conditions socio économiques défavorables de leurs parents civilement responsables.

La loi 2004-37 du 3/12/2004 rend obligatoire la scolarisation des enfants de 6 à 16 ans. La soumission de l'avant-projet de loi pour le renforcement de la protection des mineurs à la Commission Nationale de Réforme du Code Pénal et du Code de Procédure Pénale et l'avant Projet de loi sur le renforcement de la Protection des Enfants contre les abus et l'exploitation sexuelle viennent renforcer ce dispositif.

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 renforce la qualification pénale de l'exploitation des enfants par la mendicité et garantit des mesures d'assistance aux victimes. Elle introduit en même temps une mesure nouvelle pour les associations et services publics qui « peuvent respectivement, sur leur demande ou d'office, représenter les enfants victimes en justice ».

Plusieurs textes et lois nationaux traitent de l'enregistrement à l'Etat civil. La loi 72-61 du 1^{er} juin 1972 portant Code de la famille a donné naissance à la configuration du système actuel de l'état civil au Sénégal. Les lois du 18 octobre 1915 et du 22 septembre 1916 (ou loi Blaise Diagne) consacrent l'extension du régime d'Etat-civil à tous les Sénégalais.

Les enfants en conflit avec la loi sont protégés par plusieurs instruments: la loi n° 65-60 du 21 juillet 1965 portant code pénal, modifié ; les extraits de la loi n°65-61 du 21 juillet 1965 portant code de procédure pénal, modifié ; la loi n° 67-18 du 28 février 1967 fixant les attributions des justices de paix en matière correctionnelle ; la loi n° 2001-03 du 22 janvier 2001 portant Constitution de la République du Sénégal, modifié article 20 ; le décret n° 64-461 du 22 juin 1964 modifiant le taux de l'allocation versée aux tuteurs des mineurs délinquants ou victimes d'une infraction ; les extraits du décret n° 64-572 du 30 juillet 1964 portant Code de procédure civile, modifié ; les extraits du décret n°66-1081 du 31 décembre 1966 portant organisation et régime des établissements pénitentiaires, modifiés (articles 10, 26, 141) ; le décret n° 81-1047 du 29 octobre 1981 fixant les règles d'organisation et de fonctionnement des services extérieurs de la Direction de l'Education Surveillée et de la Protection Sociale ; les extraits de l'arrêté ministériel n° 7117 MINT/DAP du 21 mai 1987 portant règlement intérieur des établissements pénitentiaires (articles 55, 56, 92, 93).

L'analyse du cadre législatif de protection des enfants permet de constater que le dispositif juridique de protection est relativement complet mais n'est pas toujours appliqué en raison de sa méconnaissance par le

grand public mais aussi par les spécialistes de protection (professionnels de la justice, de la police, des services sociaux) et des agences d'organisations non gouvernementales et de la santé...), qu'il soient censés dire le droit et censés l'appliquer. Cette ignorance diminue le caractère dissuasif et préventif des dispositions existantes. La faible application s'explique également par les ambiguïtés dans le contenu et l'interprétation des textes. Par exemple il n'y a pas une claire délimitation sur l'âge en deçà duquel les rapports sexuels entretenus avec une personne de jeune âge tombent sous le coup de la loi. D'une part, le Code Pénal (article 300) autorise la consommation du mariage au-delà de 13 ans, et d'autre part, le Code de la Famille (article 111) fixe l'âge du mariage à 18 ans révolu pour le garçon et 16 ans révolu pour la fille, sauf dispense d'âge accordée par le Président du tribunal après enquête.

IV ROLES ET CAPACITÉS DES TITULAIRES ET DES PORTEURS D'OBBLICATIONS

Une lourde responsabilité à assumer pour l'Enfant

Un enfant comme tout être humain a le droit d'exprimer son opinion et de participer aux décisions qui le concernent. Au Sénégal, la société, à travers les modes organisationnels traditionnels existant, favorise l'apprentissage aux enfants de ces rôles et facilitent la protection des droits des enfants. Ce mode de fonctionnement a continué durant de longues périodes à maintenir la cohésion familiale et communautaire. Cependant, et de plus en plus, on constate que ces modes de fonctionnement changent et que ceci se fait au dépend de l'enfant. L'enfant ne passe plus par les rites initiatiques traditionnels. Peu éduqué sur les acteurs et les facteurs qui jouent un rôle dans sa vie il se protège mal et s'exprime rarement. L'évaluation d'impact du programme FRCC⁶⁹ a montré que malgré une sensibilisation active près d'une femme sur deux n'a pas été consultée par ses parents quand à son mariage. Cette situation pousse les enfants à rechercher d'autres formes d'expression et de reconnaissance. Selon les résultats d'une étude sur la participation des enfants et des jeunes dans les programmes de développement, la quête de la reconnaissance sociale constitue une déterminant important dans la reconstruction identitaire et à leur reconnaissance sociale.

Un cadre familial qui peut mieux faire

Première sphère d'volution de l'enfant, la famille a l'obligation de protéger l'enfant en commençant par le déclarer à l'Etat-civil à la naissance (l'article 51 du Code de la Famille impose cette obligation). Une enquête menée dans les régions de Kolda et Tambacounda a montré que malgré de vastes plans de mobilisation sociale de 50 pour cent des enfants ne sont pas enregistrés⁷⁰ à l'état civil (ce taux était de 40% en 2005 selon l'EDS IV) en raison des dysfonctionnements des services de l'état civil et de la pauvreté des parents mais aussi de l'ignorance des parents de l'intérêt de l'enregistrement des naissances. La persistance de normes sociales contraignantes joue également un rôle important. La culture sénégalaise réservant à l'homme plutôt qu'à la femme l'acte de déclaration de l'enfant, il y a beaucoup d'épouses qui ne déclarent pas la naissance quand le père est absent.

Sur d'autres aspects de la protection on constate aussi que trop fréquemment les familles ne se donnent pas les moyens d'assurer leur rôle protecteur. Beaucoup trop de parents acceptent l'abandon de l'école par l'enfant (environ 50% des enfants quittent l'école avant la fin du cycle primaire) en sachant qu'ils n'ont pas d'autre alternative à offrir à l'enfant que celles de la rue ou du travail précoce. Un grand nombre de parents comptent sur les revenus générés par l'exploitation de l'enfant pour subsister tout en étant conscients des risques auxquels ils exposent l'enfant. Selon l'étude⁷¹ conduite par l'université de Ziguinchor « les parents sont de moins en moins enclins à encourager l'enfant à retourner aller à l'école quand ce dernier devient une source de revenu grâce à son travail ». De même de trop nombreuses familles continuent aussi à privilégier l'intérêt familial sur l'intérêt de l'enfant. Selon la même enquête de l'université de Ziguinchor « contrairement aux clichés, ce ne sont pas les établissements scolaires qui sont les laboratoires d'essais et de fabriques de ces pratiques (violences) mais les familles s'avèrent être plus dangereuses pour les filles : « Les auteurs des viols, harcèlements sexuels, grossesses et mariages précoces dont nous sommes victimes se trouvent dans nos maisons. Il s'agit, le plus souvent d'un cousin, du frère de l'époux de la sœur, du fils du tuteur, de la pupille, d'un colocataire etc. Des gens avec qui existe un certain lien de parenté qui oblige la famille à garder le silence et à renoncer à tout recours juridique ».

« Le paradoxe est qu'on (la communauté s'entend) favorise la sexualité précoce et on interdit le mariage précoce ; la triste vérité est que les parents préfèrent le mariage précoce, accepté par la religion à un comportement sexuel en dehors du mariage interdit par l'Islam ». Enseignant arabe, participant d'un focus groupe

Des règles communautaires pesantes

La communauté est définie comme étant un groupe constitué par l'entourage de l'enfant, la famille élargie, les voisins de quartier, les notabilités coutumières et religieuses (Imams ou prêtres), et les délégués de quartiers ou chefs de villages. L'enquête menée auprès des chefs religieux, de spécialistes de la culture orale par l'Institut Fondamental d'Afrique Noire en 2009⁷² souligne que « dans les différentes sociétés traditionnelles du Sénégal l'enfant représentait le socle social et ... un enjeu important dans les jeux d'alliance ». Cette importance dessaisit partiellement ou totalement les parents de leurs rôles de tuteurs pour le transférer à la communauté. Cette dernière est alors censée jouer le rôle principal dans la réalisation des droits des enfants en plaçant en place les mécanismes de sa survie, de son développement mais aussi en assurant son obligation de dénoncer aux autorités compétentes les cas de non respect des droits quand cela est nécessaire. Depuis la ratification de la CDF les communautés du Sénégal ont été régulièrement sensibilisées sur ces rôles et devoirs notamment sur les aspects les plus durs de la protection (violences, exploitations). En résultat il ya eu une augmentation régulière des dénonciations de cas de maltraitance et des abus référés aux services spécialisés d'assistance psychosociale, de police et de justice. Cependant, beaucoup reste à faire car le sentiment demeure que l'intérêt de l'enfant est encore un élément secondaire dans la communauté. Le viol des filles est craint plus par la communauté car on estime qu'il altère l'image de la famille et qu'il réduit les chances de la fille à se marier et parce qu'il ya une forte croyance que le mariage fort de la cohésion sociale⁷³ par le jeu des alliances familiales. L'intérêt de l'enfant bien que parfois jugé important passe en second lieu. Le problème des enfants de la rue et de leur maltraitance n'est pas ressenti comme un problème communautaire mais plutôt vécu comme une décision individuelle du père. Un sondage⁷⁴ fait en 2010 pour l'UNICEF dans la région du grand Dakar révèle que la majorité des sondés (91% des femmes et 77% des hommes) pense que la mendicité n'est pas quelque chose de normal mais cela ne les empêche pas de donner cette somme car la plupart (98%) préfère laisser le soin de régler le problème de la mendicité aux autres.

Au niveau des communautés les leaders d'opinion jouent un rôle car sont respectés et écoutés dans les prises de décision d'intérêt communautaire. Ils exercent cette responsabilité de manière ambiguë et disparate. Ils ont joué un rôle crucial dans l'abandon de l'excision. Cependant un grand nombre continuent d'invoquer la nécessité de respecter les traditions et limite leurs engagements aux seules déclarations d'intention sur des sujets importants comme la mendicité ou la séparation des enfants. Le manque chronique d'agents et travailleurs sociaux n'explique pas leurs faibles performances. Les agents qui assurent le fonctionnement des services sociaux jouent un rôle important dans la protection de l'enfant. Au niveau des communes et les communautés rurales l'Etat civil est assuré par les agents et les Officiers d'Etat civil. Si comparés à ceux des pays limitrophes les services ont de meilleures performances il y a lieu de noter qu'ils pourraient faire mieux si les mairies, présidents de communautés rurales allouaient plus de ressources pour acheter les registres et les imprimés et notamment pour les parents qui sur les agents. Ceci permettrait un plus grande disponibilité du service, notamment pour les parents qui résident loin du centre d'enregistrement.

Des élèves de ma classe ont été renvoyés de l'école pour défaut de pièce d'Etat civil... Le directeur de l'école pour établir la carte scolaire, leur avait demandé de lui fournir les bulletins de naissance et presque une vingtaine d'élève n'ont pas répondu à son appel. C'est ainsi qu'il a jamais repris les cours ». Un élève focus group de Nioro

Les chefs d'établissements et les enseignants ont normalement pour obligation d'assurer que ces établissements disposent des conditions propices à la socialisation et le développement des enfants dans un cadre sécurisé et protecteur. De grands efforts ont été faits pour former les personnels enseignants afin de

leur permettre d'améliorer l'environnement de l'apprentissage et de détecter et référer vers les Centres Régionaux d'Orientation et de Soutien Pédagogiques les enfants rencontrant des difficultés scolaires. Cependant, ces personnels n'assurent pas systématiquement leurs obligations et continuent d'avoir des attitudes néfastes vis-à-vis des enfants. Malgré leur interdiction officielle les châtiments corporels sont encore largement employés comme méthode d'éducation. Peu de directeurs ou d'enseignements développent des initiatives pour réduire l'abandon scolaire ou lutter contre la violence à l'intérieur des écoles. Une étude conduite par l'université de Ziguinchor a relevé qu'entre janvier et août 2009 l'Hôpital de Sédhiou avait enregistré 354 grossesses précoces dont 99 chez des filles de moins de 16 ans⁶¹. La plupart de ces grossesses est le résultat d'agressions des enseignants ou des élèves. Peu d'écoles acceptent des enfants handicapés car les enseignants sont réticents ou ne sensibilisent pas les enfants et les parents.

Ainsi, au sein des établissements scolaires, certains responsables au mépris de la procédure existante ne prennent pas le soin d'informer des viols commis par un enseignant sur une élève mais au contraire vont prendre attache auprès des parents de la victime pour étouffer l'affaire. Extrait de l'étude sur les violences faites aux filles par l'université de Ziguinchor

Les personnels des centres de santé doivent assurer la délivrance des certificats d'accouchement nécessaires à la déclaration des naissances ; recevoir et traiter les cas de maltraitance fournir la pilule du lendemain aux filles victimes de violences sexuelles et alerter les services de police et de justice. Il n'y a pas beaucoup d'évaluation objective de cette capacité de réponse. Cependant en assurant des prestations de faible qualité, en exigeant une motivation financière pour les soins et la délivrance des certificats médicaux (constatation des violences) et en s'abstenant d'alerter systématiquement la police et la justice sur les cas de maltraitance ces personnels ne remplissent pas leurs obligations. Selon l'étude sur les violences faites aux filles les victimes de violences reçues dans les établissements de Ziguinchor sont référées au Centre Psychiatrique de la localité mais les autres services (police, justice) ne sont que très rarement impliqués dans la réponse.

Les magistrats ont pour obligation de veiller à l'application des textes protégeant les enfants comme par exemple prendre en compte les avis des enfants, privilégier les mesures alternatives à la détention, collecter et analyser les données statistiques sur la situation des enfants en conflit avec la loi. Cependant on leur reproche leurs tendances à privilégier l'intérêt des adultes au dépend de l'intérêt. L'étude sur les violences en milieu scolaire dans la région de Ziguinchor a relevé que peu de décisions ont été prises en faveur ou pour défendre réellement les intérêts des enfants. Les avocats peinent aussi à remplir leurs devoirs vis-à-vis des enfants pour les mêmes raisons. Ils refusent de défendre les mineurs en cas de leur désignation d'office car ils estiment que les honoraires forfaitaires ne sont pas suffisant ni systématiquement payés.

«La violence gagne du terrain par rapport aux années antérieures. Les peines ne sont pas assez dissuasives... c'est un phénomène social dont la solution se trouve dans le social et non dans le judiciaire ». Extrait de l'étude sur les violences faites aux filles par l'université de Ziguinchor

Des services étatiques qui peinent répondre aux besoins

De grands efforts ont été déployés pour doter le pays d'une politique conséquente et de services sociaux adaptés aux besoins de protection des enfants. Cette obligation est remplie dans le domaine de la ratification des conventions, de leur adaptation au niveau national et de leur traduction en plans nationaux (Plan d'Action Sectoriel de la Famille dans la Lutte contre le SIDA, le Programme d'Appui à la Mise en Œuvre de la Stratégie de Réduction de la Pauvreté, le Projet d'Education à la Vie Familiale dans les Daaras et le Projet de Lutte Contre la Traite et les Pires Formes de Travail des Enfants). L'état a aussi renforcé le dispositif général de la protection des enfants en créant la Cellule d'Appui à la Protection de l'Enfance (CAPE) et le Partenariat pour le Retrait et la Réinsertion des Enfants de la Rue (PARRER). Il a récemment aussi lancé le processus de mise en place d'un médiateur sur les droits de l'enfant (ombudsperson). L'état soutient aussi le fonctionnement de deux écoles spécialisées dans la formation des travailleurs sociaux (Ecole Nationale des Travailleurs Sociaux Spécialisés et l'Ecole Nationale de Développement Sanitaire et Social. Comparé aux pays de la sous région le Sénégal a fait plus vite et mieux dans ce domaine. Cependant beaucoup reste à faire car le pays ne dispose pas encore d'une politique sectorielle spécifique à la protection des enfants et parce que les services de protection existants ne sont pas en mesure de répondre à la demande tant en termes de quantité que de qualité. De même l'état n'a pas

pu instaurer une coordination capable de fédérer les nombreux acteurs de la protection. Nombre de ces entités ont parfois des avis différents et/ou développent des approches différentes. En résultat il y a des duplications et/ou des contradictions entre les rôles, responsabilités et prestations de leurs différents services. Par exemple la protection des enfants dans les daaras dépend de deux ministères dont les approches stratégiques sont différentes alors même qu'ils sont en concurrence pour les mêmes ressources publiques. La lutte contre les pratiques néfastes se fait à travers le Ministère de la Famille mais aussi par le Ministère de la Jeunesse. Le PARRER et la CAPE ont des difficultés à cibler des domaines d'intervention où leur spécificité leur permettrait d'avoir une réelle valeur ajoutée. Peu d'efforts ont été faits pour doter le système d'un système de collecte et de traitement de l'information obligeant à recourir en permanence aux enquêtes et évaluations coûteuses.

L'état a aussi peu investi dans le développement d'un système de protection intégré au niveau local. La protection ne dispose pas, à l'instar de la santé ou de l'éducation, d'un système structuré comprenant des services de prestations et un mécanisme de coordination-planification. En 2005 on comptait 571 centres d'Etat Civil. Le réseau des CPRS censés assurer l'assistance sociale aux vulnérables n'a pas été étendu et la majorité d'entre eux est concentrée sur Dakar (12 sur 50). Le Ministère de la famille dispose d'un vaste réseau de volontaires de près de 1,000 volontaires sociaux (agents de promotion du développement communautaire) mais ces agents sont peu préparés à assurer des prestations spécialisées aux enfants et n'ont pas été de moyens et d'outils d'intervention. Il y a un seul centre d'accueil, d'Information et d'Orientation Pour Enfants en Situations Difficiles (Centre Guinddi), et une seule brigade des mineurs spécialisée tous deux situés à Dakar alors qu'il en faudra au moins un par grande ville. Le secteur de la justice des enfants reste confronté aux déficits quantitatifs et qualitatifs en ressources humaines et à l'indigence matérielle avec un magistrat pour environ 30.000 habitants (rapport du PNBG, 2006). Il dispose de ressources humaines qualifiées pour l'encadrement des enfants ayant besoin de mesures de protection mais fournit des services à des enfants qui ne sont pas en conflit avec la loi et ne dispose pas d'unités spécialisées pour la détention des filles.

Le développement rapide des services des organisations de la société civile, a permis de pallier à certaines de ces insuffisances quantitatives mais les faibles capacités professionnelles des agents et le manque de coordination, l'absence d'un corps d'inspecteurs et de codes d'éthique laissent ces dernières œuvrer dans une totale indépendance permettant à certaines d'interpréter selon leur bon vouloir les droits des enfants. Les services de l'inspection du travail chargés du suivi de l'application des dispositions du code du travail sont peu opérationnels du fait de la couverture du territoire national et de la faible sensibilisation des inspecteurs du travail sur la spécificité des enfants et de leur manque de moyens logistiques.

Une réponse des parlementaires qui nécessite d'être plus forte

Les parlementaires jouent remplissent leur rôle de plus en plus en interpellant de manière régulière les ministres sur leurs plans d'action, sur l'utilisation des budgets qui leurs sont alloués et sur les résultats obtenus par leurs services. Ils ont créé en leur sein deux réseaux dynamiques : le Réseau des Parlementaires pour la Population et le Développement et le Réseau des Parlementaires pour la Protection des Enfants Contre les Abus et la Violence. Cependant de nombreux des parlementaires résistent au changement et freinent l'amélioration du cadre protecteur de l'enfant. Ils adoptent et ratifient la plupart des textes législatifs qui leur sont proposés pour protéger les enfants mais n'en initient eux-mêmes que très rarement. Ils interpellent rarement les membres du gouvernement sur leurs résultats, l'efficacité de l'utilisation des ressources et sur le niveau de mise en œuvre des recommandations du comité des droits de l'enfant.

Une réponse fragmentée des Organisations de la Société civile

Il y a de très nombreuses ONG et associations qui s'activent à vulgariser les droits des enfants, à fournir des services et à faire le suivi de la mise en œuvre des recommandations du Comité des Nations Unies sur les Droits de l'Enfant. Certaines d'entre elles sont des modèles de services dotés de centres d'accueil et des programmes de réinsertion familiale ou scolaire. Cependant toutes ONG confondues, à l'exception de l'abandon de l'excision, leur impact est marginal sur la réduction des problèmes de protection. Bien que beaucoup plus étendues que les services publics elles ne remplissent pas bien leur obligation. Elles investissent peu dans le renforcement des capacités professionnelles de leurs agents, résistent à travailler en réseau, acceptent difficilement de partager leurs informations et refusent souvent d'être coordonnées.

Malgré quelques bons exemples de services, leurs impacts sont peu durables. Elles n'ont pas été en mesure de contenir l'aggravation du phénomène des enfants de la rue dans les grandes villes (Dakar, Thiès, Saint Louis, Kaolack). Alors qu'elles ont la possibilité d'être en justice pour le bénéfice des victimes grâce aux capacités que leur confère la loi spécifique à la lutte contre la traite des personnes, elles assurent très inégalement cette obligation. N'ayant pas développé leurs capacités de mobilisation et de réseautage elles demeurent très dépendantes des financements des partenaires.

Des médias qui peuvent mieux faire

Les médias servent non seulement de relais pour la vulgarisation des droits de l'enfant mais ils jouent un rôle d'observatoire des cas de violations des droits de l'enfant. Au Sénégal, ces médias remplissent progressivement ces obligations. Certains professionnels de ces médias se sont même constitués en réseau (par exemple GRAVE) pour mieux assurer leurs responsabilités. Grâce à une meilleure implication ces médias assurent une plus grande couverture médiatique des problématiques de l'enfance ce qui contribue à une chute progressive des barrières culturelles qui bloquent les débats sur des questions sensibles comme les abus et violences sexuels. Cependant et malgré toute leur bonne volonté leur influence reste encore modeste et peu durable car par manque de capacités professionnelles et de moyens logistiques mais aussi parce qu'il n'y a pas de stratégie de traitement de l'information pour enfant. La priorité est souvent donnée à la médiatisation des sujets « chauds », parfois sans respecter les règles sécurisant l'intégrité de l'enfant.

Des partenaires techniques et financiers qui doivent mieux se coordonner

Le rôle des partenaires techniques et financiers est d'assister le gouvernement et les organisations de la société civile à mettre en œuvre les politiques nationales de protection. Ils sont, aussi, censés fournir des apuis techniques pour développer les capacités nationales afin que le gouvernement puisse porter rapidement à l'échelle les interventions. Dans le secteur de la protection des enfants, hormis ceux fournis par quelques agences spécialisées (UNICEF, Plan, Save the Children, Espagne, Italie) leurs contributions financières et techniques restent modestes et peu coordonnées. Ils n'assurent aussi que rarement la mobilisation des ressources pour financer les programmes. Par exemples il y a peu d'apuis conséquents aux projets de prise en charge des enfants handicapés, à la lutte contre la traite et la maltraitance.

V. RECOMMANDATIONS

Le recul de la croissance économique, la chute des revenus des familles qui a découlé de la crise économique ainsi que les transformations sociales profondes qui perturbent le fonctionnement des communautés se sont traduits par une exacerbation des risques et une probable augmentation du nombre des enfants nécessitant des mesures de protection. Compte de cette situation et pour tirer avantages de la forte mobilisation que les plus hautes autorités politiques ne cessent de réitérer il y a lieu d'engager des mesures urgentes.

Le pays doit engager rapidement une large réflexion sur les mécanismes actuels de protection comme cela a été recommandé par le comité des droits des enfants des Nations Unies en 2006. Cette réflexion pourrait prendre la forme d'une évaluation des capacités institutionnelles et de services actuellement fonctionnels ce qui pourrait déboucher sur l'élaboration d'un nouveau cadre opérationnel plus adapté à l'ampleur actuelle des problèmes et aux besoins des enfants. Ceci permettrait notamment de mobiliser plus de ressources tant au niveau de l'état qu'au niveau des partenaires.

Le Sénégal doit lancer la modélisation d'un système de services intégré de protection et ensuite procéder à son passage à l'échelle. Ceci devrait être supporté par le développement des standards nécessaires à la régulation et la qualité des services (existants ou à développer) et une véritable politique de professionnalisation des ONG. Il faudra veiller à renforcer les mécanismes de protection à base communautaire qui semblent représenter une alternative coût-efficacité adéquate sur le moyen et long terme dans le cas du Sénégal.

Il y a lieu aussi de renforcer à travers la capacité des familles et des communautés à prendre soin et à protéger les enfants. La lenteur des progrès dans le domaine de la protection s'explique en partie par l'actuelle contradiction qui existe entre la notion de droits individuels et de droits de la communauté et qui se traduit par une opposition entre l'intérêt de l'enfant considéré comme objet de droit

La quatrième mesure doit viser à améliorer le cadre législatif pour rendre l'application plus effective. Il faudra réviser les principaux textes faisant l'objet d'interprétations tendancieuses (code de la famille, code pénal, loi sur la mendicité...) et procéder au toilettage ou à l'élaboration des textes qui ont du retard ou qui manquent (code de l'enfant, textes portant sur l'assistance éducative et protection des enfants en cas de délit, textes sur la protection juridique des enfants, textes portant sur l'apprentissage et textes portant mesures d'adoption, de placement et de garde des enfants).

La dernière mesure doit viser à renforcer la coopération internationale afin de mieux lutter contre les phénomènes transfrontaliers (migration, mutilations, traite d'enfants)



CHAPITRE V

DROIT A LA PARTICIPATION DES ENFANTS

La participation est de plus en plus utilisée, par les acteurs publics et communautaires, pour soutenir le développement social, le développement local, l'amélioration de la qualité de vie et le renouvellement des institutions démocratiques. Cette stratégie s'applique aussi aux enfants. Selon l'UNICEF, « la participation des enfants est un processus continu d'expression et d'implication active dans la prise de décision à différents niveaux sur des sujets qui les concernent »... La participation accroît les opportunités d'interactions, permet de développer les compétences et la confiance en soi, éléments qui sont nécessaires pour jouer un rôle actif dans la société. Avec une bonne participation les enfants apportent des idées nouvelles et de l'enthousiasme dans la solution des problèmes qui les concernent.

Le droit pour toute personne de participer aux décisions qui concernent sa propre vie est un droit fondamental. Comme tous les êtres humains, les enfants doivent être en mesure d'utiliser ce droit. C'est à cet effet que plusieurs articles de la CDE consacrent le droit à la participation. L'article 12 stipule que « les États parties garantissent à l'enfant qui est capable de discernement le droit d'exprimer librement son opinion sur toute question l'intéressant, les opinions de l'enfant étant dûment prises en considération eu égard à son âge et à son degré de maturité ». L'article 13 stipule que l'enfant a le droit à la liberté d'expression et d'information. L'article 14 stipule que les États parties respectent le droit de l'enfant à la liberté de pensée, de conscience et de religion. L'article 15 stipule que les États parties reconnaissent le droit de l'enfant à la liberté d'association et à la liberté de réunion pacifique. Les articles 16 et 17 concernent le droit de l'enfant à l'accès à une information adéquate, le droit d'être informé des choses qui l'intéressent et le concernent et de recevoir des informations de différentes sources. L'article 17 stipule que « les États parties reconnaissent l'importance de la fonction remplie par les médias et veillent à ce que l'enfant ait accès à une information et à des matériels provenant de sources nationales et internationales diverses, notamment ceux qui visent à promouvoir son bien-être social, spirituel et moral ainsi que sa santé physique et mentale ». L'article 31 stipule que les États parties reconnaissent à l'enfant ... de participer librement à la vie culturelle et artistique ».

On distingue cinq niveaux de participation⁶². La participation coercitive consiste à faire faire et faire dire aux enfants des choses mais sans qu'ils aient une compréhension des sujets dans lesquels ils sont impliqués. L'information consiste à assigner des tâches à des enfants bien informés de ce qui est attendu d'eux. Dans la consultation, les enfants sont consultés mais les projets sont mis en œuvre par les adultes qui prennent tout de même en compte les préoccupations des enfants. Par la collaboration et le partenariat, quatrième niveau, enfants et adultes élaborent ensemble à toutes les étapes des projets, de la planification à leur mise en œuvre. Le cinquième niveau de participation correspond à celui du « leadership » dans lequel les enfants initient le projet, définissent et exécutent l'agenda.

Observations sur le deuxième rapport périodique du Sénégal, Comité des Droits de l'enfant, 2006

28. Tout en saluant les efforts déployés par l'État partie pour appliquer le principe du respect des opinions de l'enfant (...parlement des enfants..) le Comité reste préoccupé par le fait que les comportements sociaux traditionnels semblent empêcher les enfants d'exprimer librement leurs opinions au sein de la famille, à l'école, dans la communauté, devant les tribunaux et dans d'autres institutions.

29. Le Comité recommande à l'État partie de redoubler d'efforts pour faire en sorte que les opinions des enfants soient davantage prises en considération au sein de la famille, à l'école, dans la communauté, dans les procédures judiciaires ou administratives les concernant et dans la société en général. ...En ce qui concerne la mise en œuvre de l'article 12, le Comité recommande également à l'État partie d'entreprendre des campagnes de sensibilisation auprès de l'ensemble de la population, y compris dans les communautés traditionnelles par le truchement des dirigeants religieux, en utilisant les médias ainsi que des moyens traditionnels de communication. En outre, le Comité attire l'attention de l'État partie sur les recommandations adoptées à l'occasion de la journée de débat général du 15 septembre 2006 sur le droit pour l'enfant d'être entendu.

I ETAT DES LIEUX

La participation de l'enfant s'exerce en premier lieu dans le cercle familial. Elle s'exerce aussi au sein de la communauté, en milieu scolaire, à travers les médias, dans les organisations de la société civile, dans les instances de planification et de mise en œuvre des politiques et des programmes. Le contenu et le type de participation dépend cependant de l'âge de l'enfant et de son statut social.

Peu de documents existent pour évaluer la nature et l'ampleur de cette participation, mais de manière générale on estime que les enfants au Sénégal ne sont pas souvent écoutés et que leurs avis rarement pris en compte. Au Sénégal la participation des enfants dans la vie familiale a longtemps été régie par les normes de la société avec la famille représentant l'unité de base d'une société considérée comme étant une entité sociale soudée par des liens familiaux forts et caractérisée par une cohabitation intergénérationnelle harmonieuse et où l'enfant joue un rôle majeur. Pendant cette harmonie a prévalu. C'est ainsi qu'ancrées dans les traditions, les familles et communautés ont multiplié les opportunités qui favorisaient la participation des enfants à la vie communautaire. Par exemple les cérémonies de circoncision chez les Diolas et les Basais ont toujours été des occasions où par leur forte participation les jeunes contribuent à souder les liens communautaires. L'organisation des travaux de jeunes dans les villages a pour objectif de faire participer ces jeunes au développement de leurs communautés. Depuis deux décennies le mode de fonctionnement de la société et des familles sénégalaises ont profondément évolué avec un changement des rapports entre les adultes et les enfants et une relégation de la participation des enfants à place symbolique. De plus en plus la participation se résume souvent à faire participer les enfants à faire générer des ressources par les enfants au bénéfice des familles. Ceci expliquerait le maintien d'un nombre élevé d'enfants travailleurs estimés à 450.000⁶³. D'autres exemples montrent que l'avis de l'enfant n'est que rarement sollicité quand il s'agit de choisir son mode de scolarisation. Un grand nombre d'enfants (25%) sont alors scolarisés contre leur gré dans des établissements qui manquent de moyens pour respecter leur intégrité et leur dignité. Un nombre incalculable de ces enfants talibés sont obligés de s'adonner à la mendicité contre leur gré (voir encadré⁶⁴). De nombreuses filles sont obligées, contre leur avis, d'abandonner l'école pour réaliser des tâches ménagères, travailler comme domestiques ou se marier à un âge très précoce.

Je dois rapporter de l'argent, du riz et du sucre tous les jours. Quand je ne peux pas tout apporter, le marabout me bat. Il me bat en d'autres occasions aussi, même quand j'apporte bien la somme... Je veux arrêter ça mais je ne peux pas. Je ne peux pas partir, je n'ai nulle part où aller. -Modo S., talibé de 12 ans à Saint-Louis Cité dans le rapport HRW 2010

Les grands enfants (14-18 ans) ont, cependant, plus d'opportunités de participer que les plus petits. Le

Programme d'éducation à la citoyenneté en milieu jeune, *Vacances Citoyennes*, formalisé en 2000 a créé environ 5000 groupements à travers le territoire national qui pour certains se sont engagés au profit des communautés à travers des activités telles l'entraide au profit de populations en situation de

sinistre ; reconstruction des villages de la Casamance ; valorisation du Patrimoine National ; sensibilisation et information des populations sur les fleaux et les maladies, etc.). De nombreux jeunes participent aussi à travers le Service National dans des travaux d'intérêt national. Depuis sa création en 1998, ce service civique a mobilisé et formé 3,983 volontaires. L'Agence Nationale pour l'Emploi des Jeunes (ANEJ) créée en 2001 a fourni à 4 706 jeunes des opportunités pour participer au développement économique et social. Avec la décentralisation, les jeunes participent de plus en plus au processus de la planification des programmes, de formulation des budgets et de gestion des collectivités locales, même si la pratique est encore très timide. En février 2010, le Conseil Municipal de la commune de arrondissement de Yoff dans la banlieue de Dakar, a mis sur pied un conseil des enfants. Force est cependant de constater que dans la plupart de ces différentes initiatives les jeunes sont instrumentalisés et ne jouent que les jeunes n'y ont qu'un rôle de bénéficiaires.

Les membres du Parlement des Enfants de Nioro pensent qu'ils sont là pour défendre les intérêts des enfants. Ce parlement, qui existe depuis 2006, apparaît comme un lieu d'apprentissage à la vie d'adulte. Selon l'avis d'un des membres : « c'est simplement un milieu qui permet aux enfants d'apprendre à mieux parler en public. Le parlement des enfants est à l'image du rôle des députés à l'Assemblée Nationale »

II ANALYSE CAUSALE

La participation a une dimension transversale dans les droits des enfants et elle peut être cause ou effet de la violation des autres droits de l'enfant.

2.1 Ces causes immédiates de la faible/bonne participation

La première barrière à la participation des enfants se trouve au sein de la famille et de la communauté où le déni à la participation est dû à la pesanteur de la tradition qui admet que l'enfant ne doit pas participer aux décisions parce qu'il ne comprend pas encore les enjeux à son âge.

La réalisation de la participation suppose également l'existence d'infrastructures (aires de jeux, espaces pour les activités culturelles, activités parascolaires, etc.) ainsi que des espaces d'écoute et d'expression adaptés aux enfants. Ces dernières années le pays a vu se multiplier de nombreux mouvements, initiatives, conseils et réseaux d'enfants, clubs et associations d'enfants, la plupart sous l'impulsion des ONG qui visaient à donner aux enfants l'opportunité d'être partie prenante des processus de planification et de mise en œuvre des actions qui les concernent. Ces initiatives ont eu des impacts variables en termes de participation. Parmi les bons exemples on trouve l'expérience de participation des jeunes à la revue annuelle 2008 de la Stratégie de Réduction de la Pauvreté qui a permis aux jeunes de faire des contributions qui ont permis quelques ajustements des plans d'action de la DRSP2. Il y a eu aussi une bonne expérience de participation des élèves dans les comités de gestion des associations des parents d'élèves. Il y a eu aussi en 1998 la création du parlement des enfants et démembrément régional. Cependant ces initiatives sont restées des institutions peu dynamiques que l'on ne réactive qu'à la faveur de célébrations spéciales comme la Journée de l'Enfant Africain. Elles n'ont pratiquement pas d'impact sur les enfants en raison de leur approche souvent élitiste qui consiste à sélectionner les enfants des notabilités. La journée du 16 avril se résume à une manifestation évenementielle où les adultes font de belles déclarations mais où l'on entend rarement la voix réelle des enfants talibés. Le projet «expertimentation d'espaces cyber dans les établissements d'enseignement moyen et secondaire au Sénégal », conduit par le Groupe pour l'Étude et l'Enseignement de la Population (GEEP) et le projet « Connecting class rooms » initié par l'UNICEF sont encore dans des phases pilotes qu'il faudra évaluer avant de les qualifier.

La faible participation des enfants est due aussi à la faible connaissance par les enfants eux-mêmes de leurs droits. Une grande campagne de sensibilisation a été lancée en décembre 2009 dans toutes les écoles du Sénégal à l'occasion de la célébration du vingtième anniversaire. Sur la base de l'intérêt suscité auprès des enfants, un jeu spécial conçu pour l'apprentissage des droits a été développé et testé dans 400 écoles. Il n'y a encore aucune évaluation disponible sur l'impact de cette initiative.

2.2 Relations enfants – familles et leurs poids dans la participation des enfants

Le niveau des échanges qu'ont les enfants avec les membres de leur famille joue un rôle important dans leur socialisation et la participation. Le contenu et la qualité de ces dernières sont déterminés en grande partie, par les niveaux d'alphabétisation et d'éducation des membres de la famille et par les traditions et normes qui régissent la vie de la famille. Au Sénégal, le faible niveau d'alphabétisation des adultes associés aux pesanteurs sociales et culturelles, notamment celles qui donnent un statut inférieur à la femme dans la société, limite l'expression et la participation des enfants. Cela se traduit par exemple par la faible participation des filles dans les programmes de jeunes. Selon une enquête conduite par l'UNICEF⁶⁶ même les projets qui visent à renforcer les capacités des communautés sur les droits humains ont peu d'impact sur le niveau de participation des enfants tellement les traditions sont tenaces. Considéré presque toujours comme un objet l'enfant n'est pratiquement jamais associé à la décision qui le concerne. Par exemple, l'heure actuelle quelques communautés de Kolda pratiquent encore le rapt des jeunes filles ou « Nitoung » où la fille est volée à sa famille et reste de force dans son ménage jusqu'après la naissance du premier enfant⁶⁷. Très souvent encore les jeunes (les filles plus que les garçons) participent rarement au choix de leur conjoint, cette décision étant dévolue uniquement à la famille.

L'inefficacité des méthodes utilisées pour apprendre aux enfants à mieux participer est également une cause sous-jacente fréquente. En raison des faibles qualifications des enseignants⁶⁸ la mémorisation reste la méthode privilégiée par les enseignants aussi bien dans les établissements de l'enseignement inférieur que formel. Le châtiment corporel qui est encore largement pratiqué dans les écoles publiques inhibe la participation des enfants à l'école et par là, la créativité de l'enfant.

2.3 Les causes structurelles de la non participation des enfants

La société sénégalaise est hiérarchisée en classes d'âge, les plus âgés occupent le sommet de la pyramide et sont chargés de décider de tous les membres de la famille et les enfants constituent la base de la participation de l'enfant aux décisions qui concernent la famille et la communauté.

La pauvreté des familles est, également, considérée comme une cause structurelle de la faible participation des enfants. Les parents pauvres n'ont souvent pas la capacité d'offrir à leurs enfants des conditions de vie propices à l'acquisition des capacités de participation. Selon l'EDS4 les enfants les moins scolarisés appartiennent au quintile le plus pauvres. Ces enfants vivent dans la précarité et sont obligés de consacrer à l'école et aux activités récréatives ou d'expression. Le pourcentage d'enfants scolarisés est de l'ordre de 36%⁶⁹ parmi les enfants occupés économiquement alors qu'il se situe à 53% pour les enfants qui ne le sont pas.

III ANALYSE DES CADRES INSTITUTIONNEL, LEGISLATIF ET POLITIQUE

3.1 Le cadre institutionnel

La participation des enfants relève de plusieurs entités dont les ministères en charge de la famille, de l'éducation, des sports, de la culture, de l'information et de la communication. Bien qu'ils aient tous des obligations clairement décrites dans leurs mandats et lettres de mission en termes de réalisation du droit à la participation des enfants, ces départements, en dehors du secteur de l'éducation, ne disposent pour la plupart ni de politiques, ni de stratégies pour mener à bien cette mission. En conséquence, ces départements, y compris leurs démembrements régionaux et départementaux, consacrent peu de ressources et développent peu d'activités soutenues dans le domaine. Quand ces activités existent, elles se résument la plupart du temps à l'organisation d'événements récréatifs fortement médiatisés ou à des projets ciblant plus particulièrement les adolescents et les jeunes adultes.

3.2 Le cadre législatif

Le cadre législatif sénégalais en matière des droits à la participation de l'enfant, fortement inspiré de la Convention relative aux Droits des Enfants et des autres conventions internationales, est très complet et presque exhaustif. Il convient cependant de signaler que l'absence ou non conformité du cadre juridique spécifique organisant la participation des enfants et régulant certains des facteurs la déterminant (emploi des enfants) limite les opportunités des enfants en matière de participation.

3.3 Le cadre politique

Le Sénégal n'a pas de politique nationale de l'enfance incluant des éléments spécifiques de la participation. Cependant le pays dispose de plusieurs documents clés comme la lettre de politique de la jeunesse et d'emploi contenant des éléments de la participation. Le pays a lancé plusieurs initiatives pour faciliter la participation des enfants. Un Comité national de l'enfant a été institué et un Plan d'Action National élaboré autour desquels s'articulent la Journée de l'Enfant Africain et la Journée du Talibé.

IV ANALYSE DES CAPACITES DES TITULAIRES DU DROIT A LA PARTICIPATION ET PORTEURS D'OBLIGATION

Le développement d'une société basée sur le respect des droits de l'homme exige de reconnaître le besoin de travailler avec les détenteurs des obligations (obligataires) et les titulaires des droits. Ceci suppose que les obligataires doivent tout faire pour faire participer les titulaires des droits que sont les enfants et les jeunes. Les domaines prioritaires où cette participation doit s'exercer sont les loisirs, les activités socioculturelles, l'accès à l'information, le bien être social et psychologique de la famille et de la communauté et le choix des domaines clés du développement de l'enfant comme l'éducation. La contrainte principale vient du manque de formation des enfants sur leurs droits en raison des pesanteurs traditionnelles, du faible rôle des médias, du manque d'activités, de la faible qualité des interventions conduites pour renforcer les capacités des enfants à réclamer les droits. Les ONG présentes au Sénégal mettent en œuvre, depuis l'indépendance, des projets d'éducation, de lutte contre l'exploitation, les pires formes et le trafic où les enfants ne participent que comme bénéficiaires des prestations et ne sont que très rarement associés à la planification et la mise en œuvre des activités.

Les enseignants, les personnels des services en charge des sports, des loisirs et de la culture ainsi que les professionnels des médias peuvent favoriser la participation des enfants. En raison du manque de capacités et de moyens, ils jouent un faible rôle, notamment en milieu rural.

Les organisations de la société civile jouent un rôle prépondérant dans les actions de promotion, de protection, de facilitation et de réalisation des droits de l'enfant. Elles jouent aussi un rôle d'intermédiaire entre la population et les institutions de l'Etat. Si les associations des jeunes sont très dynamiques et peuvent se targuer de renforcer les capacités de participation de leurs adhérents, les autres ONG travaillant avec et pour les enfants ne peuvent le faire car nombre d'entre elles manquent de capacités et de ressources humaines pour faire la même chose.

En proclamant que l'enfant est titulaire des mêmes droits que l'adulte, l'Etat reconnaît à l'enfant un statut de personne et de citoyen à part entière. Si des efforts ont été faits pour assurer un minimum de services et de capacités, l'Etat n'a pas fait tout le nécessaire pour inclure dans les politiques existantes le droit à la participation. Ceci se traduit par une faible prise en compte par les décideurs de la place de la participation dans le développement socioéconomique, en témoigne l'insuffisance des ressources humaines, financières et organisationnelles allouées à ce domaine.

Les collectivités locales ont aussi une responsabilité dans la mise en place des infrastructures, des moyens et des opportunités facilitant la participation des enfants. Elles financent des activités comme les vacances citoyennes, les compétitions littéraires, artistiques, théâtrales, de danse, etc. Cependant le manque de capacités, d'expérience et de ressources pour aller au delà des aspects récréatifs conjoncturel ne leur permet pas de contribuer de manière significative à la réalisation de ce droit. Par ailleurs, leur ouverture à la participation des jeunes dans les exercices budgétaires et la gestion des ces collectivités locales reste très limitée.

Dans sa mission de contrôle de l'Exécutif, le Parlement ne joue pas son rôle pour interpellier les décideurs, s'assurer que les politiques et budgets sectoriels et les plans de mise en œuvre contiennent suffisamment d'activités favorisant la participation des enfants. Il n'en a ni les compétences techniques ni les ressources.

La plupart des partenaires techniques et financiers n'intègrent pas de manière suffisante les activités favorisant la participation dans les programmes et projets qu'ils appuient.

V CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Le droit à la participation des enfants est le moins connu des droits de la CDE. Il est interdépendant avec les droits à la survie, au développement et à la protection⁷¹. Il est à la fois un objectif et un processus du développement socioéconomique. Le cadre législatif sénégalais relatif à la participation doit être révisité pour être complété. De même les modalités de son application doivent être renforcées. A défaut de définir une politique de participation, l'Etat doit au moins renforcer ces aspects dans les politiques des différents secteurs (éducation, loisirs, jeunesse, communication, etc.) et élaborer et mettre en œuvre une stratégie nationale de participation de l'enfant qui soit cohérente avec la CDE, la CEDEF et les autres textes nationaux organisant la réalisation des droits des enfants. Ceci permettra de mieux faire participer les enfants dans les interventions du développement socioéconomique. L'Etat doit aussi matérialiser son engagement politique par un financement plus conséquent des initiatives visant à accroître la participation des enfants.

Pour un contrôle effectif de l'Exécutif, le Parlement doit se donner les moyens de suivre et faire évaluer les politiques, les programmes, les projets, les initiatives et les instruments visant la réalisation du droit des enfants à la participation.

Les enfants, titulaires des droits doivent être les premiers à les connaître. Compte tenu de la spécificité de la participation, des études devraient être conduites afin d'établir le niveau de réalisation de ce droit. Les résultats de ces études seront utilisés pour élaborer et mettre en œuvre des activités de vulgarisation et de promotion du droit à la participation qui soient consistantes, soutenues dans le temps. Un programme national d'éducation sur les droits pourrait permettre d'atteindre un tel objectif.

Pour renforcer les capacités des familles et des communautés, porteuses d'obligations dans la réalisation du droit des enfants à la participation ; des interventions devraient être mises en œuvre pour réduire les lacunes de niveau d'information et de capacités et les habiliter à réaliser le droit à la participation. Si un programme d'éducation parental est mis en place il devra comporter des objectifs précis en matière de participation des enfants.

De même, des actions doivent être entreprises pour amener les enseignants à abandonner les méthodes d'enseignement coercitives, les services en charge des sports, des loisirs et de la culture à développer des méthodes, outils et infrastructures ; les médias à jouer un plus grand rôle dans la vulgarisation et la réalisation du droit à la participation ; les associations de la société civile à développer plus d'activités.

On note que certaines catégories d'enfants en situation de vulnérabilité ne sont pas suffisamment couvertes par les mécanismes de protection contre les chocs. Ces catégories proviennent de zones rurales accusant de longues périodes de soudure, chroniquement victimes de catastrophes naturelles et où persistent de fortes pratiques néfastes aux enfants. Ces enfants vivent notamment dans la zone sylvo-pastorale où l'élevage représente la principale activité et dans le bassin arachidier. Elles méritent une meilleure prise en compte dans les interventions qui doivent viser aussi la réduction des disparités entre les sexes et d'inégalités entre les groupes sociaux.

Les enfants séparés des parents du fait de l'absence d'un ou deux des parents (parents migrants, parents séparés, enfant confié) courent des risques socioéconomiques et psychologiques insuffisamment pris en compte dans les politiques et projets actuels. Le Sénégal étant un pays de forts changements sociaux et de forte migration, cette catégorie d'enfants, même si on n'en connaît pas le nombre, mérite une plus grande attention.

Le pays doit encore faire des efforts pour s'assurer que les enfants pauvres et vulnérables bénéficient effectivement des programmes de protection sociale, et qu'ils aient tous les mêmes chances de développement. L'impact réel ne sera possible qu'en agissant à la fois sur les causes et sur les manifestations de la vulnérabilité. Par exemple, la réduction du nombre croissant d'enfants qui meurent dans les rues de Dakar exige une réponse qui doit combiner des interventions visant la réinsertion des enfants dans leurs familles et leurs communautés, des interventions faisant que ces enfants soient tenus éloignés des risques d'exploitation (éducation) et des actions qui ciblent les causes ayant poussé les enfants à quitter leur foyer à la recherche de plus d'argent (pauvreté des ménages et dysfonctionnement familial). Cette réponse doit, aussi, contenir des mesures capables d'atténuer la vulnérabilité économique des familles pour les aider à satisfaire les besoins élémentaires des enfants.

La multiplicité d'intervenants dans la lutte contre la pauvreté et la prévention des risques appelle le développement de programmes et de systèmes de ciblage plus affines pour une assistance directe aux familles les plus vulnérables. Un bon ciblage assurerait que toutes les catégories d'enfants en situation de vulnérabilité soient identifiées et permettraient de déterminer dans quelle mesure les services atteignent les groupes vulnérables (sensitivité) et rien que les groupes plus vulnérables (spécificité). Il accroîtrait l'efficacité des interventions, ce qui est important dans le contexte Sénégalais marqué par l'insuffisance générale des ressources financières. Des études de ciblage devraient être commanditées pour accroître l'efficacité et l'efficience des interventions actuelles.

Prévention de la vulnérabilité à travers l'accès aux services sociaux de base

Plusieurs de ces mécanismes, notamment ceux relatifs à l'éducation et à la santé, ont été analysés dans les chapitres précédents portant sur la survie, l'éducation et la protection. Mais en termes de systèmes spécifiques à la santé on peut relever ceux du Ministère de la Santé Publique et de la Prévention au profit des Orphelins et Enfants Vulnérables du Sida (transfert d'espèces), des malades atteints de tuberculoses, de paludisme (le traitement gratuit du paludisme grave chez les enfants et les femmes enceintes et le prix subventionné des moustiquaires imprégnées), de diabète, cancers, insuffisance rénale ou de cardiopathies ainsi que les subventions pour la prise en charge des indigents et la gratuité des soins aux aveugles et aux membres de leur famille. En dehors du paludisme ces mécanismes ont un impact marginal et ne profitent qu'à un nombre restreint d'enfants vulnérables, notamment parce que ceux-ci sont confrontés à toutes sortes d'obstacles (éloignement, méconnaissance de leurs avantages, pratique fréquente du bakchi) et que très souvent les parents sont obligés de payer un ticket d'accès ce qui élimine les enfants appartenant aux familles très pauvres.

En ce qui concerne les jeunes, plusieurs initiatives de protection sociale en faveur de ce groupe ont été mises en place par le Ministère en charge des jeunes : a) le programme « Jeunes dans les Femmes Agricoles » (JFA) ; b) le programme d'équipement des ateliers des Maisons de l'Ouille et de création d'un réseau de Entreprises de Boulangeries ; c) le programme de création et de fonctionnement de 5 « Ecoles Atelier » à Saint-Louis ; et enfin d) le programme « Initiative pour l'Accès des Jeunes aux TIC contre la Fracture numérique et en faveur de la création d'Emplois ». D'autres actions ont été lancées par le Fonds National de Promotion des Jeunes. Au total, les résultats sont modestes avec 920 jeunes ayant pu trouver un travail temporaire et 200.000 jeunes/adoloscents sensibilisés sur la santé de la reproduction. L'ANEF a accueilli, informé, orienté 4.706 jeunes en 2008.

Prévention et lutte contre la vulnérabilité due aux conflits

Le Sénégal a aussi mis en place un cadre institutionnel pour la lutte contre les mines anti personnelles à partir des instruments suivants : la loi n° 2005-12 portant interdiction des mines personnelles ; le décret n°2006-784 portant création du Centre National d'Action Antimines au Sénégal ; et l'arrêt n°04877/MAE/CNAMMS portant création du projet d'assistance à la lutte anti mine en Casamance.

Une stratégie nationale de Lutte Antimines a été conçue en 2004 dans le cadre d'un ambitieux plan de développement de la Casamance. Elle s'est fixée comme objectifs de faire évier aux couches vulnérables de perdre leur autonomie du fait des mines anti personnelles ; de lutter contre l'appauvrissement engendré par la perte des moyens de production ou l'impossibilité d'accès aux surfaces cultivées et aux infrastructures d'éducation ou de santé. En dehors des activités de sensibilisation sur le danger des mines et engins non explosifs la stratégie de déminage est modeste et dérivée. La situation sécuritaire générale, bien que de faible intensité et inconsciente, présente des risques permanents d'incidents pour la population et les enfants.

6.4 CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Les enfants du Sénégal sont exposés à une large variété de risques et de vulnérabilités. Plusieurs de ces risques ont pu être réduits car le pays a enregistré des résultats probants en termes de réduction de la pauvreté des enfants comme le montrent les progrès obtenus dans l'atteinte des OMD. L'analyse des cadres politiques, institutionnels et législatifs des droits et l'analyse des lacunes de capacités des porteurs d'obligations ont permis de faire des recommandations pour améliorer et renforcer les cadres et les capacités en question. Les recommandations de ce chapitre seront donc centrées sur les catégories d'enfants vulnérables qui ne sont pas suffisamment couvertes et les mécanismes mis en œuvre pour les atteindre.

Annexe 1

Annexe 1 Principes des Droits de l'Homme

Indivisibilité : Les droits de l'homme sont indivisibles. Qu'ils soient de nature civile, culturelle, économique, politique ou sociale, ils font partie intégrante de la dignité de chaque personne. En conséquence, ils sont placés sur un pied d'égalité et ne se prêtent pas, a priori, à un classement hiérarchique.

Interdépendance et corrélation : La réalisation d'un droit dépend souvent, en tout ou en partie, de la réalisation d'autres droits. Par exemple, la réalisation du droit à la santé peut dépendre, dans certaines circonstances, de la réalisation du droit à l'éducation ou du droit à l'information.

Égalité et non-discrimination : Tous les individus sont égaux en tant qu'êtres humains et en vertu de la dignité inhérente à chaque personne. Tous les êtres humains doivent jouir des droits de l'homme, sans discrimination d'aucune nature, comme la race, la couleur, le sexe, l'appartenance ethnique, l'âge, la langue, la religion, les convictions politiques ou autres opinions, l'origine nationale ou sociale, le handicap, la fortune, la naissance ou une autre condition, comme l'expliquent les organes créés par les traités relatifs aux droits de l'homme.

Participation et inclusion : Chaque personne et chaque peuple a droit à une participation active, libre et significative, à un développement civil, économique, social, culturel et politique dans lequel les droits de l'homme et les libertés fondamentales peuvent se réaliser, tout comme ils ont le droit de contribuer à un tel développement et d'en bénéficier.

Obligation de rendre compte et primauté du droit : Les États et autres détenteurs de devoirs doivent répondre de la façon dont ils appliquent les droits de l'homme. À cet égard, ils doivent se conformer aux normes juridiques énoncées dans les instruments relatifs aux droits de l'homme. Lorsqu'ils ne le font pas, les titulaires de droits lésés peuvent entamer une action en justice devant un tribunal compétent ou une autre juridiction conformément aux règles et aux procédures prescrites par la loi.

Annexe 2

Les parties prenantes dans les droits de l'enfant

Les enfants souffrant d'un problème sont des titulaires de droit eu égard à ce problème. Les porteurs d'obligations sont des personnes, des institutions ou des services censés jouer un rôle dans la recherche de solutions pour un problème donné. Ils ont pour obligations de respecter, protéger, promouvoir et réaliser les droits. Les porteurs d'obligations peuvent être nombreux mais on peut les catégoriser comme suit, par souci de simplification.

- **La famille** est entendue au sens large, allant de la famille nucléaire, plus présente dans les centres urbains, à la famille étendue, que l'on retrouve encore fréquemment au Sénégal.
- **La communauté** est définie comme étant un groupe organisé d'individus qui partagent des intérêts et un leadership commun, ont le sens d'appartenir à une même entité et qui vivent dans un espace déterminé. Elle peut se confondre à un quartier, un village, un groupe de villages, etc.
- **L'État** est le porteur d'obligations principal dans la réalisation des droits des enfants. Il a pour devoir de développer des politiques et d'allouer des ressources aux actions de développement afin de permettre aux citoyens de jouir de leurs droits.
- **Les collectivités locales.** Depuis 1996 l'État central du Sénégal a transféré plusieurs compétences aux collectivités locales faisant de ces entités des porteurs d'obligations dans les domaines de la santé, l'action sociale, la population, l'éducation, la formation, l'alphabétisation, les langues nationales, l'hygiène et l'assainissement, l'aménagement du territoire, la culture, la jeunesse, les sports et les loisirs, la planification, l'urbanisme et l'habitat, etc.
- **Le Parlement (Assemblée et Sénat)** vote des lois relatives à la protection des droits des enfants et contrôle de l'action du pouvoir exécutif.
- **Le secteur privé.** Il distribue aussi des revenus aux adultes, renforçant ainsi les capacités financières de ceux-ci à remplir leurs obligations vis-à-vis des enfants
- **Les services prestataires.** Ces services qui peuvent être du secteur public ou du privé fournissent de nombreuses prestations et produits (soins, médicaments, fournitures et

équipements sanitaires et scolaires, etc.) qui affectent directement la réalisation des droits des enfants. Les faibles capacités cognitives, numériques, techniques et opérationnelles des prestataires des services affectent la réalisation des droits des enfants.

- **Les organisations de la société civile et les ONG** comprennent toutes les associations qui se reconnaissent apolitiques et qui œuvrent dans le cadre du développement socioéconomique. Avec les ONG, elles sont aussi prestataires de nombreux services pour les enfants. Les partenaires techniques et financiers fournissent une assistance technique et financière à l'État, aux organisations de la société civile, aux ONG et aux familles en vue de la réalisation des droits des enfants.

Références

- ¹ De l'Anglais "Situation Analysis".
- ² Dixième révision, 1993 (CIM), OMS
- ³ Analyse nationale participative de la situation des orphelins et autres enfants rendus vulnérables par le VIH-SIDA au Sénégal, avril 2008, CNLS
- ⁴ Bulletin sero-épidémiologique de surveillance du VIH paru en 2006, CNLS cité dans le Plan Stratégique 2007 - 2011 de Lutte contre le SIDA, CNLS
- ⁵ Réalisée par la DANSE/MSP, IPDSR/UCAD et l'UNICEF, mars 2008.
- ⁶
- ⁷ Réalisée par DANSE/MSP avec le Groupe Institut de Pédiatrie Sociale et l'Institut de Population et Développement de l'UCAD, juillet 2008.
- ⁸ Carte sanitaire, Ministère de la santé Publique, 2008
- ⁹ EDS4, Ministère de la santé publique et de la prévention, 2005
- ¹⁰ Revue DSRP, 2009
- ¹¹ Suivis de population sur le terrain pour mieux saisir les tendances démographiques, Emmanuelle Guyavarch, 2007, INED, France
- ¹² Enquête SMART Ministère de la Santé et l'UNICEF, 2008
- ¹³ <http://www.countdown2015mnch.org/>
- ¹⁴ La déclaration recommande ions aux pays de développer et de mettre en œuvre des politiques et stratégies nationales visant à rendre les gouvernements, les familles et les communautés à même d'assurer un environnement favorable aux Orphelins et autres Enfants Vulnérables au VIH/SIDA en leur fournissant des services appropriés de soutien médical, nutritionnel, scolaire et psychosocial)
- ¹⁵ Enquête d'Évaluation d'Impact de l'intervention /changement des normes sociales en milieu rural sénégalais, UNICEF-Tostan, 2009
- ¹⁶ Le secteur de la santé au Sénégal : malaises actuels et perspectives futures, Forum national sur la gouvernance et le système de santé au Sénégal, 2006, Mame Aly Konte Dakar, mai 2006
- ¹⁷ Sara Randall et Thomas Legrand « Stratégies reproductives et prise de décision au Sénégal : le rôle de la mortalité des enfants », Population 6/2003 (Volume 58),
- ¹⁸ Rapport Analytique Santé et Pauvreté Sénégal, Série Documents De Travail No.55, Banque mondiale
- ¹⁹ Papa Ndiaye Revue Santé publique, Volume 22, n° 1, 2009 Société Française de Santé Publique
- ²⁰ Rapport National sur la Situation de l'Éducation, 2009
- ²¹ Revue de l'exécution technique et financière, ministère de l'éducation nationale, 2010
- ²² Revue de la Politique d'éducation et de protection de la petite enfance au Sénégal, UNESCO, 2009
- ²³ Ministère de l'éducation nationale, Revue PDEF, 2008
- ²⁴ Carte des enfants exclus du système scolaire et des écoles intégratrices ou à caractère intégrateur dans les départements de Rufisque et de Thiès, Année 2007
- ²⁵ Etude FAFO, 2009
- ²⁶ Revue des dépenses publiques dans le secteur de l'éducation 2005-2008
- ²⁷ Enquête d'évaluation d'impact du PRCC en milieu rural sénégalais pour l'UNICEF et TOSTAN, CRDH, 2010
- ²⁸ Enquête d'évaluation d'impact du PRCC en milieu rural sénégalais pour l'UNICEF et TOSTAN, CRDH, 2010,

30 Ministère de l'éducation nationale, revue PDEF, 2009

31 Les États parties reconnaissent le droit de l'enfant à l'éducation, et en particulier, en vue d'assurer l'exercice de ce droit progressivement et sur la base de l'égalité des chances.

32 Enfants menaçés dans la région de Dakar, UCW, UNICEF, Banque Mondiale II O, 2007

33 Namadié, l'enquête sur les enfants des rues à Dakar du Samu Social, 2010

34 Résolution adoptée par la Conférence internationale des statisticiens du travail en 2008

35 Enfants menaçés dans la région de Dakar, UCW, UNICEF, Banque Mondiale II O, 2007

36 En collaboration avec l'Union Européenne

37 Document de travail, revue documentaire sur les violences faites aux enfants au Sénégal, H.A. Mama

38 Les violences faites aux enfants en milieu scolaire et extrascolaire dans les départements de Pikine, Rufisque et Guédiawaye: Réalité du phénomène et esquisses de solutions alternatives » Etude réalisée par le club EDEN avec l'appui de Save The Children

39 Sur le dos des enfants : Mendicité forcée et autres mauvais traitements à l'encontre des talibés au Sénégal, HRW, 2010

40 L'incidence de la migration des parents sur les enfants, Cas du Sénégal, par l'Université Gaston Berger de Saint-Louis, Juin 2008

41 Analyse nationale participative de la situation des orphelins et autres enfants rendus vulnérables par le VIH-SIDA, CNIS, 2008

42 Recueil des textes relatifs aux droits de l'Enfant au Sénégal élaboré en 2008 par la DESPS avec l'appui de la Coopération Française

43 Plan d'action du ministère de la famille

44 Évaluation à long terme du programme Tostan au Sénégal, régions de Kolda, Thies et Fatick, 2008.

UNICEF

45 Estimation 2008 par l'agence nationale de la statistique, 2009

46 Etude d'ARTMAP et de l'Open Society Initiative for West Africa Novembre 2008

47 Violences faites aux filles en milieu scolaire et dans le milieu d'origine, Université de Ziguinchor, G.B.Sarr, D.Gueye et B.Sarr

48 Analyse de la situation des ménages ruraux dans la région de Kolda, UNICEF-ENEA-FAFO, Dakar, 2009

49 Évaluation à long terme du programme PRCC Tostan au Sénégal, régions de Kolda, Thies et Fatick, UNICEF, 2008

50 Bricoler pour survivre, perceptions de la pauvreté dans l'agglomération urbaine de Dakar, Abdou Salama Fall, Karthala, 2008

51 Protection Sociale des Enfants en Afrique de l'Ouest et du Centre, Etude de cas du Sénégal, UNICEF, 2008

52 Analyse de la situation des ménages ruraux dans la région de Kolda, UNICEF-ENEA-FAFO, Dakar, 2009

53 L. Kestelot et B. Dieng, Contes et mythes du Sénégal, IFAN-ENDA Tiers Monde, 2007 cité dans

54 Approche culturelle de la promotion des droits de l'enfant, UNICEF

55 Enquête d'évaluation d'impact de l'intervention en milieu rural sénégalais, UNICEF, CRDH, 2010

56 Diagne M, William M, Macleur R, 2009 « la participation des enfants en Afrique subsaharienne : une étude ethnographique de projets de promotion des droits de l'enfant menés par des ONG au Sénégal »

57 Enquête d'évaluation d'impact du PRCC en milieu rural, UNICEF, 2010

58 Violences faites aux filles en milieu scolaire et dans le milieu d'origine, Université de Ziguinchor, G.B.Sarr, D.Gueye et B.Sarr

59 Approche culturelle pour la promotion des Droits de l'enfant, UNICEF Sénégal, 2009

60 Sondage d'opinion OMNIBUS, BDA, 2010

61 Etude sur les violences faites aux filles en milieu scolaire, Mai 2008, Bimé Brigitte NDOUR Paul Stephenson, Steve Gourtley and Glenn Miles: Child Participation, Editor: Rachel Blackman

62 Le travail des enfants, UCW, UNICEF-ILO-WB.

Sénégal, HEW, Genève, 2010

65 Rapport complémentaire élaboré par la CONAFES Sénégal au comité des Nations Unies pour les droits de l'enfant, 2005

66 Enquête d'évaluation d'Impact de l'intervention de Tostan en milieu rural sénégalais, UNICEF, 2010

67 Etude sur les violences faites aux filles en milieu scolaire, Bimé Brigitte Tourné, USAID, 2008

68 Rapport de revue de la Politique d'Education et de Protection de la Petite Enfance au Sénégal (UNESCO, 2009

69 Recherche sur les enfants et le mass média, Enquête au Sénégal, mai-juin 1995, CIBRRO-CBCI

70 Comprendre le travail des enfants, UNICEF-BM-BIT, UCW 2009

71 Approche culturelle pour la promotion des droits de l'enfant, UNICEF, 2008

72 Document de stratégie de la réduction de la pauvreté 2006-2010, Gouvernement du Sénégal

73 La vulnérabilité et la mesure de la pauvreté dans la politique publique, J. Y. Duclos, Banque Mondiale, 2003

74 Protection Sociale des Enfants en Afrique de l'Ouest et du Centre, Etude de cas du Sénégal, Nov 2008 P. Perceinieto et Abdou Salam Fall

75 Perspectives de récolte et situation alimentaire, FAO, 2010

76 Etude sur la pauvreté et les disparités chez les enfants au Sénégal, UNICEF, 2009

77 William, M., Diagne, M., Fall, A., S., 2007, Rapport du Sénégal, Plan International - West Africa Regional Office

78 Etude faite sur les violences faites aux filles en milieu scolaire et dans le milieu d'origine, Université de Ziguinchor, G. B. Sarr, D.Gueye et B.Sarr

79 Vulnérabilité rurale et mobilité des enfants au Sénégal, Fato, 2010.

80 L'incidence de la migration des parents sur les enfants, le cas du Sénégal, UNICEF, 2008

81 Analyse nationale participative de la situation des orphelins et autres enfants rendus vulnérables par le VIH-SIDA au Sénégal, avril 2008, CNIS

82 The Impact of Small Arms and Light Weapons on Children: An Eight Case Study Report Case Study Submitted to UNICEF by J.L. Eff and A.S. Millard , Daniel Luz and Rebeca Pérez, Small Arms Survey and Viva Rio 2009

83 Evaluation de la politique de la petite enfance au Sénégal, UNESCO, 2008

84 Crise, passage à l'âge adulte et devenir de la famille dans les classes moyennes et pauvres à Dakar, collectif Sous la direction de Philippe Antoine et Abdou Salam Fall, IRD IFAN, 2003

Autres Documents utilisés

2^{ème} Rapport d'Etape du Sénégal au Comité des Droits de l'Enfant réalisé en août- septembre 2003 African Child Policy Forum 2008, Le Rapport Africain sur le Bien-être de l'Enfant « Jusqu'à quel point les gouvernements africains sont-ils bienveillants envers les enfants ? »

Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie, septembre 2007

Analyse situationnelle de l'infection de la prise en charge de l'infection à VIH au Sénégal MSP/DS/DLST, mars 2009

Annuaire statistique de la santé 2005, MSP/SN/S

Annuaire statistiques sanitaires Tome I et II 2007 MSP/SN/S 2008

Banque Asiatique de Développement : Risk and Vulnerability Profiles,

Banque Mondiale, 2006 : Gestion des risques en milieu rural au Sénégal : revue multisectorielle des initiatives en matière de réduction de la vulnérabilité

Banque Mondiale, 2006 : Gestion des risques en milieu rural au Sénégal : revue multisectorielle des initiatives en matière de réduction de la vulnérabilité

Bilan Commun de Pays (CCA) Sénégal, réalisé par le Système des Nations 999 Unies au Sénégal en novembre 2006

Cadre de dépenses sectorielles à moyen terme du secteur santé 2006-2008 (CDSMT) MSP, juillet 2005

Carte sanitaire du Sénégal 2008, MSP/SN/S mai 2009

Casamance, Sénégal: The Stress Management and Conflict Management Prevention Activities, June 2006

Charte Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples