

3545

REPUBLIQUE DU SENEGAL
MINISTERE DE L'ECONOMIE ET DES FINANCES
**CELLULE DE SUIVI DU PROGRAMME DE LUTTE
CONTRE LA PAUVRETE**

**RAPPORT DU GROUPE DE TRAVAIL N°3
« PROTECTION SOCIALE ET GESTION DES RISQUES
MAJEURS ET CATASTROPHES »**

DRAFT 1

Document consolidé et finalisé par

M. Papa Malick HANE (bureau d'études EXA – Développement)

avec l'appui technique

27 mai 2008

Pages

SOMMAIRE

- I.- AVANT-PROPOS**
- II.- INTRODUCTION ET CONTEXTE**
- III.- ANALYSE DE LA PROGRAMMATION ET DE L'EXECUTION DES PROGRAMMES ET PROJETS INSCRITS AU P.A.P.**
 - III.1.- SYSTEME FORMALISE
 - III.2.- EXTENSION PROTECTION SOCIALE
 - III.3.- GESTION RISQUES MAJEURS ET CATASTROPHES
 - III.4.- GROUPES VULNERABLES
- IV.- ETAT D'AVANCEMENT DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA MATRICE DES MESURES**
 - IV.1.- SYSTEME FORMALISE
 - IV.2.- EXTENSION PROTECTION SOCIALE
 - IV.3.- GESTION RISQUES MAJEURS ET CATASTROPHES
 - IV.4.- GROUPES VULNERABLES
- V.- ANALYSE DES INDICATEURS DE SUIVI DU DSRP**
 - V.1.- SYSTEME FORMALISE
 - V.2.- EXTENSION PROTECTION SOCIALE
 - V.3.- GESTION RISQUES MAJEURS ET CATASTROPHES
 - V.4.- GROUPES VULNERABLES
- VI.- REVUE DU DISPOSITIF DE SUIVI DU DSRP**
 - VI.1.- SYSTEME FORMALISE
 - VI.2.- EXTENSION PROTECTION SOCIALE
 - VI.3.- GESTION RISQUES MAJEURS ET CATASTROPHES
 - VI.4.- GROUPES VULNERABLES
- VII.- PERSPECTIVES POUR L'ANNEE 2009**
 - VII.1.- SYSTEME FORMALISE
 - VII.2.- EXTENSION PROTECTION SOCIALE
 - VII.3.- GESTION RISQUES MAJEURS ET CATASTROPHES
 - VII.4.- GROUPES VULNERABLES
- VIII.- CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS**
 - VIII.1.- SYSTEME FORMALISE
 - VIII.2.- EXTENSION PROTECTION SOCIALE
 - VIII.3.- GESTION RISQUES MAJEURS ET CATASTROPHES
 - VIII.4.- GROUPES VULNERABLES

ANNEXES

- 1.- Liste des participants aux travaux du Groupe
- 2.- Bureau des séances
- 3.- Calendrier des rencontres
- 4.-
- 5.-

I. AVANT PROPOS

Le Gouvernement du Sénégal a engagé, avec le soutien de ses partenaires techniques et financiers, la revue de la mise en œuvre du Document stratégique de Réduction de la Pauvreté – Phase 2 (DSRP 2), conformément à ses engagements. Cette revue placée sous la conduite de la Cellule de Suivi du Programme de Lutte contre la pauvreté du Ministère de l'Economie et des Finances a pour objectifs principaux de :

- (i) rendre compte et faire l'analyse de l'état d'avancement de la SRP pour l'année 2007 ;
- (ii) partager les résultats enregistrés au terme des activités de suivi et d'évaluation réalisées ;
- (iii) prendre les mesures correctives nécessaires à la bonne continuation et au suivi-évaluation efficace de la SRP pour les années suivantes ;
- (iv) définir des orientations pour la préparation du Budget national pour les exercices suivants ;
- (v) formuler des recommandations pour la poursuite de la mise en œuvre du DSRP dans des conditions optimales au regard des objectifs fixés et des contraintes de développement existantes.

Le processus mis en place à ce titre fonctionne sur une base essentiellement conjointe et participative, et repose sur la mise en place de groupes de travail multi-acteurs organisés et travaillant sous l'égide de la CSPLP. Ces groupes couvrent, chacun, un axe stratégique parmi les quatre (4) qui composent la Stratégie de Croissance accélérée et de Réduction de la Pauvreté (SCARP), à savoir :

- « Création de richesses » (groupe de travail 1)
- « Promotion de l'accès aux services sociaux de base » (groupe de travail 2)
- « Protection sociale – Prévention et gestion des risques et catastrophes » (groupe de travail 3)
- « Bonne gouvernance – développement décentralisé » (groupe de travail 1).

Il convient de relever que le caractère participatif de cet exercice particulièrement important est concrétisé par le rôle très actif qui est confié aux groupes de travail cités ci-dessus. Il leur incombe, en effet, la conduite directe de tout un ensemble d'activités, notamment (Cf. TDR des groupes) :

- collecter les informations disponibles pour l'évaluation des activités et des résultats du SCARP ;
- analyser l'évolution des indicateurs de suivi du DSRP 2 ;
- analyser les modalités d'exécution et de suivi du DSRP 2 (résultats, contraintes,...) ;
- analyser la prise en compte des principes directeurs, notamment des questions transversales de genre, de décentralisation, de participation, etc.
- analyser et évaluer le degré d'alignement des partenaires au développement sur le DSRP 2 (formulation éventuelle des programmes d'appui et d'assistance) ;
- analyser la contribution des autres acteurs (société civile, secteur privé, ...) à la mise

- en œuvre du DSRP 2 (résultats obtenus, facteurs de performance et contraintes principales) ;
- analyser la cohérence entre le DSRP 2, les politiques sectorielles, les CDSMT, le PTIP, ... ;
 - rendre compte du degré de mobilisation des ressources auprès des PTF et de l'Etat et analyser les résultats par acteur, en mettant en évidence les facteurs de performance et les contraintes.

Le présent document est le projet de rapport final de synthèse des activités conduites par le Groupe de travail n° 3 « Protection sociale et gestion des risques et catastrophes ».

Pour la conduite de ses activités, le Groupe de travail s'est scindé en quatre (4) sous-groupes correspondant aux quatre composantes dont il avait la charge :

- Réforme et renforcement du système formalisé de Sécurité sociale
- Extension de la Protection sociale
- Gestion des Risques et catastrophes
- Groupes vulnérables

La liste des membres du Groupe de travail et des sous-groupes ainsi que le compte-rendu chronologique des activités pratiques sont joints en annexe.

Le Groupe de travail a bénéficié de l'appui technique et méthodologique de quatre consultants pour la consolidation et la finalisation du présent rapport

II. INTRODUCTION ET CONTEXTE

Il ressort du DSRP2, un certain nombre de postulats qui fondent son axe 3 consacré à la protection sociale et à la gestion des risques majeurs et catastrophes

Il est en effet reconnu que l'absence de protection sociale contre les risques et plus particulièrement contre les risques de catastrophes est l'un des principaux facteurs de maintien des pauvres dans le cercle vicieux de la pauvreté et constitue un vecteur de création de nouveaux pauvres.

Il ressort de l'analyse détaillée des risques sociaux que les mesures de sécurité sociale, l'assurance-maladie, les mesures de sécurité et d'hygiène, l'assurance contre les accidents du travail, les prestations familiales etc. peuvent **augmenter la productivité des travailleurs et réduire ainsi le coût unitaire de la main d'œuvre**. Elles permettent surtout de maintenir un niveau correct de consommation de biens et services. Les mesures de protection sociale influenceront le PIB par le biais de la **connexion coût de la main d'œuvre - emploi- productivité**. A ce titre les dépenses de protection sociale doivent être considérées comme des investissements qui améliorent la croissance.

Une évaluation équilibrée des effets économiques de l'introduction de nouvelles mesures de protection sociale ne peut se limiter à une analyse de l'impact à court terme des cotisations de sécurité sociale ou des implications fiscales ou financières du régime, mais doit aussi tenir compte des effets potentiels à long terme du programme de sécurité

sociale sur les bases à long terme de la croissance et de réduction durable de la pauvreté.

Il apparaît ainsi que les mesures de protection sociale **affectent le niveau de l'épargne nationale et en conséquence celle de l'investissement**. En effet, si les travailleurs peuvent compter sur des mesures crédibles de sécurité sociale, ils peuvent être enclins à épargner. Les systèmes de protection sociale qui accumulent des réserves peuvent aussi influencer l'épargne nationale totale.

L'extension de la protection sociale aux populations du monde rural et du secteur informel en général, est une priorité du gouvernement du Sénégal qui en a fait un des piliers stratégiques de sa politique de croissance et de réduction de la pauvreté.

L'application de cette nouvelle vision stratégique dans un contexte très marqué par la pauvreté, met d'abord l'accent sur les risques liés à la maladie en ce sens que la richesse des pauvres réside dans leur santé qui constitue leur atout et leur potentiel le plus précieux.

Ainsi, l'un des défis majeurs à relever dans le cadre du DSRP II conformément aux Objectifs du Millénaire pour la Développement (OMD) consiste à porter le taux de couverture du risque maladie à 50% d'ici 2015. Autrement dit, il s'agira d'étendre la protection sociale à plus de 30% de la population exclue des dispositifs actuels de couverture du risque maladie.

La lutte contre la vulnérabilité a été considérée comme une composante essentielle de la protection sociale pour prévenir le basculement des populations.

L'intégration de la prévention des risques de catastrophes dans la Stratégie nationale de développement marque une volonté politique de considérer les risques naturels comme une composante du développement durable. Ainsi, la lutte contre la pauvreté s'exprime notamment par le renforcement de la capacité des populations face aux risques et l'augmentation de l'accès aux instruments de gestion des risques et aux systèmes de protection sociale.

Il apparaît ainsi que l'existence d'un système national de protection sociale et de gestion des risques majeurs est un facteur qui stimule l'investissement aussi bien interne qu'étranger (IDE).

III. ANALYSE DE LA PROGRAMMATION ET DE L'EXECUTION DES PROJETS INSCRITS AU PAP

III.1 : LE SYSTEME FORMEL DE SECURITE SOCIALE

Objectif 1.1 : Lute contre l'évasion sociale

Le programme opérationnel au profit des organismes formels de sécurité sociale (CSS, IPRES, Structure en charge du contrôle et de l'assistance aux Institutions de Prévoyance Maladie) a pour objectif d'éradiquer l'*évasion sociale* qui constitue dans tous les pays un facteur d'inégalité :

- d'une part, entre salariés assurés et salariés non assurés et
- d'autre part, entre employeurs affiliés et employeurs non affiliés. Une campagne nationale de « chasse aux non affiliés » devra être appuyée par une stratégie de communication pour l'efficacité de laquelle l'Etat dégagera les moyens.

Les actions liées à cet objectif décliné en 2 programmes n'ont pas démarré spécifiquement.

Objectif 1.2 : Renforcement du dispositif de régulation

Il s'agit de renforcer les moyens juridiques et opérationnels de la Commission de Supervision et de Régulation des Institutions de Sécurité Sociale (COSRISS) pour garantir l'équité et sécurité.

Ce programme est en phase active de réalisation : une loi a été votée en 2008

Les avant-projets de texte devant régir les fonds privés de pension sont en cours d'élaboration et seront soumis au Gouvernement au cours du second semestre 2008.

Objectif 1.3 : Elargissement du champ de couverture

Il s'agit de faire mener les études pour:

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

Les TDR pour une étude de faisabilité de la mise en place d'une protection sociale au profit des sénégalais de l'extérieur ont été confectionnés et validés par le Ministère des Sénégalais de l'extérieur.

La Banque mondiale a accepté de financer l'étude.

La sélection des consultants est en cours suite à l'avis de non objection de la Banque sur les TDR.

Objectif 1.4 : Renforcement de la tutelle des IPM et des capacités des professionnels

Cet objet comporte deux aspects la réforme systémique de l'assurance maladie et la création d'un Centre de formation continue.

La COSRISS, structure rattachée au Cabinet du Ministre de la Fonction publique, de l'Emploi, du Travail et des Organisations professionnelles, a effectivement inscrit cette action dans son programme de travail 2007 et a reçu l'accord de la Banque Mondiale pour le financement d'une étude d'ensemble sur la problématique de l'assurance maladie des salariés actuellement géré par les IPM.

Au titre des résultats enregistrés, l'étude a démarré effectivement au début du mois de mai 2008 et s'étalera sur 3 mois

Le *renforcement des capacités des professionnels de la Sécurité Sociale* et des acteurs sociaux vise à doter l'Administration et les organismes gestionnaires de la sécurité sociale de ressources humaines de qualité.

La procédure de sélection des consultants devra s'achever en mai et l'étude devrait démarrer en juin 2008.

-III.2 : EXTENSION PROTECTION SOCIALE

L'analyse situationnel du sous secteur fait ressortir un relatif dynamisme dans les initiatives entreprises à la fois par l'Etat, les partenaires au développement et les communautés de base. L'Etat affiche une claire volonté de promotion de systèmes innovants de couverture maladie qui soient articulés avec les dynamiques communautaires et la capacité contributive des populations cibles. Il a soutenu depuis quelques années avec ses partenaires au développement et certaines organisations de la société civile (ONG, Organisation socioprofessionnelles, etc.), l'émergence et le

développement des Mutuelles de santé au profit des populations exclues des systèmes formels de sécurité sociale.

- Renforcement des MS et amélioration du système d'assurance maladie (OS1)

Le Ministère de la santé et de la Prévention par le biais de la Cellule d'Appui au Financement de la Santé et au Partenariat (CASFP) est le principal acteur gouvernemental particulièrement impliqué dans la mise en œuvre de cette stratégie avec l'appui technique et financier de partenaires stratégiques comme le BIT/ STEP, l'USAID, le PROMUSAF, la Coopération belge entre autres.

Par ailleurs, il faut signaler que trois actions prioritaires étaient prévues dans le cadre de cet objectif stratégique avec une échéance fixée pour 2009-2010. Il s'agit de

- l'appui au dispositif de mise en œuvre et de suivi de l'extension de la protection sociale ;
- la promotion du partenariat entre les mutuelles de santé et les prestataires de soins ainsi que le renforcement du cadre national de concertation sur la mutualité ;
- la mise en place de plans de communication pour la promotion des mutuelles de santé

Les prévisions de ressources indiquées par le DSRP étaient de 1,5 milliard pour 2007 sans aucune affectation par rapport à la source de financement. Le même montant étant aussi prévu pour 2008 nous ramène à un gap théorique de 3 milliards à résorber.

Mise en place des mécanismes de prise en charge des maladies pour les personnes vulnérables (OS2)

La mise en place du plan SESAME offrant une couverture du risque maladie à toutes les personnes âgées de 60 ans et plus sans exclusive, reste le principal fait marquant l'évolution de ce sous secteur.

Ce dispositif permet une extension de la couverture maladie à une catégorie sociale dont le poids social est estimé à environ 556 milles bénéficiaires, soit près de 5% de la population totale. Cela a contribué à l'amélioration du taux de couverture maladie qui est aujourd'hui de l'ordre de 20,3% alors que celui-ci dépassait à peine les 12% en 2003.

Ce système fonctionne avec un cofinancement assuré par l'Etat à hauteur d'une subvention de 700 millions et l'IPRES pour un montant de 300 millions

Cependant, plusieurs autres initiatives ont été réalisées au profit de différentes cibles

✓ **Gratuité des accouchements et des césariennes**

Si le programme sur les césariennes est étendu à toutes les régions sauf Dakar, celui relatif aux accouchements gratuits est limité à 5 régions (Kolda, Tambacounda, Ziguinchor, Fatik et Matam). Son coût global est estimé à 440 millions en 2006 sous forme de subventions allouées par l'Etat. D'après l'évaluation réalisée en 2007 par l'USAID sur ces programmes, environ 46 000 femmes enceintes en ont bénéficié en 2006¹.

Des partenaires comme le FNUAP accompagne l'Etat dans le financement de ces programmes

✓ **Subvention des affections à soins coûteux**

Ce dispositif cible les personnes atteintes d'affections à soins coûteux telles que le cancer, les insuffisances rénales, la tuberculose, le diabète, antirétroviraux, paludisme. Avec un cofinancement assuré par l'Etat et les partenaires au développement sous forme de subventions via l'offre de soins, celui-ci a atteint un coût global de 3,2 milliards en 2006. Environ 10100 personnes atteintes de tuberculose ou de lèpre ont bénéficié de soins gratuits pour un montant de 250 millions en 2006.

✓ **Dispositifs de prise en charge des indigents**

Au moins cinq dispositifs ont été initiés pour permettre une prise en charge des indigents non pas en terme de couverture d'assurance-maladie mais en terme de prise en charge ponctuelle de leurs besoins en soins de santé. Autrement dit, leur finalité n'est pas de leur assurer une protection sociale pérenne mais il s'agit juste d'amortir les effets d'un choc lié à la maladie ou à une situation de précarité sociale particulière (pauvreté, sinistres, etc.). C'est donc, une assistance sociale ponctuelle au profit de personnes désignées sous le vocable « cas sociaux ».

▪ **Fonds de solidarité nationale**

Il est entièrement financé par l'Etat avec une subvention annuelle de 500 millions. Les cibles sont les victimes de calamités, de sinistres ou de catastrophes et les personnes vivant dans les zones démunies d'infrastructures à caractère éducatif, social et économique.

Le rapport d'évaluation de l'USAID sur les initiatives de gratuité révèle que les dépenses de santé effectuées à travers ce fonds de 2005 à 2007 sont de l'ordre de 73 millions.

- **Assistance médicale par la Direction de l'Action Sociale**

Il s'agit d'une assistance aux personnes nécessiteuses pour la prise en charge de frais médicaux. Les ressources allouées ont été portées à 75 millions depuis 2007. Au mois de juin 2007, 1714 dossiers ont été satisfaits depuis la création de ce fonds. Cela représente environ 0,9% du total de la population cible potentielle² d'après les estimations de la DAS.

- **Prise en charge des cas sociaux dans les hôpitaux**

Les services sociaux des hôpitaux disposent d'un budget qui leur permet de prendre en charge tout ou partie des dépenses de prestations des patients identifiés comme cas sociaux. La valeur des prestations couvertes est estimée en 2007 à environ 130 millions. Elles sont tirées des recettes propres de ces établissements.

- **Prise en charge des cas sociaux dans les centres de santé**

Pour les centres de santé et les postes de santé, la note de service N°006058/MSPM/DS/DSSP du 6 septembre 2005 invitait à l'application d'une disposition du *Guide national du Comité de Santé* qui propose que 10% des recettes issues des prestations soit affecté à la prise en charge des cas sociaux d'une part et que 5% des bénéfices réalisés sur la vente de médicaments soit affecté à la solidarité. Les estimations effectuées par la CAFSP du Ministère de la Santé à partir des données recueillies sur 34 districts indiquent un coût de prise en charge de 242 millions en 2007³.

- **Prise en charge des personnes bénéficiaires d'un certificat d'indigence**

La loi n°62-29 du 26 mars 1962 portant sur les certificats d'indigence permet aux personnes qui en sont munies de bénéficier gratuitement de soins dans les formations sanitaires publiques.

- Si le certificat d'indigence est délivré par l'autorité administrative (Préfet ou Sous-Préfet), la prestation est facturée au Ministère des Finances.
- S'il est délivré par un Maire, c'est sa commune qui devra s'acquitter de la facture. Aussi, la loi N° 96-07 sur la décentralisation donne-t-elle compétence aux collectivités locales pour tout ce qui a trait à l'organisation et à la gestion de secours au profit des nécessiteux. Ainsi, chaque collectivité locale dispose d'une ligne budgétaire pour cette rubrique mais elle ne concerne pas uniquement la santé. Il peut s'agir de dons alimentaires ou d'aides d'urgence pour des besoins médicaux ou non.

- **Prise en charge des indigents par la Caisse de Sécurité sociale**

Dans le cadre des interventions ponctuelles, la Caisse de Sécurité Sociale a dépensé 12 millions FCFA en 2005 pour venir en aide à des nécessiteux, affiliés ou non.

- **Prise en charge des indigents à travers les mutuelles de santé**

Certaines mutuelles de santé prennent en charge des indigents soit à travers leurs

réserves budgétaires soit par le biais du parrainage. Une étude réalisée par l'USAID en 2007 a montré que sur un échantillon de 8 mutuelles de santé sur la quinzaine de mutuelles de santé recensées disposant d'un schéma de prise en charge des indigents au Sénégal, environ 30% de leur effectif sont couverts à travers ces schémas.

-Mise en place des systèmes de prévoyance sociale pour les personnes exerçant le métier de l'agriculture et les acteurs économiques du secteur informel, de l'artisanat

L'année 2007 a été surtout mise à profit pour dérouler les phases préalables relatives aux études de faisabilité et l'animation des processus participatifs pour retenir avec les parties prenantes les meilleures schémas et l'élaboration de plans de mise en œuvre de ces régimes.

Régime de Protection Sociale Agro-sylvopastorale

A la suite de la Loi d'Orientation Agro-Sylvo-Pastorale promulguée le 4 juin 2004 qui prévoit, en ses articles 6 (alinéa 2), 8, et 14, la mise en place d'un régime de protection sociale agro-sylvo-pastoral au Sénégal, le DSRP II a inscrit dans son PAP 2006-2010 la création de ce régime pour l'extension de la protection sociale aux populations rurales

Le processus de mise en place du régime agro-sylvo-pastorale est en phase très avancée. Avec un portage institutionnel par le CNCR et l'appui technique et financier du BIT/STEP, plusieurs activités ont été menées et dont l'essentiel peut se résumer ainsi qu'il suit :

- L'étude de faisabilité est déjà réalisée et validée
- Les projets de textes régissant le régime sont élaborés et en cours d'adoption : projet de décret instituant le régime, projet d'arrêté sur l'assurance maladie, les statuts des régimes au niveau central et régional,
- le plan de développement du régime est élaboré et validé de même que le projet de dispositif institutionnel pour la mise en œuvre et le plan d'action de mise en œuvre pour 2008-2011.
- Le régime a obtenu une inscription budgétaire pour 2008 de l'ordre de 310 millions relative à la subvention attendue de l'Etat pour la mise en œuvre du plan d'action
- Le démarrage de la phase pilote du régime est en cours de lancement dans les régions de Saint-Louis et de Tambacounda

Mutuelle Sociale du secteur des transports routiers

La démarche concertée utilisée dans la mise en place de la mutuelle sociale sous le pilotage CNDS et l'accompagnement technique et financier du BIT/STEP a abouti à la réalisation de l'étude de faisabilité qui a confirmé l'acuité du besoin de protection sociale dans ce secteur, le potentiel organisationnel des acteurs et leur attachement aux valeurs de solidarité. Le schéma de fonctionnement de la mutuelle sociale a été adopté avec l'identification des groupes cibles pour la phase pilote. Ainsi, comme autres avancées dans le processus, on peut retenir :

- ✓ la définition du système de financement du régime
- ✓ la disponibilité d'un plan d'action 2007-2010 pour la phase pilote
- ✓ la tenue de l'Assemblée Générale de la Mutuelle
- ✓ le démarrage effectif des activités avec les travailleurs de AFTU

Initiatives de mise en place de régimes pour les autres corps de métiers

Les cibles sont les acteurs culturels (musiciens, artistes, ...), les sportifs, les artisans, les commerçants, etc. Ce volet est à sa phase embryonnaire avec un portage par la CAFSP du Ministère de la Santé qui n'en est qu'à l'étape de prise de contact et d'information avec les secteurs cibles.

GESTION RISQUES MAJEURS ET CATASTROPHES

1/ La mise en place du plan de communication, de formation et de mobilisation sociale

Elle n'est pas encore effective, malgré les bonnes dispositions. La formulation est en cours, et il faut noter que le budget est prévu dans le DSRP, mais non doté. Le GAP est de **80 millions**.

Le PNUD est le partenaire stratégique, tandis que le projet d'appui à la réduction des risques de catastrophe en est le maître d'œuvre.

2/ Mise en place d'une plateforme nationale de réduction des risques et catastrophes, et mise en place d'une autorité nationale chargée de la protection civile

Le décret est signé depuis le 04 Mars 2008, mais la plateforme nationale n'a pas à encore connu le fonctionnement souhaité par les différentes parties prenantes. Le budget prévu dans le DSRP pour son opérationnalisation est de 130 millions non encore dotés. Il y a un GAP de **163 millions** à résorber.

3/ Mise en œuvre d'un programme de maîtrise des accidents industriels et de prévention et de gestion des inondations

Le Processus de formulation du programme de maîtrise des accidents industriels et de prévention et de gestion des inondations est en cours. La DPC participe à l'élaboration des textes qui régissent le domaine de la protection civile ; la conception générale des plans de secours dont le plan ORSEC ; l'identification et la mobilisation de moyens supplémentaires à engager en cas de catastrophe, pour un appui logistique aux équipes de secours. Cependant, il existe des difficultés pour tester régulièrement le plan ORSEC.

Dans le DSRP, un montant de 1100 millions est prévu, mais jusque là, non doté. La contrepartie de l'Etat (315 millions) n'étant pas disponible, le GAP à résorber est de **785 millions**. Le PNUD est le principal partenaire de l'Etat du Sénégal pour cette activité.

4/ Mise en place d'un système d'assurance des risques agricoles

Cette action n'est pas prise en compte dans le *PAP 2006-2010*, et les maîtres d'oeuvres

sont à identifier.

5/ Renforcement et décentralisation du Fonds de solidarité nationale et du fonds de calamité

Cette action n'est pas prise en compte dans le *PAP 2006-2010*, mais le fonds de solidarité et le commissariat à la sécurité alimentaire mènent des actions conjointes sur toute l'étendue du territoire. D'où la nécessité de veiller à la décentralisation effective des fonds de soutien, et organiser certaines actions éparses.

GROUPES VULNERABLES :

La revue a ensuite examiné les réalisations du PAP pour l'année 2007 ou 2004-2007. Pour 2007, les réalisations en faveur des groupes vulnérables sur ressources budgétaires (BCI) ont été maigres du simple fait que les allocations planifiées ont été très faiblement mobilisées à cause des tensions de trésorerie qui peuvent continuer en 2008.

Pour un montant budgétisé d'environ 32,6 milliards pour les groupes vulnérables, 5,9 milliards FCFA étaient supposés provenir du gouvernement et 6,3 milliards des bailleurs. La contribution des partenaires a largement été mobilisée. Le gap s'élevait à 20,4 milliards, soit 62 pour cent du montant de financement de la sous composante groupes vulnérables

En ce qui concerne les personnes handicapées peu de réalisations ont été faites en 2007 à cause du financement limité.

S'agissant de l'amélioration des droits des femmes, l'observatoire tarde à voir le jour et être opérationnel.

Les réalisations au profit des enfants en situation de vulnérabilité concerne les enfants mendiants, ceux victimes des pires formes de travail et ceux en conflit avec la loi. Avec l'appui de la Coopération Italienne de l'UNICEF, du BIT, de l'UNFPA, des autres partenaires plusieurs réalisations ont été faites en leur faveur en 2007. Sur BCI, 358 millions ont été mobilisés en 2006.

Avec l'appui de l'Etat pour un montant d 700 000 million FCFA, le Plan Sésame est mis en œuvre et contribue à accroître l'accès aux soins de santé des personnes âgées. Toutes les autres mesures concernant les aînés tardent à être réalisées.

Le FNPJ a aussi contribué à la résolution des problèmes d'insertion des jeunes dans les secteurs productifs en finançant en faveur des jeunes des projets de création d'entreprises ou d'activités génératrices de revenus, des actions de formation, des actions d'information et de communication pour un montant total de 272 483 920 FCFA en 2006 et 2007.

IV. ETAT D'AVANCEMENT DE LA PROGRAMMATION DE LA MISE EN OEUVRE DES MATRICES DE MESURES

IV.1. SYSTEME FORMEL DE PROTECTION SOCIALE

Si les actions prévues au PAP ne sont pas opérationnelles et sont à l'état d'études par contre des actions prévues dans la matrice de mesures ont connu une avancée significative :

l'harmonisation du dispositif général de couverture maladie entre les travailleurs du secteur public et ceux du secteur privé

Plusieurs actions étaient prévues dans la SNPS, notamment : (i) mission d'étude pour la révision des paramètres techniques des IPM : taux et plafond des cotisations, taux de remboursement des prestations ; (ii) programme sectoriel d'assainissement de la gestion des IMP en difficulté ; (iii) implication de l'Etat dans la contractualisation du régime tarifaire pour la maîtrise de l'offre de soins directs /institution d'un cadre réglementaire du partenariat avec les prestataires de soins ; (iv) systématisation du contrôle médical a priori pour la maîtrise de la demande de soins ; (v) coordination des IPM et mise en place d'une unité technique faîtière avec pour objectif l'harmonisation des procédures et règles de gestion ; (vi) mission de supervision de la couverture effective de l'ensemble des travailleurs salariés notamment en créant des IPM d'attente pour les entreprises non affiliées à une IPM.

Au titre des résultats enregistrés, l'étude a démarré effectivement au début du mois de mai 2008 et s'étalera sur 3 mois.

Mesures institutionnelle et réglementaire, il est prévu la réforme des textes législatifs et réglementaires sur les systèmes de pension

L'objectif poursuivi est la confection d'un document unique, clair et conforme à la politique de sécurité sociale définie par les pouvoirs publics sur la base de conventions internationales de sécurité sociale ratifiées par le Sénégal et conforme aux recommandations de la Conférence Inter africaine de la Prévoyance Sociale (CIPRES) auquel le Sénégal a adhéré. Ce Code unique de Sécurité sociale devrait prendre en compte les orientations nouvelles tendant à introduire des *systèmes supplémentaires de retraite par capitalisation*, à la volonté d'étendre le champ de couverture de la Sécurité Sociale aux catégories qui en sont jusque là exclues et à améliorer les prestations existantes.

- les termes de référence sont élaborés par la COSRISS et validés par le Ministère de la Fonction publique, de l'Emploi, du Travail et des Organisations professionnelles, la Caisse de Sécurité sociale et l'IPRES.

Assurer des pensions de retraites décentes et garantir la viabilité à long terme des régimes

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

Les TDR pour la réalisation d'une étude sur les *conditions de vie des personnes du 3^{ème} âge* ont été élaborés en rapport avec les représentants des associations de retraités.

Le financement a été accordé par la Banque Mondiale

L'étude a été lancée et est en cours de réalisation.

Le rapport provisoire sera soumis à la validation des partenaires sociaux et des associations de retraités en juin 2008. La COSRISS formulera des Recommandations au Gouvernement.

Initier des réformes pour la satisfaction des nouvelles attentes.

Il s'agit de faire mener les études pour:

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

Les TDR pour une étude de faisabilité pour la mise en place d'un ***régime de protection sociale au profit des sénégalais de l'extérieur*** sont confectionnés et ont été validés par le Ministère des Sénégalais de l'Extérieur.

La Banque mondiale a accepté de financer cette étude.

Le programme intitulé « programme d'accès à l'habitat social » pour les travailleurs

Aucune activité n'a été entreprise dans le cadre de cet objectif qui demeure une priorité pour les salariés et qui devrait être maintenu au titre des actions prioritaires à intégrer dans la matrice des mesures.

IV.2. EXTENSION DE LA PROTECTION SOCIALE

Renforcement des MS et amélioration du système d'assurance maladie (OS1)

Beaucoup d'activités réalisées par le gouvernement et ses partenaires concourent effectivement à l'atteinte de cet objectif stratégique, il est difficile d'établir un lien direct du point de vue financier entre celles-ci et les dépenses budgétaires exécutées par le Ministère concerné. L'une des difficultés relève surtout du manque de visibilité dans la traduction des actions inscrites dans le PAP en projets ou programmes spécifiques faisant l'objet d'une prise en charge dans la programmation budgétaire au niveau ministériel.

Toutefois, les constats suivants montrent qu'il y a bien des avancées dans l'évolution de la stratégie dans le domaine du renforcement des mutuelles de santé et de l'amélioration du système d'assurance maladie.

2.1.1- Des acquis

- ✓ L'existence depuis 2004 d'un Plan de Développement Stratégique des Mutuelles de Santé au Sénégal. Ce document a identifié toutes les faiblesses liées au développement des mutuelles de santé à la fois au niveau stratégique et opérationnel et a indiqué des orientations prises en compte dans la SNPS et le DSRP II.
- ✓ L'existence d'une loi régissant les mutuelles de santé
- ✓ La réflexion très avancée sur un cadre juridique des Mutuelles de Santé dans l'espace UEMOA a été menée sous l'impulsion du BIT. Ce processus a abouti à l'élaboration d'un projet de textes harmonisant le cadre juridique applicable aux mutuelles de santé dans l'espace UEMOA.

- ✓ L'élaboration d'un cadre de conventionnement entre les Mutuelles de Santé et les Prestataires de soins. Ce processus a été porté par un groupe de travail impliquant tous les acteurs concernés. Il a permis un large consensus sur le projet de convention cadre entre les formations sanitaires et les mutuelles de santé au Sénégal
- ✓ L'évaluation de la contribution des Mutuelles de Santé dans le financement de la santé. Celle-ci donne une visibilité sur l'enjeu des mutuelles de santé dans le système de santé et permet d'établir une bonne situation de référence qui devrait faciliter le suivi de l'évolution des mutuelles de santé dans le financement de la santé
- ✓ L'Élargissement du mouvement mutualiste. D'environ 80 mutuelles de santé fonctionnelles en 2003, le nombre de mutuelles de santé est passé en 2008 à 128 d'après l'enquête récente sur les comptes nationaux de la santé initiée par le Ministère de la Santé et de la Prévention (mois de janvier)
- ✓ D'autres actions reflétant le dynamisme de ce sous secteur ont eu trait aux activités menées par le Ministère de la santé et de la prévention ainsi que les partenaires pour accompagner les mutuelles de santé et leurs structures faitières dans le suivi de leurs activités, le renforcement de leurs capacités de gestion (formations), etc. Avec cet appui, le mouvement mutualiste sénégalais est membre fondateur de l'Union Africaine pour la Mutualité (UAM) et participe aux activités du réseau dénommé « Concertation entre les acteurs du développement des mutuelles de santé en Afrique de l'Ouest et du Centre ». Ce réseau est soutenu par plusieurs promoteurs impliqués dans l'extension de la protection sociale à l'échelle mondiale (BIT/Step, USAID, WSM, GTZ, PROMUSAF, etc.)

Mise en place des mécanismes de prise en charge des maladies pour les personnes vulnérables (OS2)

La mise en place du plan SESAME offrant une couverture du risque maladie à toutes les personnes âgées de 60 ans et plus sans exclusive, reste le principal fait marquant l'évolution de ce sous secteur.

Cependant, plusieurs autres initiatives ont été réalisées au profit de différentes cibles. Les ressources mobilisées proviennent de sources variées sous forme de subventions. L'Etat en reste le principal pourvoyeur.

En octobre 2006, le montant global des subventions allouées aux dispositifs de gratuité est évalué à plus de 3,6 milliards. La revue de l'ensemble de ces initiatives aboutit aux constats suivants :

Ce dispositif permet une extension de la couverture maladie à une catégorie sociale dont le poids social est estimé à environ 556 milles bénéficiaires, soit près de 5% de la population totale. Cela a contribué à l'amélioration du taux de couverture maladie qui est aujourd'hui de l'ordre de 20,3% alors que celui-ci dépassait à peine les 12% en 2003.

Ce système fonctionne avec un cofinancement assuré par l'Etat à hauteur d'une subvention de 700 millions et l'IPRES pour un montant de 300 millions.

Ce dispositif procède par un mode de ciblage automatique moyennant la présentation de la carte nationale d'identité pour les personnes éligibles.

✓ **Gratuité des accouchements et des césariennes**

Si le programme sur les césariennes est étendu à toutes les régions sauf Dakar, celui relatif aux accouchements gratuits est limité à 5 régions (Kolda, Tambacounda, Ziguinchor, Fatik et Matam). Son coût global est estimé à 440 millions en 2006 sous forme de subventions allouées par l'Etat. D'après l'évaluation réalisée en 2007 par l'USAID sur ces programmes, environ 46 000 femmes enceintes en ont bénéficié en 2006⁴.

Des partenaires comme le FNUAP accompagnent l'Etat dans le financement de ces programmes.

✓ **Subvention des affections à soins coûteux**

Ce dispositif cible les personnes atteintes d'affections à soins coûteux telles que le cancer, les insuffisances rénales, la tuberculose, le diabète, antirétroviraux, paludisme. Avec un cofinancement assuré par l'Etat et les partenaires au développement sous forme de subventions via l'offre de soins, celui-ci a atteint un coût global de 3,2 milliards en 2006. Environ 10100 personnes atteintes de tuberculose ou de lèpre ont bénéficié de soins gratuits pour un montant de 250 millions en 2006.

✓ **Dispositifs de prise en charge des indigents**

Au moins cinq dispositifs ont été initiés pour permettre une prise en charge des indigents non pas en terme de couverture d'assurance-maladie mais en terme de prise en charge ponctuelle de leurs besoins en soins de santé. Autrement dit, leur finalité n'est pas de leur assurer une protection sociale pérenne mais il s'agit juste d'amortir les effets d'un choc lié à la maladie ou à une situation de précarité sociale particulière (pauvreté, sinistres, etc.). C'est donc, une assistance sociale ponctuelle au profit de personnes désignées sous le vocable « cas sociaux ».

▪ **Fonds de solidarité nationale**

Institué par décret en 2002, cet instrument couvre un champ d'intervention assez varié. En plus de l'assistance pour l'accès aux soins de santé au profit des groupes vulnérables, son intervention concerne l'insertion sociale par l'octroi de prêts et de subventions, l'assistance individuelle, l'assistance sociale en situation de crise ou d'urgence, la création et l'accroissement de revenus, etc.

Il est entièrement financé par l'Etat avec une subvention annuelle de 500 millions. Les cibles sont les victimes de calamités, de sinistres ou de catastrophes et les personnes vivant dans les zones démunies d'infrastructures à caractère éducatif, social et économique.

Le rapport d'évaluation de l'USAID sur les initiatives de gratuité révèle que les dépenses de santé effectuées à travers ce fonds de 2005 à 2007 sont de l'ordre de 73 millions.

▪ **Assistance médicale par la Direction de l'Action Sociale.**

Il s'agit d'une assistance aux personnes nécessiteuses pour la prise en charge de frais médicaux. Les ressources allouées ont été portées à 75 millions depuis 2007. Au mois de juin 2007, 1714 dossiers ont été satisfaits depuis la création de ce fonds. Cela représente environ 0,9% du total de la population cible potentielle⁵ d'après les estimations de la DAS.

- **Prise en charge des cas sociaux dans les hôpitaux**

Les services sociaux des hôpitaux disposent d'un budget qui leur permet de prendre en charge tout ou partie des dépenses de prestations des patients identifiés comme cas sociaux. La valeur des prestations couvertes est estimée en 2007 à environ 130 millions. Elles sont tirées des recettes propres de ces établissements.

- **Prise en charge des cas sociaux dans les centres de santé**

Pour les centres de santé et les postes de santé, la note de service N°006058/MSPM/DS/DSSP du 6 septembre 2005 invitait à l'application d'une disposition du *Guide national du Comité de Santé* qui propose que 10% des recettes issues des prestations soit affecté à la prise en charge des cas sociaux d'une part et que 5% des bénéficiaires réalisés sur la vente de médicaments soit affecté à la solidarité. Les estimations effectuées par la CAFSP du Ministère de la Santé à partir des données recueillies sur 34 districts indiquent un coût de prise en charge de 242 millions en 2007⁶.

- **Prise en charge des personnes bénéficiaires d'un certificat d'indigence**

La loi n°62-29 du 26 mars 1962 portant sur les certificats d'indigence permet aux personnes qui en sont munies de bénéficier gratuitement de soins dans les formations sanitaires publiques.

- Si le certificat d'indigence est délivré par l'autorité administrative (Préfet ou Sous-Préfet), la prestation est facturée au Ministère des Finances.
- S'il est délivré par un Maire, c'est sa commune qui devra s'acquitter de la facture. Aussi, la loi N° 96-07 sur la décentralisation donne-t-elle compétence aux collectivités locales pour tout ce qui a trait à l'organisation et à la gestion de secours au profit des nécessiteux. Ainsi, chaque collectivité locale dispose d'une ligne budgétaire pour cette rubrique mais elle ne concerne pas uniquement la santé. Il peut s'agir de dons alimentaires ou d'aides d'urgence pour des besoins médicaux ou non.

- **Prise en charge des indigents par la Caisse de Sécurité sociale**

Dans le cadre des interventions ponctuelles, la Caisse de Sécurité Sociale a dépensé 12 millions FCFA en 2005 pour venir en aide à des nécessiteux, affiliés ou non.

- **Prise en charge des indigents à travers les mutuelles de santé**

Certaines mutuelles de santé prennent en charge des indigents soit à travers leurs réserves budgétaires soit par le biais du parrainage. Une étude réalisée par l'USAID en 2007 a montré que sur un échantillon de 8 mutuelles de santé sur la quinzaine de

mutuelles de santé recensées disposant d'un schéma de prise en charge des indigents au Sénégal, environ 30% de leur effectif sont couverts à travers ces schémas.

Mise en place des systèmes de prévoyance sociale pour les personnes exerçant le métier de l'agriculture et les acteurs économiques du secteur informel, de l'artisanat, ...

Les évolutions significatives dans ce sous secteur tiennent à l'expérimentation de systèmes de protection sociale de grande envergure ciblant les populations du monde rural et du secteur informel. Ces régimes s'inscrivent carrément dans une approche protection sociale et couvrent un champ varié allant au-delà de la couverture maladie.

L'année 2007 a été surtout mise à profit pour dérouler les phases préalables relatives aux études de faisabilité et l'animation des processus participatifs pour retenir avec les parties prenantes les meilleures schémas et l'élaboration de plans de mise en œuvre de ces régimes.

Chaque régime a prévu un plan de financement dans lequel il est attendu de l'Etat une subvention pour la mise en place des régimes d'une part, et d'autre part une subvention pour la pérennisation du régime pour les ruraux. Ainsi, même si des lenteurs ont été notées dans la mise à disposition des subventions escomptées pour 2007, des avancées significatives sont relevées dans le processus de mise en œuvre de ces régimes.

Régime de Protection Sociale Agro-sylvopastorale

A la suite de la Loi d'Orientation Agro-Sylvo-Pastorale promulguée le 4 juin 2004 qui prévoit, en ses articles 6 (alinéa 2), 8, et 14, la mise en place d'un régime de protection sociale agro-sylvo-pastoral au Sénégal, le DSRP II a inscrit dans son PAP 2006-2010 la création de ce régime pour l'extension de la protection sociale aux populations rurales. La mise en œuvre de ce dispositif s'est effectuée selon un processus participatif ayant permis aux ruraux de retenir la couverture maladie comme risque prioritaire à prendre en charge. L'objectif est de couvrir à terme les personnes exerçant les métiers de l'agriculture et leurs familles (soit 5,6 millions de personnes). Le déploiement du régime sera progressif avec :

- Une phase pilote dans deux régions pour les deux premières années:
 - Tambacounda avec les producteurs de coton
 - Saint-Louis avec les producteurs de riz et de tomate
- Un début d'extension à quatre autres régions à partir de la troisième année
- Une extension aux cinq régions restantes à partir de la cinquième année
- La couverture 85% population cible en 2024

Le processus de mise en place du régime agro-sylvo-pastorale est en phase très avancée. Avec un portage institutionnel par le CNCR et l'appui technique et financier du BIT/STEP, plusieurs activités ont été menées et dont l'essentiel peut se résumer ainsi qu'il suit :

- L'étude de faisabilité est déjà réalisée et validée
- Les projets de textes régissant le régime sont élaborés et en cours d'adoption : projet de décret instituant le régime, projet d'arrêté sur l'assurance maladie, les statuts des régimes au niveau central et régional,
- le plan de développement du régime est élaboré et validé de même que le projet de dispositif institutionnel pour la mise en œuvre et le plan d'action de mise en œuvre pour 2008-2011.

- Le régime a obtenu une inscription budgétaire pour 2008 de l'ordre de 310 millions relative à la subvention attendue de l'Etat pour la mise en œuvre du plan d'action
- Le démarrage de la phase pilote du régime est en cours de lancement dans les régions de Saint-Louis et de Tambacounda

Mutuelle Sociale du secteur des transports routiers

L'étude de faisabilité réalisée dans le cadre de ce projet a mis évidence les pratiques d'entraide et de solidarité développées par les travailleurs face à ces risques et sur lesquelles le projet de mise en place de la mutuelle sociale pourrait s'appuyer.

Les regroupements existants offrent un point d'ancrage particulièrement intéressant pour un système de protection sociale. Ils disposent d'un savoir faire en matière de contrôle social et organisent souvent des activités génératrices de revenus (exploitation communautaire de véhicules, etc.) qui pourraient permettre de réduire la contribution financière (cotisation) directe des membres au système de protection sociale.

La population des travailleurs des transports routiers est composée d'actifs mais également d'inactifs : les travailleurs au chômage et certains retraités membres des regroupements. Globalement, cette population cible a été estimée dans le cadre de l'étude de faisabilité à environ 400.000 individus (travailleurs et leurs dépendants).

Il s'agit d'abord de tester les mécanismes de fonctionnement au sein d'une aire géographique limitée. Le choix a été porté sur les travailleurs des Groupements d'Intérêts Economique (GIE) de l'Association de financement des professionnels du transport urbain (AFTU) de la région de Dakar. Cette population est estimée aujourd'hui à près de 42.000 personnes (travailleurs et leur famille).

La mutuelle se propose d'assurer dans un premier temps un produit d'assurance santé. Sa mise en place passe par une phase pilote sur la région de Dakar (qui concentre les plus grand nombre de travailleurs du secteur) afin de tester l'organisation et le fonctionnement de la mutuelle avant d'entreprendre son déploiement sur l'ensemble du territoire.

La démarche concertée utilisée avec l'accompagnement technique et financier du BIT/STEP a abouti à la réalisation de l'étude de faisabilité. Le schéma de fonctionnement de la mutuelle sociale a été adopté avec l'identification des groupes cibles pour la phase pilote. Ainsi, comme autres avancées dans le processus, on peut retenir :

- ✓ la définition du système de financement du régime
- ✓ la disponibilité d'un plan d'action 2007-2010 pour la phase pilote
- ✓ la tenue de l'Assemblée Générale de la Mutuelle
- ✓ le démarrage effectif des activités avec les travailleurs de AFTU

Initiatives de mise en place de régimes pour les autres corps de métiers

Les cibles sont les acteurs culturels (musiciens, artistes, les sportifs, les artisans, les commerçants, etc.). Ce volet est à sa phase embryonnaire avec un portage par la CAFPSP du Ministère de la Santé qui n'en est qu'à l'étape de prise de contact et d'information avec les secteurs cibles.

IV.3. GESTION DES RISQUES MAJEURS ET DE CATASTOPHES

A. / La mise en place du plan de communication, de formation et de mobilisation

sociale

Elle n'est pas encore effective, malgré les bonnes dispositions. La formulation est en cours, et il faut noter que le budget est prévu dans le DSRP, mais non doté. Le GAP est de **80 millions**.

Le PNUD est le partenaire stratégique, tandis que le projet d'appui à la réduction des risques de catastrophe en est le maître d'œuvre.

B/ Mise en place d'une plateforme nationale de réduction des risques et catastrophes, et mise en place d'une autorité nationale chargée de la protection civile

Le décret est signé depuis le 04 Mars 2008, mais la plateforme nationale n'a pas à encore connu le fonctionnement souhaité par les différentes parties prenantes. Le budget prévu dans le DSRP pour son opérationnalisation est de 130 millions non encore dotés. Il y a un GAP de **163 millions** à résorber.

Les attentes par rapport à la plateforme nationale RRC :

1. Un mécanisme national qui regroupe un nombre multiple d'intervenants et qui plaide en faveur de la RRC à différents niveaux.
2. La plateforme doit mobiliser les savoirs et savoirs faire, les aptitudes et les ressources nécessaires à la RRC.
3. Elle doit se rencontrer au moins une fois par mois, et veiller au renforcement des capacités de l'ensemble des parties prenantes.
4. Elle doit en conséquence s'appuyer sur les dispositifs institutionnels de protection civile déjà existants à savoir la direction de la protection civile et la commission nationale de protection civile, dans une approche participative pour les actions suivantes :
 - Système de Networking (*diffusion des informations*)
 - Faire face aux risques
 - Plaidoyer en faveur de la RRC
 - Intégration de la RRC aux politiques et programmes de développement
 - Renforcement des liens entre les acteurs de la RRC
 - Promotion d'un environnement favorable au développement d'une culture de prévention des catastrophes par des actions de plaidoyer et de conscientisation
 - La plateforme pour la RRC doit encourager la mise en application et l'adaptation du CAH au niveau national.

C/ Mise en œuvre d'un programme de maîtrise des accidents industriels et de prévention et de gestion des inondations

Le Processus de formulation du programme de maîtrise des accidents industriels et de prévention et de gestion des inondations est en cours. La DPC participe à l'élaboration des textes qui régissent le domaine de la protection civile ; la conception générale des plans de secours dont le plan ORSEC ; l'identification et la mobilisation de moyens supplémentaires à engager en cas de catastrophe, pour un appui logistique aux équipes de secours. Cependant, il existe des difficultés pour tester régulièrement le plan ORSEC.

Dans le DSRP, un montant de 1100 millions est prévu, mais jusque là, non doté. La contrepartie de l'Etat (315 millions) n'étant pas disponible, le GAP à résorber est de **785 millions**. Le PNUD est le principal partenaire de l'Etat du Sénégal pour cette activité.

D/ Mise en place d'un système d'assurance des risques agricoles

Cette action n'est pas prise en compte dans le *PAP 2006-2010*, et les maîtres d'oeuvre sont à identifier.

E/ Renforcement et décentralisation du Fonds de solidarité nationale et du fonds de calamité

Cette action n'est pas prise en compte dans le *PAP 2006-2010*, mais le fonds de solidarité et le commissariat à la sécurité alimentaire mènent des actions conjointes sur toute l'étendue du territoire. D'où la nécessité de veiller à la décentralisation effective des fonds de soutien, et organiser certaines actions éparses.

IV.4.GROUPES VULNERABLES

Il a été relevé que beaucoup d'interventions appuient les efforts de réduction de la vulnérabilité à travers des programmes, des projets, des fonds, des initiatives, etc. C'est d'abord l'Etat avec ses services techniques centraux et décentralisés. Ce sont les partenaires au développement multilatéraux et bilatéraux qui soutiennent l'Etat. C'est aussi les ONG, la société civile, des privés, etc.

les mécanismes organisationnels des grands programmes de protection des groupes vulnérables analysés sont opérationnels.

Il en est ainsi pour le plan Sésame, le programme de prise en charge des personnes handicapées (Réadaptation à Base Communautaire), le programme de prise en charge du Développement de la Petite Enfance, les initiatives communautaires portant sur les Mutuelles de Santé ou les programmes en cours de formulation (initiative protection sociale des routiers ; initiative protection sociale des ruraux).

1. Les personnes handicapées

Les personnes handicapées sont parmi les groupes les plus vulnérables d'une communauté. Les personnes handicapées et les ménages dont des membres sont handicapés courent plus que d'autres le risque de vivre dans la pauvreté. La catégorie des personnes handicapées est estimée à entre 6 à 10% de la population sénégalaise dont 33 % sont des handicapés moteurs ; 17 % sont de handicapés visuels ; 51 % relèvent des autres catégories.

Une étude de la Banque Mondiale (2006) estime le nombre à 120 000 en 2006. Les programmes nationaux qui sont mis en œuvre portent sur la promotion et la protection des personnes handicapées, la réhabilitation à base communautaire

(RBC), l'amélioration de l'environnement des personnes handicapées, le renforcement des capacités et le plaidoyer pour la promotion et la protection des droits des personnes handicapées.

En 2007, un financement BCI de 100 millions a permis au programme RBC d'appareiller un millier des personnes handicapées. Les réalisations ont été plus nombreuses en 2006 avec un financement BCI de 358 millions. Il s'agit principalement d'appareillement de handicapés, de financement de 150 GIE pour des activités génératrices de revenus, des formations de responsables de GIE, des responsables de structures d'encadrement et d'organisations de personnes handicapées, des d'études.

2 Les personnes âgées

L'effectif des personnes âgées est estimé à 670 000 dont 586 000 ne bénéficiant pas de pension ou ayant moins de 25 000 FCFA de revenu mensuel. Les effets combinés de la modicité des revenus, de l'inflation, du chômage, les charges familiales ainsi que l'état de santé précaire contribuent à installer cette catégorie de citoyens dans la précarité.

Grâce au financement du gouvernement à hauteur de 700 millions, ce domaine a vu l'effectivité de la prise en charge des frais médicaux par les services concernés aux aînés non affiliés à l'IPRES ou au FNR à travers le Plan Sésame (objectif 2). En 2007 près de 7000 patients ont bénéficié des soins de santé dans les structures de santé publique à travers tout le territoire national. Les autres actions prioritaires dans ce domaine n'ont pas été réalisées.

3 Les enfants en situation de vulnérabilité

Les enfants représentent 58% de la population. Beaucoup sont en situation d'une ou plusieurs formes de vulnérabilité : talibés, mendiants, enfants en situation de rupture avec leur famille, en conflit avec la loi, ceux handicapés, ceux victimes de maladies dont le SIDA, ceux victimes de pratiques traditionnelles néfastes à leur santé, ceux victimes d'abus sexuels, et ceux victimes d'exploitation économique ou de violence, etc. En 2006, on estimait à 400 000 le nombre d'enfants âgés de 6 à 18 ans exposés à des situations dangereuses d'exploitation (travailleurs, talibés dans les daaras et écoles coraniques, enfants dans la rue, en conflits avec la loi, employées domestiques).

Le programme de protection juridique et de lutte contre les violences et pires formes de travail des enfants appuyé par partenaires techniques et financiers en partenariat avec le Ministère de la Famille l'UNICEF a contribué à la réalisation des objectifs du DSRP pour ces catégories de population vulnérables. Le projet de Lutte contre les Pires Formes de Travail a reçu un financement BCI de 203 millions en 2007 et l'appui de l'UNICEF et la Coopération italienne. En 2007 près de 70 villages ont déclaré publiquement l'abandon de l'excision et des mariages précoces portant à 2661 le nombre ayant procédé à ces déclarations. Ceci représente environ une moitié des 5000 communautés qui pratiquaient l'excision en 1997.

L'objectif 2 de cette composante (développer une stratégie de prise en charge et

de réinsertion sociales des enfants en conflit avec la loi et des enfants en situation difficile) est principalement du ressort de la Direction de l'Education Surveillée et de la Protection Sociale (DESPS). Aucune réalisation n'est inscrite à son actif faute de crédits.

Au titre du « renforcement des capacités des institutions spécialisées de prise en charge des enfants en situation de vulnérabilité (enfants abandonnés ou en conflit avec la loi), la DSPS a réalisé plusieurs actions dont la réfection de structures, la dotation d'équipements, le recrutement d'éducateurs spécialisés, des formations, des sessions sur les instruments juridiques. Avec l'assistance de ses partenaires (UNICEF, Banque Mondiale) le Sénégal est sur le point d'institutionnaliser et pérenniser les mécanismes de lutte contre la traite et des pires formes de travail des enfants. Au titre des réalisations majeures on compte la mise en place du PARRER, la conduite de plusieurs études sur la situation des enfants mendiants à Dakar et les principales zones pourvoyeuses ainsi que le lancement de la deuxième phase des interventions opérationnelles de retrait, réhabilitation et retour en milieu familial des enfants mendiants, essentiellement mise en œuvre par les ONG.

Le Comité est préoccupé par l'augmentation du nombre d'enfants qui vivent dans les rues et qui mendient ; l'utilisation à grande échelle des talibés à des fins économiques

Le Projet Education à la Vie Familiale dans les « daaras » grâce au financement BCI de 150 millions octroyé en 2007 et à l'appui financier de l'UNICEF et de UNFPA, a enregistré les réalisations majeures suivantes : développement d'un curriculum, d'un guide méthodologique et d'un argumentaire religieux, formation de maîtres coraniques, etc.

4 Les femmes en situation de vulnérabilité

Les femmes comptent plus de la moitié de l'effectif de la population. Un ménage sur cinq est dirigé par une femme. La majorité des femmes chefs de ménage sont divorcées ou veuves, ce qui accroît leur vulnérabilité. L'analphabétisme massif, le bas niveau d'instruction et le bas statut des femmes dans la société prédisposent celles-ci à des situations de vulnérabilité.

Deux objectifs sont visés dans le PAP pour les femmes en situation de vulnérabilité : promouvoir les droits des femmes et des filles ; améliorer la situation économique et sociale de ces femmes par la mise en œuvre de la **Stratégie Nationale pour l'Equité et l'Egalité du Genre (SNEEG)**.

En ce qui concerne le premier objectif, le Sénégal doit à ce jour trois rapports au Comité de droits de la femme. Deux rapports ont été compilés et sont à la commission nationale des droits de l'homme pour revue par le comité des experts. Un Haut- Commissariat aux droits de l'homme et à la promotion de la paix est mis en place. Un observatoire national indépendant des droits de la femme est sur le point d'être créé.

Le projet d'appui aux initiatives de génération des revenus entre dans le cadre de l'objectif 2 de ce domaine (améliorer la situation économique et sociale des femmes en situation de vulnérabilité par la mise en œuvre du SNEEG. Beaucoup de ces réalisations sont analysées dans le Projet de Lutte contre la Pauvreté

financé par le Fonds Africain de Développement et le Fonds Nordique de Développement, le Programme de l'Agence du Fonds de Développement Social « AFDS » et le Programme d'Appui à la Réduction de la Pauvreté « PAREP ».

5 Les jeunes en situation de vulnérabilité

L'effectif des jeunes âgés de 16 à 35 ans représente 56 pour cent de la population, deux tiers de la population active et trois quarts de chômeurs. Les mineurs à partir de 13 ans et les jeunes de 18 à 21 ans sont très vulnérables à la situation de leurs familles.

, le Direction de l'Education Surveillée de la Protection Sociale a inscrit vingt deux activités concernant les jeunes pour la période 2004-2007. Seulement neuf de ces activités ont été partiellement ou entièrement réalisées. Il s'agit surtout de dotations d'équipements, des constructions et des recrutements de personnel. Le renforcement de la surveillance maritime ainsi que des mesures d'accompagnement des migrants rapatriés, le plan REVA (retour vers l'agriculture), le renforcement du partenariat sur les conditions d'admission des travailleurs émigrés avec les pays demandeurs de l'Europe sont parmi les réalisations au bénéfice de ce groupe appuyées par les partenaires. Le FNPJ a aussi contribué à la résolution des problèmes d'insertion des jeunes dans les secteurs productifs en finançant des projets de création d'entreprises ou d'activités génératrices de revenus en faveur des jeunes, des actions de formation en faveur des jeunes, des actions d'information et de communication en faveur des jeunes, des projets d'études, des stages en faveur des jeunes ; des missions de suivi, de supervision et d'évaluation. Vingt quatre (24) projets ont été financés en 2007 pour un montant de 217 345 120 FCFA ; six (6) projets ont été financés en 2006 pour un montant 55 millions FCFA, soit 30 projets pour un montant de 272 483 920 FCFA en 2006 et 2007.

6 Les personnes déplacées, réfugiées ou rapatriées

Le premier constat découlant de cette analyse est que la mise en œuvre du PAP a été très timide en 2007. Cette appréciation se fonde sur l'examen des rapports de mise en œuvre de plusieurs interventions et des discussion tenues avec les responsables des services impliqués dans la lutte contre la vulnérabilité (DPDE, DAS, DSDS, DESPS, Cellule de Suivi du Programme de Lutte contre la Pauvreté, Ministère de la Jeunesse, IPRES, etc.) et des partenaires au développement (UNICEF, UNFPA, coopération italienne). Toutefois, des actions ont pu être menées avec des financements BCI du PAP et grâce surtout à l'appui des partenaires au développement dans le cadre des programmes de coopération, des ONG. La revue recommande de réfléchir sur des mécanismes de suivi de toutes les formes d'appui à la mise en œuvre des mesures de réduction de la vulnérabilité.

7 Autres

Beaucoup d'autres actions ont été menées dans la lutte contre la vulnérabilité.

Ces actions concernent surtout le renforcement des capacités, la construction d'infrastructures et la mise en place d'équipements socio-économiques en milieu

rural, la fourniture de services de santé, de nutrition, d'éducation et d'assainissement, la micro finance et les activités génératrices de revenus en faveur des populations rurales, la réalisation d'études et d'enquêtes.

- La Cellule de Suivi et de Coordination Opérationnels rattachée au Cabinet du Ministère de la Femme, de la Famille et du Développement Social a enregistré d'importantes réalisations à travers trois grands projets et programmes de lutte contre la pauvreté : a) le Projet de Lutte contre la Pauvreté financé par le Fonds Africain de Développement et le Fonds Nordique de Développement pour un montant d' environ 15 Milliards de F CFA ; b) le Programme de l'Agence du Fonds de Développement Social « AFDS » financé par la Banque Mondiale pour un montant de 24 Milliards de F CFA ; et c) le Programme d'Appui à la Réduction de la Pauvreté « PAREP », financé par le Programme des Nations Unies pour le Développement « PNUD » pour un montant de 2,5 Milliards de F CFA dans lequel est logé le Fonds de Développement local financé par la coopération luxembourgeoise pour 568.000 \$. Ces programmes s'inscrivent dans les orientations du Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté. Leurs réalisations sont analysées ci-après. Elles couvrent les domaines suivants (i) l'accès des Organisations Communautaires de Base (OCB) et groupes vulnérables, aux services sociaux, infrastructures et équipements ; (ii) l'accès des Organisations Communautaires de Base (OCB) et groupes vulnérables aux services de la micro-finance et aux activités génératrices de revenus (AGR) ; (iii) le renforcement des Capacités des Organisations Communautaires de Base (OCB) et groupes vulnérables ; (iv) la mise en place de système de gestion et de suivi de la Pauvreté.

a) Les réalisations de l'AFDS

Pour un cout global de 700 millions FCFAL'AFDS a eu à réaliser en faveur des populations rurales la Stratégie Accélérée de Développement des compétences en faveur de 18.343 personnes avec un effet démultiplicateur touchant 550.290 personnes dont 220.116 femmes et groupes vulnérables.

Dans le domaine des infrastructures et équipements socio-économiques en milieu rural. Au 15 Novembre 2005, le cumul global des 578 projets accordés par l'AFDS est de 7 milliards FCFA.

Dans le domaine de l'accès à la micro-finance et aux activités génératrices de revenus (AGR) en faveur des populations rurales L'AFDS a eu à financer 515 sous projets AGR pour un montant de presque deux milliards F CFA en faveur de 24 200 membres (dont 63% de femmes) et des OCB. Le sous secteur de l'élevage y occupe près de 50% suivi de l'agriculture, du commerce des produits locaux et du maraîchage. Ce partenariat couvre également le secteur de l'élevage avec la mise en place d'une Fédération des emboucheurs de la région de Kaolack pour 100 millions F CFA.

b) Les réalisations du PLCP/BAD

Le PLCP/BAD a développé un important programme de renforcement des capacités des groupes vulnérables et des partenaires institutionnels avec l'alphabétisation de 35.420 personnes (dont 29 644 femmes et 5 784 hommes), la dotation dans 1 200 classes ouvertes de matériels didactiques et pédagogiques

pour un coût global des investissements réalisés dans ce cadre de 1,6 milliard F CFA.

Dans le domaine des infrastructures et équipements socio-économiques en milieu rural, 120 ouvrages de captage (dont 83 puits hydrauliques modernes et 37 forages) pour un montant de 1,7 milliard F CFA ont été réalisés ; 60 mini-réseaux d'approvisionnement en eau et 120 latrines pour un montant de 706 million F CFA ; la mise à la disposition des populations rurales des équipements d'exhaure ci. Le coût de ces équipements d'exhaure est de 733 millions ; les coûts des équipements communautaires d'allègement des travaux des femmes rurales montent à de 450 millions.

Dans le domaine de l'accès à la Micro-finance et AGR en faveur des populations rurales, Au 30 juillet 2005, le PLCP-BAD a financé 36 087 projets en faveur de 60 813 personnes à travers les Structures Financières Décentralisées et les 515 Caisses Locales d'Epargne et de Crédits des zones rurales pour un montant global de 2,4 milliard F CFA. Les activités commerciales des produits agricoles réalisées par les femmes représentent 63% des financements accordés, suivies de l'embouche (19 %) et de l'artisanat rural (10%).

c) Les réalisations du PAREP (Ex-PELCP)

Dans l'ex PELCP un important programme de renforcement des capacités des membres des OCB dans les techniques de transformation des fruits et légumes, des produits laitiers et carnés, de fabrication de savons, de teinture et sérigraphie, d'embouche bovine et ovine pour la reconstitution du cheptel et l'accroissement de la production de viande et de lait a été mis en œuvre. Il a permis d'appuyer les capacités de pilotage et de planification stratégique et opérationnelle des partenaires institutionnels (administration centrale et collectivités locales). Le coût d'investissement opéré à cet effet est évalué à environ à 900 Millions de F CFA.

Le PAREP a financé au cours de l'année 2005, en matière d'infrastructures de base 10 structures de postes et cases de santé entièrement équipées pour un coût de 109 million F CFA ; 10 Ecoles avec salles de classes, latrines, bloc administratifs bibliothèques et mur de clôture ont été construits pour une valeur de 153 million FCFA ; 2 puits hydrauliques dont un en cours de finition dans la région de Saint Louis pour environ 10 million FA ; l'assainissement et Aménagement urbains dans les communes de Tambacounda et Diourbel pour les travaux restant à réaliser depuis l'ex PELCP pour un montant de 35 million F CFA ; la réalisation de périmètres maraîchers, de pisciculture, de points d'eau, d'unités de transformation des produits halieutiques, agropastorales, de tannerie dans les régions de Diourbel, Saint-Louis et Tambacounda.

Le PAREP compte à son actif le financement d'activités génératrices de revenus en faveur des Organisations Communautaires de Base (OCB) dont notamment : la création d'un Fonds d'Appui aux Initiatives Locales d'un montant de 500 millions de F CFA dans les communautés rurales de Lambaye, Baba Garage (Région de Diourbel), Kéniaba (Région de Tambacounda) et l'axe Saint-Louis/Matam au profit des populations rurales pauvres qui s'investissent dans la gestion des ressources naturelles. Ce dispositif a permis l'émergence de Mutuelles d'Epargne et de crédit équipées en matériel informatique et en coffre-

fort ; la mise en place de lignes de crédit auprès des mutuelles d'épargne et de crédit de la région de Saint-Louis, pour un montant de 83 Millions de francs CFA, dans le département de Bambey. Dans le cadre du FDL de Saint Louis financé par la coopération luxembourgeoise, 20 millions ont été octroyés à des mutuelles, à la CECAS et à la MEC du Delta pour le financement de quatorze (14) projets d'AGR dans les zones pour environ 35 millions.

V. ANALYSE DES INDICATEURS

V.1. SECTEUR FORMEL DE SECURITE SOCIALE

La gestion des politiques par les résultats introduite par les DSRP constitue une opportunité pour placer la protection sociale au cœur des politiques de lutte contre la pauvreté, mais faudra- il au préalable disposer d'instruments adéquats de traduction de ces objectifs et de mesures des progrès avec des indicateurs pertinents, consensuels, fiables et disponibles.

Le recours aux indicateurs a pris avec les OMD et les DSRP une fonction d'outil de dialogue et de concertation sur les politiques, une pédagogie de définition consensuelle d'ambitions traduites en objectifs concrets, et de cibles annuelles sur lesquels les gouvernements, le secteur privé, les organisations de la société civile (y compris les syndicats), les partenaires au développement s'engagent en connaissance de cause.

Ce qui fait de la question des indicateurs un enjeu stratégique d'autant plus que les réformes introduites par les DSRP tendent à privilégier l'appui budgétaire dans le cadre des financements extérieurs. Les indicateurs servant de référence pour les interventions de bailleurs et deviennent des **«déclencheurs » de décaissements**. On mesure tout l'intérêt de disposer d'indicateurs pertinents, disponibles à temps, faciles à calculer, sans équivoques sur lesquels le gouvernement peut s'engager.

En l'absence d'indicateurs pour le secteur formel qui auraient permis de mesurer les progrès réalisés, et de la non opérationnalité de plusieurs des objectifs et actions prévues par le DSRP 2, le Groupe de ladite composante recommande :

1-Les indicateurs d'impact⁷

1.1 Taux de couverture générale de protection sociale

1.2 Dépenses publiques de protection sociale en pourcentage des dépenses publiques totales sur ressources intérieures.

Il est fortement recommandé d'intégrer ces deux indicateurs globaux dans la liste des indicateurs de suivi du DSRP du fait de leur importance dans l'évaluation de la progression de l'effort social de la Nation.

2- Les indicateurs de résultats (indicateurs intermédiaires)

1. Taux de croissance du montant des prestations familiales distribuées par

- l'Etat, les structures décentralisées et par les institutions de sécurité sociale.
2. **Nombre d'emplois créés par l'extension du système de protection sociale**⁸
 3. Taux de croissance du **nombre de structures de protection sociale communautaire** (taux annuel)
 4. Taux de couverture assurance maladie par rapport à la population totale : nombre de personnes couvertes par un système d'assurance-maladie ou qui ont accès aux services (publics ou privés) de santé selon les normes admises par l'OMS
 5. Le taux « d'entreprises » immatriculées disposant d'une assurance contre les risques professionnels
 6. Nombre d'accidents mortels ou de maladies professionnelles mortelles au travail (taux pour 100.000 salariés)/taux de fréquence des Accidents du travail et des Maladies professionnelles
 7. pourcentage des travailleurs de 60 ans et plus bénéficiant d'une couverture sociale en cas de maladie
 8. Population de 60 ans ou plus couverte par un régime de prestations de vieillesse
 9. Nombre de ménages couverts par les risques de décès du soutien de famille sur le nombre total de ménages
 10. Le taux de prise en charge : proportion des frais pris en charge par les structures de protection sociale ou d'assurance ou de l'Etat par rapport aux soins de santé fournis
 11. pourcentage de travailleurs ayant bénéficié de logements sociaux dans le cadre du fonds spécial prévu dans la SNPS
 12. coefficient de charges techniques : Pourcentage des ressources consacrées au paiement ou à la prise en charge des prestations par rapport aux charges de fonctionnement des institutions de sécurité sociale.⁹

V.2. EXTENSION DE LA PROTECTION SOCIALE

Les indicateurs permettant d'apprécier les efforts de l'Etat et des PTF dans l'atteinte des objectifs de l'extension de la protection sociale sont : le pourcentage du budget alloué aux programmes d'assistance des groupes vulnérables, le taux de couverture de risque maladie de la population et le taux de couverture assurance risques agricoles. Ils sont difficiles à mesurer et aucune projection n'a été établie pour 2007. Toutefois l'évolution des indicateurs de la Santé permet de penser qu'il ya une évolution favorable dans ce domaine.

L'atelier de la composante a recommandé des indicateurs spécifiques dans la matrice ci-après

V.3. GESTION DE RISQUES DE CATATASTROPHES

V .4. GROUPES VULNERABLES

Indicateurs d'objectifs/stratégies proposés

Secteurs / Domaines	Objectifs/Stratégies		Actions prioritaires	
	Intitulés	Indicateurs	Intitulés	Indicateurs
Protection sociale et suivi des groupes vulnérables	Réduire les facteurs de vulnérabilité dans les secteurs et renforcer l'assistance sociale aux groupes vulnérables	Nombre de personnes handicapées ayant bénéficié de toute forme d'assistance sociale (par sexe, âge et zone de résidence)	Mise en place d'un système d'assurance des risques agricoles ¹⁰ Renforcement et décentralisation du Fonds de solidarité nationale et du fonds de calamité	
	Améliorer le ciblage, le suivi et l'élaboration des actions dirigées vers les groupes vulnérables	Nombre de projets ayant un développé un plan de ciblage Montant dépensé dans les exercices de ciblage des projets	Appui au dispositif de suivi- évaluation des Programmes de Lutte contre la Pauvreté	
	Améliorer l'accès aux services sociaux pour les groupes vulnérables et assurer l'accès aux actifs et à la pleine jouissance de leur droit			

<i>Personnes handicapées</i>	Améliorer l'état sanitaire et la mobilité des personnes handicapées	<p>Nombre de personnes handicapées dotées d'appareils (par sexe, âge et zone de résidence)</p> <p>Prévalence de certaines maladies parmi les personnes handicapées (à <i>identifier</i>) par sexe, âge et zone de résidence)</p>	Mise en place d'un programme pour un meilleur accès aux centres de réadaptation fonctionnelle et aux matériels d'appareillage (aides techniques)	
	Promouvoir l'éducation et la formation des personnes handicapées	Nombre de personnes handicapées ayant reçu une formation quelconque (par sexe et filière)	Promotion de la scolarisation universelle des enfants handicapés par la mise en œuvre de programme national d'éducation intégratrice	
	Améliorer l'insertion économique et sociale des personnes handicapées	<p>Nombre de personnes handicapées ayant reçu un appui financier (à désagréger par sexe et secteur d'intervention)</p> <p>Nombre de personnes handicapées exerçant une activité économique (à désagréger par sexe et secteur d'intervention)</p>	Mise en œuvre du programme de réadaptation à base communautaire (RBC)	

<i>Femmes en situation de vulnérabilité</i>	Promouvoir les Droits des Femmes et des filles	<u>NB:</u> <i>promouvoir des droits c'est obtenir des résultats : tous les droits des femmes s'appliquent</i> Nombre d'observations du comité de droits de l'enfant jugées préoccupantes	Développement et mise en œuvre des activités de sensibilisation contribuant à l'élimination des violences et pratiques néfastes faites aux petites filles et aux femmes Développement d'un plan de communication pour un changement de comportement favorable à l'autonomisation des femmes	
	Améliorer la situation économique et sociale des femmes en situation de vulnérabilité	Montant alloué aux femmes ou groupements de femmes en situation de vulnérabilité Nombre de femmes en situation de vulnérabilité ayant bénéficié d'assistance financière	Mise en œuvre du plan d'actions de la SNEEG Mise à la disposition des femmes rurales des technologies et équipements appropriés de transformation et de conservation des produits	
<i>Enfants en situation de vulnérabilité</i>	Développer une stratégie de prise en charge et de réinsertion sociale des enfants en conflit avec la loi et des enfants en situation difficile	La stratégie est opérationnelle (développée et mise en œuvre (Oui/Non))	Renforcement des capacités socioéconomiques des familles défavorisées à prendre en charge les enfants en situation de vulnérabilité	

VI. REVUE DISPOSITIF DE SUIVI DU DSRP 2

VI.1 LE SECTEUR FORMEL

La revue l'ensemble des objectifs contenus dans la SNPS avec un diagnostic de la problématique et des actions initiées pour chacun de ces objectifs. Les principales préoccupations demeurent :

Initier des réformes pour la satisfaction des nouvelles attentes

il est prévu qu'une étude de faisabilité soit menée.

L'objectif principal de cette étude, qui va démarrer au courant de l'année 2008, est de fournir des indications précises sur les questions qui devront être traitées pour la création d'un *régime d'assurance retraite, invalidé* et d'un régime d'assurance maladie pour tous les travailleurs sénégalais qui exercent leurs activités en dehors du territoire national et/ou pour leurs familles qui sont restées au Sénégal.

Il est noté que le programme *de lutte contre l'évasion sociale* pourra éventuellement bénéficier aux systèmes volontaire de micro assurance santé de type communautaire ou professionnel volontaire en terme d'information- éducation- communication (IEC) pour élargir leurs bases d'adhésion dans la mesure où certaines enquêtes ont prouvé que le faible niveau d'adhésion tient essentiellement à un manque d'information.

La matrice de mesure, telle que réaménagée par les membres du sous groupe de travail à l'occasion de l'atelier organisé les 16 et 17 avril par la Cellule DSRP/MEF figure en *Annexe*

les questions relatives à l'évaluation budgétaire de certains objectifs méritent un traitement spécifique de la part des experts du Ministère de l'Economie et des Finances en particulier pour tous les programmes qui devront être menées après les études en cours qui ont déjà obtenu un financement.

VI.2. L'EXTENSION DE LA PROTECTION SOCIALE

Renforcement des MS et amélioration du système d'assurance maladie (OS1)

Les Limites

Les études¹¹ récemment menées sur l'évaluation de ces mécanismes ont toutes montré que la diversité des initiatives et l'absence de dispositif spécifique pour leur coordination et harmonisation constitue une des plus grandes faiblesses qui limite l'efficacité de ces mesures.

En dehors du plan SESAME et des schémas de couverture à travers les mutuelles de santé, ces initiatives ne produisent pas de grands effets sur l'objectif d'extension de la protection sociale même si elles peuvent avoir un effet d'atténuation de certains chocs.

Il n'est possible de mesurer l'effet sur l'extension de la couverture maladie des initiatives qui ont souvent un caractère ponctuel et partiel par rapport aux besoins des cibles.

Le mode de ciblage et de choix des bénéficiaires utilisé ne garantit pas toujours la transparence et l'équité de même que le mode de subvention via l'offre de soin ne garantit pas toute l'efficacité escomptée.

En effet, l'évaluation¹² commanditée par la CAFSP a largement montré que la mise en

place de ces initiatives a souffert d'une faiblesse de l'ingénierie sociale et institutionnelle lors de leur implantation. La gratuité concerne toute la prestation : acte (consultation ou accouchement) et médicaments. Mais seuls les médicaments (médicaments ou kits) sont remboursés dans le cadre de ces initiatives

. La gestion séparée qui a été mise en place, a eu un impact négatif sur le fonctionnement des structures de santé : désorganisation de la gestion du médicament¹³ et de la gestion des stocks plus généralement, risque de pénurie des dépôts de médicaments. Il en résulte des risques majeurs :

- réduction des primes de motivation du personnel,
- augmentation d'autres tarifs de prestations ayant pourtant une valeur ajoutée sociale élevée (vaccinations, échographies, ...)
- augmentation des taux de marge sur les médicaments.

Par ailleurs, il faut noter l'éventuel risque de dérapage des consommations en cas d'absence de contrôle efficace surtout pour le plan SESAME.

Mise en place des systèmes de prévoyance sociale pour les personnes exerçant le métier de l'agriculture et les acteurs économiques du secteur informel, de l'artisanat, ...

Il est à noter que le sous-secteur reste caractérisé par des faiblesses dont les effets peuvent agir comme des tendances lourdes susceptibles de menacer le développement des mutuelles de santé. Il s'agit entre autres, de :

- La faiblesse de l'appui de l'Etat au développement des mutuelles de santé (technique et financier)
- La faiblesse de la capacité contributive des ménages, surtout dans les mutuelles communautaires,
- L'inexistence de mécanismes de subvention par l'Etat et ses démembrements
- L'insuffisance de l'environnement juridique du développement des mutuelles de santé ; loi votée mais pas accompagnée d'un décret d'application
- La faible implication du personnel de santé dans la promotion des mutuelles de santé
- La faible implication des collectivités locales dans la promotion des mutuelles de santé
- La faiblesse dans la coordination des interventions d'appui aux mutuelles (structures d'appui et Ministère)
- L'absence de mécanismes de suivi et d'évaluation de la mise en œuvre des politiques et programmes
- La faiblesse de la capacité de gestion
- La faiblesse de la taille des MS communautaires

Mise en place des systèmes de prévoyance sociale pour les personnes exerçant le métier de l'agriculture et les acteurs économiques du secteur informel, de l'artisanat, ...

Les évolutions significatives dans ce sous secteur tiennent à l'expérimentation de

systèmes de protection sociale de grande envergure ciblant les populations du monde rural et du secteur informel. Ces régimes s'inscrivent carrément dans une approche protection sociale et couvrent un champ varié allant au-delà de la couverture maladie.

L'année 2007 a été surtout mise à profit pour dérouler les phases préalables relatives aux études de faisabilité et l'animation des processus participatifs pour retenir avec les parties prenantes les meilleures schémas et l'élaboration de plans de mise en œuvre de ces régimes.

Chaque régime a prévu un plan de financement dans lequel il est attendu de l'Etat une subvention pour la mise en place des régimes d'une part, et d'autre part une subvention pour la pérennisation du régime pour les ruraux.

Difficultés/Menaces

Si la volonté politique de l'Etat et l'engagement des principaux acteurs concernés ne font l'objet d'aucun doute en regard des avancées relevées plus, il n'en demeure pas moins que quelques inquiétudes sont soulevées relativement à certaines difficultés liées notamment :

- ✓ à la lenteur notée au niveau ministériel pour l'adoption des projets de textes relatifs au régime et la mobilisation effective de la subvention attendu de l'Etat
- ✓ à la faible capacité contributive des populations cibles,
- ✓ et l'hétérogénéité de la cible.

Par ailleurs, il faut souligner que le non respect par l'Etat de ses engagements techniques et financiers serait éventuellement la principale menace qui pourrait remettre en cause la mise en œuvre du régime. Les leçons doivent être tirées pour permettre une mise à disposition effective de la subvention prévue dans le budget 2008.

Mutuelle Sociale du secteur des transports routiers

Difficultés/Menaces

Les difficultés relevées ont trait particulièrement à la mobilisation des ressources financières nécessaires au déroulement de la phase pilote. Il est fortement attendu de l'Etat un appui pour résorber le gap de 249,8 tel que indiqué dans le plan de financement de la mutuelle. Sans ces ressources, les effets attendus de ce régime sur l'amélioration du taux de couverture des populations du secteur informel en matière protection sociale ne seraient que pures illusions.

Initiatives de mise en place de régimes pour les autres corps de métiers

Les cibles sont les acteurs culturels (musiciens, artistes, les sportifs, les artisans, les commerçants, etc.). Ce volet est à sa phase embryonnaire avec un portage par la CAFPSP du Ministère de la Santé qui n'en est qu'à l'étape de prise de contact et d'information avec les secteurs cibles.

VI.3. LA GESTION DES RISQUES DE CATASTROPHES

. Contraintes et limites des initiatives et actions de RRC

1. Les acteurs sont certes nombreux et volontaristes, mais il existe de réels problèmes de coordinations des actions de RRC.
2. Cet éclatement entre de multiples services et organismes n'est pas toutefois profitable à un traitement rapide du risque qui devrait systématiquement faire appel à une coordination institutionnelle, et une rapidité dans la riposte.
3. La politique de Réduction des Risques de Catastrophe nécessite alors une vision globale et non pas sectoriel de l'intervention, et doit être accompagnée de mécanisme de coordination des institutions et des décisions. Cela implique un type de gouvernance reposant sur l'information et la participation de tous les acteurs.
4. Les populations étant les premières à être affectées par les catastrophes, ont du mal à s'approprier la problématique de la réduction des risques de catastrophe.
5. Aucune formation n'est donnée aux populations, qui, très souvent, sont prises de cours par les événements catastrophiques

VI.4. LES GROUPES VULNERABLES

La couverture géographique initiale du programme RBC est limitée à douze départements et l'a été encore plus en 2007 avec la faible mobilisation des fonds BCI. Même si d'autres partenaires appuient ce programme, les droits des titulaires sont loin d'être réalisés avec la modicité des moyens, des ressources humaines et du financement.

En ce qui concerne le plan Sésame, plusieurs contraintes suivantes ont été soulevées. Le financement du programme s'est avéré insuffisant et le nombre de titulaires droits à cette mesure sous-estimé au départ. Les prestataires de soins assimilent la gratuité des soins à un privilège ou la charité et non à un droit. Le programme de communication accompagnant le Plan sésame est peu opérationnel. Le contrôle de la gestion des fonds pré-positionnés et la fiabilité de la facturation posent encore problème. La disponibilité des médicaments spécifiques aux maladies dont souffrent les personnes âgées n'est pas assurée. **La gratuité des soins a pu engendrer la stigmatisation.** Les spécialistes en gériatrie sont insuffisants en nombre pour couvrir la demande. La mobilisation des ressources constitue le principal obstacle à la mise en œuvre de cette sous-composante.

La non prise en compte de la dimension santé et prévention dans cette ligne d'action et l'insuffisance des moyens comme contraintes pour renforcer les capacités d'accueil des structures. La dépendance au budget des bailleurs est criarde et justifie les maigres réalisations dans ce domaine. De manière générale les interventions visant les capacités institutionnelles restent de faible portée empêchant les départements sectoriels, notamment le ministère de la famille de jouer le rôle attendu en terme de développement des politiques, de coordination des intervenants, de planification stratégique et suivi des interventions. Les interventions restent fragmentées, très ciblées sur des problèmes spécifiques avec des réponses de petite envergure. Cette faiblesse chronique de capacités institutionnelles ne permet pas de tirer suffisamment avantage de la disponibilité de ressources mises en place par le gouvernement ou les PTF ou des leçons tirées de projets existants depuis plusieurs décennies. **Le défi de la Coordination entre les services relevant du même ministère et entre différents ministères, demeure encore à relever.**

Les services en nationaux charge des programmes pour cette catégorie de populations ne maîtrisent pas les mécanismes existants de mobilisation des ressources PTIP. Les capacités techniques du personnel sont limitées. Le rattachement de projets de lutte contre la vulnérabilité dans des cabinets ministériels et non pas dans des directions pourtant plus compétentes pour les gérer et les mettre en œuvre. Avec les changements du personnel des cabinets ministériels consécutifs aux remaniements fréquents du gouvernement, ces projets ont accusé des retards dans leur mise en œuvre.

La Direction de la Famille a connu des difficultés dans l'élaboration du rapport de suivi de la mise en œuvre de la CEDEF à cause du manque des données pour analyser la situation des droits de la femme. Le questionnaire trop lourd pour établir le rapport sur cette convention a été difficile à maîtriser. Les points focaux genre désignés dans les ministères ont des capacités techniques limitées pour assumer leurs rôles. Les débats autour de l'ancrage institutionnel de l'observatoire sur les droits de la femme ont pris beaucoup de temps et retardé sa création.

Treize des vingt deux activités planifiées par la DSPS pour la période 2005-2007 n'ont connu la moindre réalisation pour diverses raisons dont l'insuffisance ou l'indisponibilité de crédits et l'absence de personnel qualifié. Il ressort que la préparation et la présentation des requêtes de financement et des documents de projets inscrits au PTIP souffrent d'un certain nombre de lacunes liées à un manque de formation et une faible capacité évaluative des chargés de programmes d'investissements du département de la jeunesse et une maîtrise insuffisantes par les services concernés des rouages du ministère chargé de l'Economie. Le ciblage des interventions du FNPJ est marqué par la concentration des projets dans la zone nord du pays. Les secteurs qui ont connu les taux d'agrément les plus élevés sont les cabinets médicaux et dentaires (41%) et les cabinets conseils (avocats et experts agréés) dont le champ d'intervention est encore essentiellement urbain et se concentrent habituellement dans la région de Dakar. Il est important de voir en quoi l'intervention du FNPJ a contribué à accentuer ou réduire les disparités régionales en matière d'offre de services dans ces deux domaines.

I. Le ciblage, le suivi et l'évaluation des actions dirigées vers les groupes vulnérables

Un grand nombre de catégories de population est en situation de vulnérabilité. Plusieurs ministères, agences, fonds et partenaires participent à la lutte contre la vulnérabilité de par leurs missions, leurs interventions et leurs cibles. Les principales structures nationales sont : (a) le Ministère de la Famille, de l'Entreprenariat Féminin et de la Micro-finance ; (b) le Ministère de la Santé; (c) le Ministère de l'Education; (d) le Ministère de la Jeunesse et de l'Emploi des Jeunes ; (e) le Ministère en charge de l'Agriculture, de l'Hydraulique et de l'Elevage ; (f) le Ministère de l'Intérieur; et (g) le Ministère de la Justice. Presque tous les autres partenaires au développement bilatéraux et multilatéraux contribuent à la lutte contre la pauvreté et la vulnérabilité, à des degrés divers. Cette situation justifie le besoin de ciblage pour plus d'efficacité des interventions.

VII PERSPECTIVES POUR L'ANNEE 2009

VII.1. LE SECTEUR FORMEL

VII.2. L'EXTENSION DE LA PROTECTION SOCIALE

Perspectives

Les réponses préconisées à travers cet objectif stratégique en terme d'actions prioritaires demeurent pertinentes mais elles doivent être renforcées par d'autres actions dans l'optique de corriger les limites relevées plus haut. En regard du dynamisme noté dans le secteur, des difficultés rencontrés et des opportunités offertes par le nouvel environnement institutionnel favorable, l'Etat se doit de marquer davantage son leadership et son rôle de catalyseur des dynamiques communautaires en faveur de l'extension de la protection sociale aux populations exclues des systèmes existants. Pour ce faire, de nouvelles actions prioritaires sont préconisées et doivent être traduites en projets ou programmes concrets pris en charge dans le cadre de la programmation du budget annuel du gouvernement. Il s'agit de prévoir dans la matrice des mesures du DSRP les priorités suivantes :

- ✓ Soutien matériel, financier et méthodologique aux structures faïtières et aux mutuelles de santé existantes et émergentes,
- ✓ Développement progressif de structures faïtières vers la création au moins d'une union par région
- ✓ Appui aux unions de mutuelles de santé dans le suivi des activités des mutuelles membres
- ✓ Appui aux initiatives de couplage micro assurance santé et micro finance (APROFES, PAMECAS, autres)
- ✓ Mise en œuvre d'un projet de démonstration de la mutualisation du risque maladie dans le cadre de la décentralisation
- ✓ Renforcement du cadre national de concertation sur la mutualité
- ✓ Mise en place d'une stratégie de communication pour la promotion des mutuelles de santé

L'amélioration des modalités de ciblage et d'identification des bénéficiaires de l'assistance médicale et l'amélioration de l'accès aux soins et aux médicaments essentiels pour les personnes atteintes d'affections lourdes et coûteuses, demeurent des mesures qui doivent être poursuivies et consolidées dans le cadre de cette stratégie. Des réformes urgentes sont nécessaires pour corriger les limites notées dans le mode de

subventionnement par l'Etat à travers l'offre de soins. Une distinction nette doit être faite entre la gestion des prestations de soins qui relève des structures de soins et la gestion du financement des soins qui doit relever de structures autonomes investies pour cette mission. Beaucoup de contre-performances déplorées dans le système de santé actuel trouvent leur explication dans cet enlèvement de l'offre de soin dans la gestion à la fois des prestations et une partie de leur financement à travers des dispositifs de

gratuité. Les changements à apporter à ce niveau doivent être renforcés par d'autres mesures prioritaires ainsi qu'il suit :

- ✓ La mise en place d'un système de pérennisation des initiatives de gratuité (Fonds d'achat, Fonds de solidarité). La faisabilité de ce système est en cours d'étude sur l'initiative du Ministère de la Santé et de la Prévention. Ce dispositif permettra de valoriser les acquis sur les initiatives de gratuité tout en améliorant le mode de financement et le ciblage des bénéficiaires. Il fera la promotion d'un système de contractualisation plus efficace entre l'offre de soins et les dispositifs spécialisés dans la gestion de la demande de soins comme les mutuelles de santé et les nouveaux régimes de protection sociale en cours de mise en place. De plus, ce système pourra apporter une plus value dans la recherche de financement au profit des groupes vulnérables en dehors des ressources de l'Etat c'est-à-dire auprès d'autres partenaires se retrouvant dans les objectifs poursuivis.
- ✓ L'extension de la gratuité à tous les groupes vulnérables (enfants de 0-5 ans, handicapés, indigents). Cette mesure aura un effet direct sur l'objectif d'extension de la couverture maladie. La levée des barrières financières pour ces groupes permet un recours plus rapide aux structures de soins avec comme impact la réduction du taux de mortalité infantilo-juvénile et la protection des familles cibles contre les chocs liés à la maladie.
- ✓ La mise en place des mécanismes d'articulation entre les initiatives de gratuité et le développement des mutuelles de santé. Il s'agit ici de faire évoluer la gratuité vers une approche préventive de couverture maladie impliquant les communautés de base. Cela devrait aider à crédibiliser davantage ces systèmes d'assurance communautaire dont le fonctionnement est essentiellement basé sur des ressources propres. Qui plus est, des études récentes auraient montré qu'ils offrent des avantages comparatifs dans l'identification, le ciblage des bénéficiaires et le contrôle de la consommation des prestations du fait surtout de leur proximité et de leur ancrage dans les réalités locales.

2.3.1.3- Perspectives

L'intérêt suscité par ce régime à la fois au niveau des décideurs politiques, des populations cibles à travers les organisations de producteurs et des différentes parties prenantes impliquées dans le processus, devrait justifier la poursuite des efforts déjà consentis et le renforcement de l'engagement de l'Etat et des partenaires au développement à accompagner étroitement la mise en œuvre de la phase pilote de ce régime. L'option prise pour une couverture à grande échelle (envergure nationale) selon une stratégie basée essentiellement sur les principes mutualistes tirant les leçons des expériences passées : forte assise communautaire, paquets de services couverts élargis et adaptés, gestion professionnelle et efficace, etc., confirme la pertinence d'un tel régime

par rapport l'objectif d'extension de la protection sociale. Il reste alors à faire montre de plus de pragmatisme dans l'accomplissement des étapes restantes du processus de mise en œuvre arrêté. Pour ce faire, il est préconisé les actions prioritaires suivantes pour compléter la matrice des mesures du DSRPII :

- ✓ Adoption des textes réglementaires
- ✓ Mise en place du dispositif de financement par l'Etat
- ✓ Mise en œuvre du plan d'action

2.3.2.3- Perspectives

Une prise en compte de ce régime dans les priorités du DSRPII est une urgence afin d'éviter toute cassure dans la bonne dynamique en cours où les acteurs bénéficiaires ont déjà fait montre de leur engagement en faveur de la mise en place de la mutuelle sociale. Des campagnes de sensibilisation ont été même initiées auprès de donateurs potentiels avec des réactions favorables ayant permis le financement de certaines étapes clefs relatives au démarrage comme la tenue de l'Assemblée Générale Constitutive de la mutuelle sociale.

VII.3. LA GESTION DES RISQUES DE CATASTROPHES

S'agissant du volet coordination de la culture de prévention et de gestion des risques et catastrophe la plateforme nationale de réduction des risques de catastrophe comme mécanisme de coordination des actions est acceptée mais son opérationnalisation n'est pas encore effective.

Toutefois toutes les parties prenantes de cette initiative sont favorables à l'idée. Un gap de 163 millions est à résorber car la contrepartie étatique n'est pas encore disponible de même que celle des partenaires techniques et financiers.

Concernant la promotion de stratégies et de mécanismes de prévention et de gestion des risques et catastrophes en appui aux plans nationaux il faut dire que la formulation est en cours mais il existe un gap de 80 millions qui s'il n'est pas résorbé peut occasionner des dysfonctionnements dans la démarche.

Pour le volet Maîtrise des accidents industriels majeurs et les inondations le budget est prévu mais non doté avec une contrepartie de l'Etat à hauteur de 315 millions. Des actions existent de manière éparse dans différentes structures malgré le manque de moyens logistiques et financiers.

En ce qui concerne la recherche et la formation sur le concept de risque de catastrophe nous pouvons remarquer dans le plan de travail du projet d'appui à la prévention et la gestion des risques de catastrophe des études au cours du deuxième et troisième trimestre. Ce volet est pris en compte dans le PAP avec un gap de 550 millions.

Quant à la réduction des facteurs de vulnérabilité dans les secteurs et le renforcement de l'assistance sociale aux groupes vulnérables un travail important a été fait dans le cadre de la SNPSGRC.

Cet aspect de la composante réduction des risques de catastrophe pris en compte dans

le DSRP avec un budget de 3060 millions devrait être intégré dans la composante Prévention et gestion des Risques de catastrophes.

Globalement les programmes et projets inscrits dans le PAP n'ont pas connu le niveau de réalisation escomptée malgré la bonne volonté des acteurs.

Depuis, Août 2007, le PNUD appuie Gouvernement du Sénégal pour la formulation d'un Programme National Multisectoriel de Réduction des Risques de Catastrophes de 750 000 \$ US qui devrait à partir de 2009, opérationnaliser la composante Prévention et gestion des Risques de catastrophes. Ce projet est financé à hauteur de 750 000 \$ US dont un fond de contre partie national

VII.4. LES GROUPES VULNERABLES

L'adoption de la loi d'orientation pour les personnes handicapées devrait consacrer les droits humains des personnes handicapées. C'est sous cet angle des droits qu'il faut placer l'éducation, la formation et l'accès à l'emploi des personnes handicapées. Les capacités techniques d'autres intervenants (Centre National d'Appareillage Orthopédique et les organisations des personnes handicapées) devraient être mises à contribution dans une approche plus participative. Le renforcement des capacités des acteurs et la mobilisation de plus de ressources pour cette sous composante s'avèrent nécessaire.

Une évaluation du Plan Sésame est actuellement en cours. La revue recommande une évaluation plus rigoureuse et indépendante impliquant toutes les parties prenantes, de façon à assurer la crédibilité et la transparence. S'agissant des autres objectifs concernant les aînés, des efforts doivent être consentis pour mobiliser les financements et les gaps de façon à mettre en œuvre les actions prioritaires y relatives.

Le Comité des droits de l'enfant recommande le renforcement de la DPDE en définissant exactement son mandat et son rôle et en la dotant de personnel dûment formé. Cette revue n'en dit pas moins. La revue recommande le renforcement des recrutements des éducateurs spécialisés, des moyens de la DESPS et de la DESPS, l'aménagement et l'équipement d'une infirmerie dans chaque centre de prise en charge des enfants en situation difficile, la mise en place d'un programme national de préventions des situations de risques et vulnérabilité chez les enfants et la mise en place d'un cadre de concertation regroupant les nombreux acteurs dans ce domaine.

Il s'avère nécessaire d'assurer la disponibilité des données concernant la femme et les familles pour rendre crédibles les rapports sur le suivi CEDEF. La recherche dans le domaine de la famille doit donc être intensifiée. Les ressources humaines nettement insuffisantes de la Direction de la famille et ses capacités opérationnelles constituent un frein à l'accomplissement de ses responsabilités

dans le cadre de la lutte contre la vulnérabilité. Le renforcement des capacités du personnel par des stages, des formations de courte durée sur les droits de l'homme et l'appui à la Direction de la Famille, même par des consultations sur des périodes de courte durée, ont été vivement recommandées.

L'offre de financement correspond à 10% du portefeuille des projets présentés, ce qui est très faible. On pourrait améliorer l'acceptation des projets par la formation des jeunes à l'élaboration des projets. L'évaluation des résultats du FNPJ devrait être conduite. La revue recommande aussi une évaluation des capacités du département de tutelle de la protection sociale des enfants vulnérables. Une redéfinition du rôle et responsabilités permettrait de repositionner le niveau central sur son rôle de développement de la politique de protection des enfants, de coordination des projets et de planification également. Elle devrait déboucher aussi sur les priorités requises pour le renforcement général des services d'assistance sociale avec notamment la redéfinition du rôle et des niveaux d'engagement des autorités locales et leur nécessaire implication dans la mise en réseautage des interventions locales. Les projets d'assistance en numéraire (cash transferts) ou les projets générateurs de revenus devraient aussi contribuer à réduire la pauvreté des familles les plus vulnérables et donc les plus faibles dans la protection des enfants.

VIII CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

VIII.1. LE SECTEUR FORMEL

VIII.2. L'EXTENSION DE LA PROTECTION SOCIALE

Le défi lié à l'extension de la protection sociale a suscité une réelle dynamique dans la recherche de réponses innovantes et appropriées à la fois au niveau des décideurs politiques, des acteurs de la société civile, des partenaires d'appui et des populations cibles elles-mêmes. Beaucoup d'initiatives ont été mises en œuvre pour matérialiser les orientations stratégiques indiquées dans ces documents mais force est de reconnaître aujourd'hui qu'on est encore loin de triompher des défis soulevés par l'exclusion de l'écrasante majorité de la population aux systèmes actuels de protection sociale. Il ressort aujourd'hui qu'en regard de l'acuité des risques sociaux, relevés comme facteurs déterminants de basculement ou de maintien dans la pauvreté, la protection sociale devient non plus seulement un moyen de lutte contre la pauvreté mais plus que cela, elle apparaît comme un facteur de développement dont la non prise en charge adéquate compromettrait tout progrès dans les autres secteurs de développement. De ce fait, aussi bien l'Etat, les partenaires au développement que les autres acteurs de la société civile autant que les populations à la base, devraient lui accorder plus place dans leurs préoccupations prioritaires mais surtout dans leur arbitrage budgétaire.

De façon plus spécifique, l'analyse de la situation actuelle de protection sociale à la suite du lancement du DRSP II permet de relever des constats et des enseignements qui peuvent se formuler ainsi qu'il suit :

➤ ***Sur la situation actuelle de la protection sociale***

- Le taux de couverture n'a connu qu'une légère évolution suite à la mise en œuvre effective du Plan SESAME qui a permis d'étendre la couverture maladie toutes les personnes âgées de 60 ans et plus. L'approche individualisée appliquée ici n'est pas sans soulever quelques questionnements quant à l'impact que cela produit sur la situation du ménage par rapport à la pauvreté. L'évaluation commanditée à cet effet par la CAFSP en partenariat avec l'USAID mérite d'être partagée et plus approfondie avec tous les acteurs concernés.
- Des acquis significatifs sont notés sur le cadre institutionnel et réglementaire relatif à la micro assurance maladie (mais beaucoup de faiblesses sont relevées relativement aux lenteurs dans la définition des conditions et modalités d'application des textes législatifs et réglementaires.
- Des ressources financières importantes sont mobilisées à travers une pluralité d'initiatives d'assistance de groupes vulnérables face à certaines maladies en l'absence d'un mécanisme approprié pour leur coordination et leur articulation efficace aux objectifs de protection sociale. Les ressources injectées à travers les initiatives de gratuité des soins sont estimées à 3,6 milliards¹⁴ en 2006.
- Les initiatives communautaires n'ont cessé de se développer à travers les mutuelles de santé malgré les difficultés énormes rencontrées dans leur fonctionnement.
- Le besoin d'une présence forte de l'Etat se fait sentir à tous les segments où existe des initiatives de protection sociale, qu'il s'agisse des projets d'expérimentation de régimes de protection sociale de grande envergure que ceux portés par les communautés de base

➤ ***Sur les réponses stratégiques préconisées dans le DSRP***

La pertinence des réponses stratégiques préconisées est largement confirmée par la situation de pauvreté qui caractérise les populations cibles, notamment celles du monde rural et du secteur informel.

➤ ***Sur l'état d'avancement de la mise en œuvre des régimes de protection sociale ciblés***

Des avancées importantes sont notées sur le plan de leur conception et la définition des modalités de mise en œuvre de leur phase pilote ; cela grâce avec une approche concertée et participative.. Le défi consiste maintenant à prendre à temps les mesures nécessaires pour répondre à ces attentes conformément aux engagements pris par les différentes parties prenantes. Du côté de l'Etat, il s'agira particulièrement de libérer à

temps opportun les subventions attendues et d'assurer efficacement son de veille et d'appui technique pour la mise en œuvre de ces régimes.

➤ **Sur les mécanismes de ciblage, de suivi et évaluation**

Le mode de ciblage des bénéficiaires appliqué ou prévu par les régimes de protection sociale existants ou en cours de mise en place se réfère essentiellement :

7 au statut de la personne selon l'âge (Plan SESAME)

8 au statut de la personne selon l'appartenance socioprofessionnelle (régimes ruraux/routiers)

L'une des limites de cette approche se trouve dans sa tendance d'uniformisation dans une même catégorie homogène plusieurs individus ou ménages qui peuvent être très différenciés dans la réalité du point de vue du degré de vulnérabilité ou de pauvreté. De même, en milieu rural les ménages ou les agriculteurs sans revenus ou de revenus très modestes qui ne sauront pas faire face à la cotisation de 3500 F par tête malgré la subvention, risquent être exclus en l'absence d'autres dispositifs tenant compte de leur situation de « plus pauvres ».

➤ **Sur les possibilités de répliquabilité à d'autres corps de métiers**

A ce stade d'évolution de ces régimes il est encore prématuré de se prononcer les possibilités de leur répliquabilité au profit d'autres corps socioprofessionnels.

➤ **Sur la participation des acteurs concernés**

L'institution de comité de pilotage pour chaque régime impliquant les acteurs concernés pour porter les différentes étapes de la réflexion, a permis d'obtenir un niveau de participation relativement satisfaisant.

L'implication plus forte dans les prochaines étapes de mise en œuvre de certains acteurs est souhaitée pour faciliter l'ancrage communautaire de ces régimes et leur articulation avec le processus de décentralisation.

IV- RECOMMANDATIONS GENERALES

En regard des enseignements tirés plus haut, il s'agira de poursuivre la dynamique indiquée à travers les objectifs stratégiques unanimement confirmés comme réponses pertinentes par rapport au défi de l'extension de la protection sociale. Pour ce faire les recommandations suivantes sont préconisées à l'endroit des décideurs :

- Instituer un mécanisme permanent de coordination et suivi de la mise en œuvre des stratégies qui aura pour mandat de veiller à l'harmonisation et la mise en cohérence des actions initiées dans le cadre de la stratégie ; de faciliter la mise à niveau des autorités concernées ; veiller à l'articulation de mesures retenues dans la matrice et les processus d'inscription budgétaire ;
- Instituer un mécanisme d'évaluation et de partage d'information sur les dispositifs de protection sociale avec tous les acteurs concernés ;

- Instaurer un mécanisme de contrôle de la fiabilité des données
- Renforcer les critères de ciblage des bénéficiaires des systèmes de gratuité et de protection sociale en général en intégrant la dimension pauvreté
- Favoriser une synergie entre les différents projets existants d'une part et d'autre part entre les initiatives de gratuité pour une meilleure optimisation des ressources
- Voir les possibilités de mise en synergie entre ce régime et le système d'assurance contre les risques agricoles en cours de mise en place avec l'appui de la Banque Mondiale

VIII.3. LA GESTION DES RISQUES DE CATASTROPHES

Recommandations sectorielles

1. Implication des Etats et collectivités locales dans la réduction des risques de catastrophes

- Clarifier les compétences des acteurs gouvernementaux dans le contexte de la décentralisation dans la gestion des risques liés aux catastrophes.
- Eriger la prévention des catastrophes en priorité nationale ;
- Elaborer des schémas directeurs d'aménagement et veiller à leur application ;

2. Appui institutionnel

- Créer / renforcer les institutions sous régionales qui s'occupent de la prévention et de la gestion des risques de catastrophes ;
- Créer des lignes budgétaires pour la prévention des risques de catastrophes (Etats, ONG...);
- Les partenaires au développement devront mieux appuyer les plans stratégiques de réduction des risques dans les programmes de développement ;
- Mettre en place un partenariat avec le secteur privé et les universités pour appuyer la recherche ;
- Créer un fonds d'intervention et de prévention des catastrophes.

3. Mise en réseau

- Créer des cadres de concertation pour gérer les catastrophes (Mise en réseau des instituts pour la gestion des catastrophes, synergie d'actions) ;
- Créer un réseau d'ONG et d'autres acteurs de partage d'informations pour la prévention et la gestion des risques de catastrophes ;
- Designer des points focaux locaux, nationaux. et régionaux ;
- Créer des réseaux communautaires d'animateurs de prévention.

4. Renforcer la communication / sensibilisation

- Mener des plaidoyers pour la prise en compte de la prévention et de la gestion des risques de catastrophes dans les DRSP ;
- Impliquer les leaders d'opinion (marabouts, artistes, etc.) pour la sensibilisation aux risques liés aux catastrophes ;
- Créer un forum électronique (liste de discussion) ;
- Renforcer les capacités, information / sensibilisation ;
- Créer un site Web ;
- Mettre en réseau les acteurs intervenant dans le domaine des risques de catastrophes dans les pays ;
- Organiser des restitutions au niveau local et national dans les pays d'origines des participants;
- Plaidoyer auprès des autorités et de la société civile ;
- Impliquer les médias (création d'un réseau de journalistes pour multiplier les messages sur la RRC) ;
- Assurer la fluidité de l'information entre les communautés, les États et les collectivités locales.

VIII.4. LES GROUPES VULNERABLES

A. Diagnostic situationnel

Le diagnostic de la situation de la vulnérabilité gagnerait à être mené selon l'approche axée sur les résultats (GAR) et l'approche basée sur les droits de l'homme (ABDH). L'adoption de cette combinaison d'approches a le mérite d'analyser les causes profondes de la vulnérabilité qui correspondent à des droits violés, les cadres institutionnel, politique et législatif de lutte contre la vulnérabilité,

les rôles et les capacités des titulaires de droits et des porteurs d'obligations eu égard à la vulnérabilité.

L'avènement des CDMT et CDSMT qui sont des instruments de la Gestion par Résultat, rend urgente la généralisation de l'application de la GAR et l'ABDH pour le DRSP.

Ce diagnostic a fait les constats suivants :

1) Au plan institutionnel,

La coordination pour une mise en cohérence de la planification, la programmation, l'exécution et le reportage est devenue un défi majeur pour cette composante.

Une vision politique cohérente et forte, fondée sur le constat que le développement social est lié au développement économique tout comme le développement économique est lié au développement social.

L'application de ces instruments internationaux et des mesures prises au plan national contribuerait à prévenir la vulnérabilité de manière décisive et rendrait obsolètes plusieurs programmes, projets ou interventions.

. La revue recommande fortement son application comme une priorité.

B. Mise en œuvre

Pour 2007, le PAP pour les groupes vulnérables avait budgétisé un montant de 32 613 millions CFA, avec un gap estimé à 20 425 millions soit 63 pour cent du montant total.

Avec une mise en œuvre si faible du PAP, il faut s'attendre à une faible performance dans la réduction de la vulnérabilité. **Cela implique aussi la nécessité de prioriser davantage les objectifs et actions prioritaires du DSRP.**

Les services visités ont soulevé plusieurs contraintes à cette faible réalisation des actions prioritaires du PAP. Quatre contraintes sont les plus fréquemment citées :

- Les ressources budgétaires sont nettement insuffisantes : la faible mobilisation des montants BCI, en comparaison aux montants programmés, en serait la raison majeure.
- L'imprévisibilité des ressources financières due à la trop grande dépendance de l'approche projet de l'aide publique au développement,
- Les capacités techniques en planification, suivi, évaluation, gestion des services impliqués dans la lutte contre la pauvreté sont insuffisantes pour leur permettre de prétendre à des résultats décisifs.
- Les mécanismes de suivi de l'exécution n'ont pas permis d'établir les dépenses en temps réel faute de liens codés entre les objectifs du

DSRP et les projets qui contribuent à leur réalisation.

C. Ciblage

Le ciblage est une stratégie importante dans la lutte contre la vulnérabilité. Il est en fait largement pratiqué par toutes interventions revues.

La réalisation d'études et de recherche portant sur la définition de mesures de la vulnérabilité contribuerait à affiner le ciblage. Leur coût doit être intégré et budgétisé dans les nouveaux programmes et projets.

D. Valeur ajoutée du DRSP

Cette interrogation est survenue pendant les discussions. Si l'exécution du PAP est si faible en 2007 quelle est alors la valeur ajoutée du DRSP ? son caractère fédérateur en ce qui concerne la vision et la planification des actions de lutte contre la pauvreté et la vulnérabilité. Bien exécuté, le DSRP consolide effectivement les liens entre allègement de la dette et réduction de la pauvreté. Les CDSMT permettent de faire ces liens. Le DSRP peut aussi contribuer à la généralisation de l'appui budgétaire. **Ils devraient être plus logiques et réalistes et éviter de tout de simplement dresser une liste d'activités et d'objectifs. La priorisation s'impose aussi aux services qui proposent des projets et programmes.**

la nécessité de renforcer la communication entre les différents acteurs. Par exemple, les responsabilités dans la mobilisation des gaps du PAP ne semblent pas être bien établies, selon nos investigations. La revue n'a pas pu analyser l'implication du niveau décentralisé dans la mise en œuvre du DSRP. C'est aussi une de ses limites.

Des acquis non négligeables sont notés de part et d'autres mais le secteur peine à atteindre sa vitesse de croisière du fait de l'insuffisance de l'engagement financier attendu de l'Etat à hauteur des ambitions escomptées. Les gaps financiers identifiés dans le PAP restent encore non résorbés faute d'inscription budgétaire. Parmi les nouveaux dispositifs prévus dans ce cadre, seul le Plan SESAME destiné à la couverture maladie des personnes âgées de 60 ans et plus, a bénéficié d'une inscription budgétaire exécutée pour l'année 2007.

Des ressources importantes ont été injectées dans le cadre des dispositifs déjà existants destinés à l'assistance aux groupes vulnérables notamment les systèmes de gratuités relatifs à la prise en charge des affections à soins coûteux, des accouchements et césariennes, du VIH/SIDA, etc.