

CHAPITRE 3 SANTE ET NUTRITION DE L'ENFANT

3.1 Situation générale

3.1.1 Situation sanitaire

A l'instar des autres pays d'Afrique au sud du Sahara, les jeunes enfants sont exposés à la malnutrition et aux infections au Sénégal, ce qui le place au 37^{ème} rang mondial des pays enregistrant un taux de mortalité chez les moins de 5 ans les plus élevés: 118 mort pour 1000 naissances, soit 43,000¹ décès par an chez les moins de 5 ans. Le paludisme, les infections respiratoires aiguës, la diarrhée, la parasitose intestinale sont les principales maladies portant atteinte à la vie des enfants. Bien qu'ayant baissé au cours des dernières décennies, le taux de mortalité chez les nourrissons et chez les moins de 5ans (MM5), ils demeurent cependant élevés (Tableau 3.1). Le taux de mortalité maternelle qui est un indicateur essentiel de la situation sanitaire des mères et qui pourrait avoir une influence directe sur le développement du nouveau-né, est l'un des plus élevés au monde, 560 pour 100 000 naissances vivantes. En conséquence, l'espérance de vie n'était que de 53 ans en 1999, avec 44,3% de la population avait moins de 15 ans.

Tableau 1.3.1 Indicateurs de base en matière de santé au Sénégal

	Taux de Mortalité Infantile (pour 1000 naissances)		Taux de mortalité chez les moins de 5 ans (pour 1000 naissances)		Espérance de vie à la naissance(années)	
	1960	1999	1960	1999	1970	1999
Sénégal	173	70	300	118	41	53
Afrique Subsaharienne	156	107	258	173	44	49
Pays en voie de Développement	141	63	222	90	53	63

Source: UNICEF 2001 La situation des enfants dans le monde 2001

Lorsque nous suivons l'évolution de ces taux de mortalité entre 1992 et 1999/2000 (voir tableau ci-dessous), il apparaît que celle-ci n'a pas été constante. Nous pouvons constater que le taux de mortalité infantile est passé de 76 en 1992 à 60 en 1996, pour ensuite remonter à 69 en 1997 et à 70 en 1999/2000. Comme le montre le tableau ci-dessous, la mortalité chez les moins de cinq ans s'est également détériorée entre 1997 et 2000. N'oublions pas que ces chiffres sont basés sur les données statistiques mais cependant, il est estimé que l'environnement sanitaires des enfants ne s'est pas beaucoup améliorée durant cette période.

¹ UNICEF. *The state of the world's children 2001*. 2001

Tableau 1.3.2 Evolution du taux de mortalité chez les enfants entre 1992 et 2000

	1992	1996	1997	1999/2000	Accroissement entre 92 et 00
TMI	76,0	60,0	69,4	70,1	-8%
MM5	156,7	154,0	139,3	145,3	-7%

Source: GOS/UNICEF (2000) Rapport de l'Enquête sur les Objectifs de la Fin de Décennie sur l'Enfance (MICS II 2000)

De même, le document intitulé MICS II dénote clairement la disparité entre zones urbaines et rurales en matière de taux de mortalité. Lorsque nous considérons le taux de mortalité pour chaque région, alors que Dakar enregistre les plus favorables taux (TMI; 55, MM5; 87 pour 1,000 naissance vivante), les taux enregistrés à Kaolack et Tambacounda dépassent de loin la moyenne nationale.

Tableau 1.3.3 Taux de mortalité infantile à Kaolack et à Tambacounda

Région	TMI	MM5
Dakar	54,8	87,40
Tambacounda	83,6	181,9
Kaolack	85,0	197,5
National	70,1	145,3

Source: MICS II 2000

Comme le montre le tableau ci-dessous, les conditions sanitaires sont de manière général loin d'être favorables, il est également à noter des écarts selon les niveaux de revenus et selon les lieux de résidence (urbain – rural), comme le montre le tableau ci-dessous. Cette estimation est basée sur l'enquête- ménages ayant permis de déterminer les différents statuts socio-économique en termes de revenus et de possession.

Il est évident que le TMI tout comme le TMM5 croît à mesure que le niveau de revenu baisse. De plus, tandis que la prévalence de la diarrhée, une des affections infantiles les plus répandues, s'applique à tous les niveaux de revenus, la différence dans les méthodes de traitement d'une catégorie à une autre n'a cependant pas été précisée. Les données relatives au taux d'immunisation selon les catégories de revenu n'étaient pas disponibles. Ces écarts devraient être bien pris en compte dans le choix des bénéficiaires, au moment de la planification des interventions.

Tableau 1.3.4 Condition sanitaire et indicateur de service selon les catégories de revenus et selon la résidence en milieu urbain-rural sénégalais (1997)

Indicateurs	Catégories					Moyenne Population
	Plus Pauvres	Second	Moyen	Quatrième	Plus Riches	
TMI	84,5	81,6	69,6	58,8	44,9	69,4
TMM5	181,0	179,9	145,3	102,9	69,6	139,4
Diarrhée -Prévalence	15,3	17,1	14,4	14,7	13,7	15,1

Traitement des Maladies *

Traitement de la Diarrhée (%)

-Utilisation RO	61,6	65,6	71,8	65,3	64,5	65,7
-Examen Médical	29,4	30,9	37,2	35,7	33,7	33,1
-% Examen au niveau de structure Publiques	26,3	27,6	33,3	27,5	26,5	28,2

Indicateurs					
Urbain	Plus Pauvres	Second	Moyen	quatrième	Plus Riches
TMI	--	(65,1)	60,1	55,0	39,7
TMM5	--	--	(120,2)	97,2	63,1
Rural					
IMR	84,9	82,9	72,2	67,2	(72,4)
TMM5	182,0	182,1	152,1	115,9	(103,4)

Note: * Prévalence indique le pourcentage d'enfants de moins de trois ans, quatre et cinq ans qui d'après les informations fournies par leurs mères ont eu une diarrhée lors des deux semaines précédant l'enquête. () ceci indique une grossière erreur d'échantillonnage du fait d'un petit nombre de cas.

Source: HNP/Poverty Thematic Group of the World Bank (2000), Socio-economic Differences in Health, Nutrition, and Population in Senegal

Le Tétanos néonatal est la principale cause de mortalité chez les enfants et découle principalement de l'insalubrité des conditions d'accouchement. Afin de prémunir les enfants contre le tétanos néonatal, les femmes doivent prendre deux doses de sérum antitétanique durant la grossesse, ainsi elles sont complètement immunisées. La proportion de femme ayant reçu cette injection durant la grossesse est passée de 52,7% en 1992 à 74,7% en 2000 (MICS II), cependant, il faudrait consentir plus d'efforts pour accroître ce taux de couverture.

La Tuberculose, la diphtérie, la coqueluche, le tétanos, la poliomyélite, la rougeole ainsi que la fièvre jaune sont les causes majeures de mortalité/morbidité chez les jeunes enfants, ces derniers peuvent être prévenus par le moyen de la vaccination. En 1999, le taux de couverture vaccinal chez les enfants âgés de 12 à 23 mois était 88,8% pour le BCG (contre la tuberculose), 51,8% pour les trois vaccins DPT (contre la diphtérie, la coqueluche et le tétanos), 48,8% pour les trois vaccinations par voie orale contre la poliomyélite, 47,9% pour le vaccin anti-rougeole et 33,3% pour la fièvre jaune (Tableau 1.3.5). Seul 30,3% de ces enfants ont reçu la totalité des vaccins.

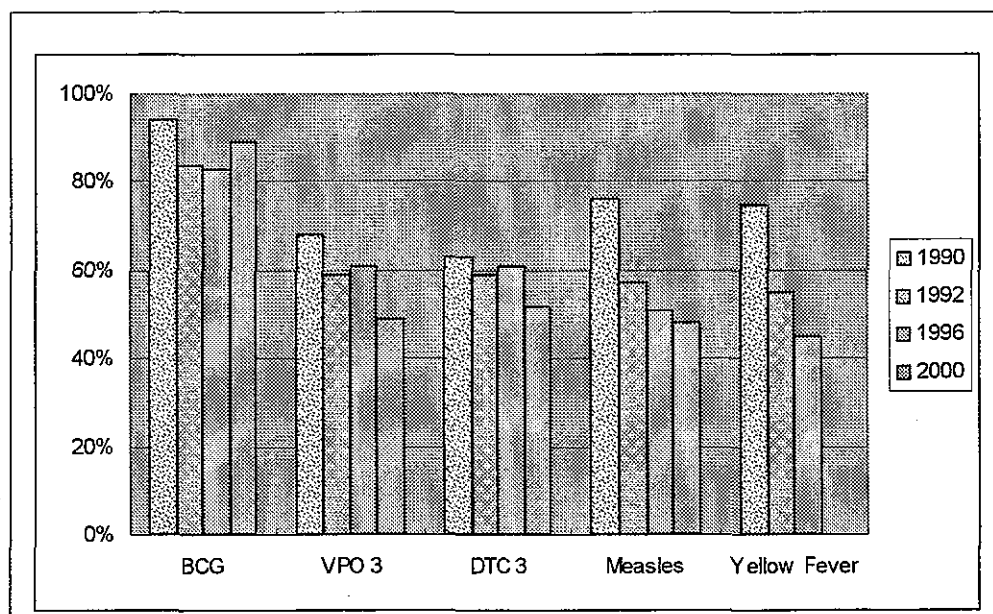
Tableau 1.3.5 Couverture vaccinale chez les enfants âgés de 12-23 Mois (%)

Antigène	Urbain	Rural	Sénégal
BCG	96,9	83,1	88,8
DPT3	67,0	40,9	51,8
OPV	77,7	47,8	48,8
Rougeole	78,7	51,8	47,9
Fièvre Jaune	N/D	N/D	33,3

Source: Enquête Sénégalaise sur les Indicateurs de Santé (ESIS) 2000

Cependant, comme le montre le graphique ci-dessous, le taux de couverture vaccinal s'est Plutôt détérioré. A l'exception du BCG les taux de vaccination VPO3, DTC3 et anti-rougeole ont baissé entre 1990 et 2000, à l'échelle nationale. Ceci pourrait s'expliquer par le fait qu'il y a eu une grève prolongée du syndicat des travailleurs de la santé entre 1997 et 2000. Durant cette période, le dispositif de suivi des vaccination n'a pas fonctionné de façon appropriée.

Figure 1.3.1 Evolution de la couverture vaccinale entre 1990 et 2000



S'agissant de la baisse du taux de vaccination, Kaolack et Tambacounda ne dérogent pas à la tendance. Comme nous l'avons récapitulé dans le Tableau 3.6, dans les deux régions les taux de vaccination pour le DPT3, l'OPV et la rougeole est largement en dessous de la moyenne nationale. Il faudrait s'attendre à ce que ces taux entrave les efforts de réduction du TMI et TMM5.

Tableau 1.3.6 Evolution du taux de couverture vaccinale dans les deux régions(%)

Antigène	Kaolack		Tambacounda		National	
	1996	2000	1996	2000	1996	2000
BCG	79,0	73,4	76,0	76,4	83,0	88,8
DPT3	56,0	32,9	49,0	38,6	61,0	51,8
OPV	56,0	31,2	50,0	28,4	61,0	48,8
Rougeole	46,0	29,6	43,0	34,4	57,0	47,9

Source: MICS 2000

Il a été établi que les cas de déshydratation causés par la diarrhée, les IRA (principalement la pneumonie) et le paludisme sont les principales cause de décès chez mes enfants, ici au Sénégal. Les IRA peuvent être définis comme étant une toux accompagnée d'une respiration rapide ou difficile. D'après l'étude MICS II (2000), la proportion d'enfant de moins de cinq ans ayant eu une diarrhée, une IRA et une forte fièvre (symptôme du paludisme) au cours des deux dernières semaines, au moment où l'étude avait été menée était de 26,1%, 6,6% et 20,5%, respectivement. La prévalence de la diarrhée a été plus élevée à Tambacounda (35,0%), suivi de Kaolack (32,6%) et Diourbel (32,1%). Pour ce qui des IRA, Kaolack enregistre un taux de prévalence beaucoup plus élevé, dépassant même deux fois la moyenne nationale.

Tableau 1.3.7 Distribution régionale des cas de morbidité chez les enfant de moins de cinq ans au cours des deux dernières (%)

	Diarrhée	IRA	Fièvre
Kaolack	32,6	13,2	27,9
Tambacounda	35,0	5,7	31,7
Kolda	27,7	6,9	26,9
Fatick	31,1	7,0	24,7
Diourbel	32,1	6,6	24,9
Saint-Louis	22,0	5,0	15,8
Louga	17,7	3,9	10,1
Ziguinchor	21,8	6,9	20,6
Thiès	24,9	4,5	15,1
Dakar	20,4	5,4	16,2
Total	26,1	6,6	20,5

Source: UNICEF (2000) Rapport de l'Enquête sur les Objectifs de la Fin de Décennie sur l'Enfance (MICS II 2000)

3.1.2 Situation nutritionnelle

(1) Généralités

Dans le cadre de la dernière Etude nationale, l'enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS II) a révélé que la prévalence des insuffisances pondérales (poids par rapport à l'âge), le retard de croissance (taille par rapport à l'âge) et l'émaciation (poids par rapport à la taille) chez les moins de 5 ans a été respectivement de 18,4%, 19,0% et 8,3%, avec une légère prédominance des garçons sur les filles (Tableau 1.3.8).

Tableau 1.3.8 Prévalence de la malnutrition chez les moins de 5 ans (%)

	Retard de croissance	Insuffisance pondérale	Emaciation
Garçons	20,0	19,3	9,4
Filles	17,1	16,4	7,3
Total	19,0	18,4	8,3

Source: MICS II 2000

La chétivité ou le retard de la croissance linéaire, est identifié comme étant l'un des principaux signes de malnutrition chronique, qui est étroitement liée au statut socio-économique de la famille. Ce phénomène est plus accentué dans la région de Tambacounda (24,0%). D'autre part, la région de Kaolack enregistre la prévalence d'émaciation ou de la malnutrition aiguë la plus élevée (14,0%) (Tableau 1.3.9). Pendant que la pauvreté est à l'origine de la malnutrition infantile, la précarité alimentaire, le manque de connaissance des bonnes pratiques nutritionnelles, les maladies endémiques, le manque d'eau potable et une mauvaise hygiène mis ensemble peuvent exacerber la santé et le statut nutritionnel de l'enfant, particulièrement en zone rurale.

Tableau 1.3.9 Prévalence de la malnutrition chez les enfants de moins de 5 ans selon la région (%)

	Retard de croissance	Insuffisance pondérale	Emaciation
Kaolack	19,3	24,7	14,0
Tambacounda	23,8	24,0	11,5
Kolda	23,2	22,2	9,4
Fatick	23,2	19,7	8,4
Diourbel	18,9	18,5	8,0
Saint-Louis	14,9	19,3	12,1
Louga	17,7	17,9	7,3
Ziguinchor	20,0	19,3	5,8
Thiès	17,2	15,2	5,9
Dakar	17,2	12,8	6,5
Total	19,0	18,4	8,3

Source: MICS II 2000

(2) Les habitudes diététiques

Au Sénégal, l'aliment de base est le riz alors que le pain est le type d'aliment le plus consommé au petit déjeuner. Pendant les périodes de soudure, le riz est souvent remplacé par le mil ou le maïs. Bien que localement cultivé dans les régions où il y a assez d'eau pour inonder les rizières (c'est par exemple les régions de Saint Louis et Casamance) le riz est en général importé. Le plat national typique est le *Tiéboudienne*, qui est fait à partir du riz cuit dans une sauce consistante avec du poisson et des légumes. L'arachide étant cultivé presque partout à travers le Sénégal, le riz à la sauce d'arachide, communément appelé *mafé* est très populaire. Le mil et le maïs sont transformés en farine pour la préparation. En milieu rural, ce travail est fait à la main avec un grand

mortier et un pilon en bois, ce qui parfois dure des heures. La farine de mil est mise à la vapeur puis mouillée légèrement avec de l'eau jusqu'à ce qu'elle s'épaississe en un « porridge » consistant que l'on mange avec les doigts. Le Sénégal est un pays riche en poisson, légumes (exemple : oignon, tomate, pomme de terre, patate douce, gombo, haricot) et en fruits (pamplemousses, mandarines, oranges, banane, goyaves, papaye et mangues), mais leur disponibilité dans le marché dépend du milieu et de la saison. La consommation de protéine animale (viande, poisson, œufs) tout en étant élevé en milieu urbain (Dakar), reste en revanche très limitée en campagne. Par conséquent, l'insécurité alimentaire saisonnière et la pauvreté de l'alimentation peuvent avoir un effet négatif sur le statut nutritionnel des populations rurales, particulièrement celui des enfants.

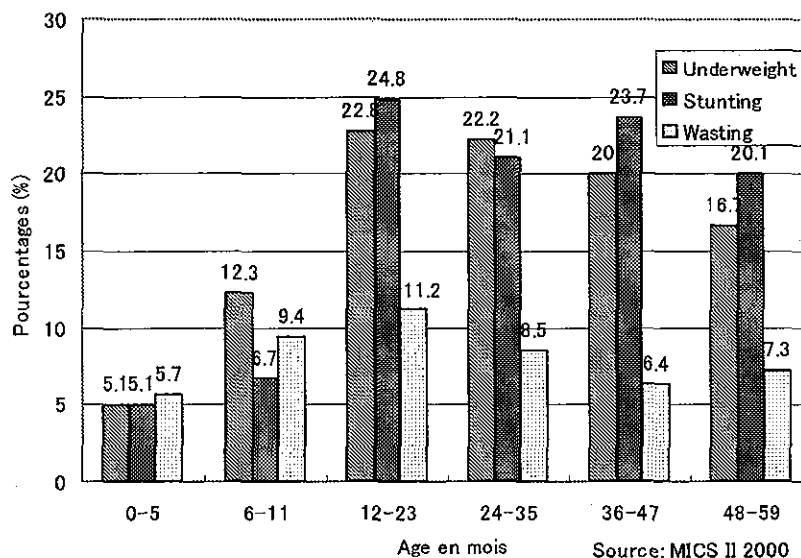
(3) L'allaitement maternel

L'importance du rôle du lait maternel est maintenant reconnue, non seulement pour son apport en nutriments nécessaires à la croissance de l'enfant, mais également pour sa contribution au développement du système immunitaire de l'enfant. L'allaitement maternel est très populaire au Sénégal où plus de 90% des enfants en bénéficient jusqu'à 12 ou 15 mois. Dans les premiers précédant la naissance du bébé, le sein produit une petite quantité de lait jaunâtre que l'on appelle *colostrums* et qui est riche en protéine, en anticorps, en globules blancs et en éléments de croissance. Certains pensent que le colostrum n'est pas bon pour le bébé alors que c'est exactement ce dont l'enfant a besoin dans ses premiers jours pour résister aux infections et préparer ses intestins à la digestion et à l'absorption du lait mature qui sera ensuite produit par la mère. L'on dit qu'au Sénégal, 44% des bébés têtent pas le colostrum dans les 24 heures suivant la naissance². D'ailleurs le MICS II a révélé que seul 23,5% des mères pratiquent l'allaitement maternel exclusif dans les quatre premiers mois, tandis que beaucoup d'autres introduisent diverses sortes de liquides/d'aliments trop tôt, ce qui souvent induit la diarrhée chez les bébés. D'autre part, il a également été fait cas du retard dans l'introduction des aliments d'appoint ; seul 63,6% des enfants entre 6 et 9 mois reçoivent l Le riz est es aliments d'appoint en même temps que le sein.

Le Graphique 1.3.2 indique la prévalence en insuffisance pondérale, en retard de croissance et en émaciation par groupe d'âge et en mois. L'augmentation rapide de la prévalence d'insuffisance pondérale et de retard de croissance, à partir de 6 – 11 mois à 12 – 23 mois illustre l'absence de pratiques nutritionnelles appropriées pendant les premières années précédant la naissance.

² UNICEF. Analyse de la situation de l'enfant et de la femme au Sénégal 2000.2001

Figure 1.3.2 Prévalence de la malnutrition chez les enfants de moins de 5 ans



Le poids à la naissance est un bon indicateur du retard de croissance intra-utérine, qui est fortement conditionné par la situation nutritionnel de la mère. Les enfants qui pèsent moins de 2,500g à la naissance sont classés dans la catégorie des poids faibles à la naissance (PFN). Les données ont montré que 13,4% des enfants sont nés avec un PFN. Il faut cependant noter que la plupart des accouchements en milieu rural ont lieu à domicile où le poids à la naissance n'est pas mesuré; et que ceux d'entre eux qui sont pesés pourraient constituer un échantillon biaisé représentatif de toutes les naissances, comme c'est le cas pour la région de Tambacounda où le pourcentage de PFN n'était que de 4,2%³.

(4) Maîtrise des déficiences en micro nutriment

Vitamine A

Le système immunitaire du corps ne peut pas fonctionner normalement sans une certaine quantité de vitamine A. Une carence en vitamine A peut endommager les couches de la peau, des yeux et la bouche, la paroi de l'estomac et le système respiratoire. L'enfant atteint de Carence en Vitamine A (CVA) est plus exposé aux infections, lesquelles plus le système immunitaire est endommagé plus sont sévères. La CVA augmente le risque de mortalité ou de cécité pour l'enfant. C'est là la cause de cécité infantile la plus répandue dans les pays en voie de développement. On estime qu'en fournissant les quantités de vitamine -A₁ nécessaires, soit par renforcement nutritionnel soit par complément en vitamine sous forme orale aux populations atteintes, il est possible de réduire de 50% la mortalité infantile causée par la rougeole et de 40%

³ Ministère de la Santé. *Enquête Sénégalaise sur les Indicateurs de Santé (ESIS) 1999. 2000*

celle qui est causée par les maladies diarrhéiques. Le taux global de mortalité chez les enfants âgés de 6 à 59 mois peut être réduite à 23%⁴. L'UNICEF et l'OMS recommandent aux pays qui ont un taux de mortalité dépassant 70 pour 1000 naissances, ou ceux où la CVA constitue un problème de santé public, de mettre en place un programme de contrôle de la CVA. Au Sénégal, les programmes de complémentation en vitamine A pour les enfants âgés de 6 à 59 mois ont été aménagés au niveau des Journées Nationales de Vaccination (JNV), permettant ainsi une grande couverture de ce groupe d'âge (84,4%). Etant donné que la vitamine A ne peut être stockée dans le foie que pour une durée de 4 à 6 mois, l'idéal serait que les enfants reçoivent les complémentations deux fois par an. Une autre journée nationale d'administration, communément appelée Journées Nationales des Micros Nutriments (JNMN) a été créée en 2000 par le SNAN Service National de l'Alimentation et de la Nutrition⁵ avec l'appui de l'OMS, de l'UNICEF et de BASICS. Depuis lors, cette journée est organisée deux fois dans l'année, une journée pour la vitamine A et l'autre pour le fer. Une autre couche de population qui est exposée à la CVA, celle des femmes enceintes pour qui les soins prodigués lors des visites prénatales sont toujours insuffisants.

Le Sel Iodé

L'iode est important pour la fabrication de thyroxine, une hormone produite par les glandes thyroïdes, utilisée dans plusieurs fonctions vitales du corps, la croissance et la reproduction. La déficience en iode dans les premiers moments du fœtus peut en affecter négativement le développement neurologique, entraînant ainsi le déséquilibre, à des degrés divers de certaines fonctions cognitives chez l'enfant. La forme la plus sévère en est le crétinisme. A travers le monde, les Troubles Causés par une Déficience en Iode (TCDI) sont la principale cause des lésions cérébrales ou retard mental induites. En outre, les TCDI sont désignés comme la cause de la mortalité néonatale, à la mortalité à la naissance et fausses couches. Les TCDI sont localisés dans les zones où le sol n'est pas riche en iode, induisant ainsi une faible teneur en iode dans les produits agricoles et l'eau locale. Bien que le sel marin soit dépourvu de toute teneur en iode, le poisson marin ainsi que quelques algues marines ont une teneur en iode. Dans les zones où les TCDI sont très répandus, le goitre, la forme la plus visible de TCDI est fréquent chez les enfants en âge d'être scolarisés et les femmes ayant atteint l'âge de la reproduction. L'iodation du sel est une solution efficace et pas coûteuse pour lutter contre les TCDI. Lorsque suffisamment iodé, le sel doit contenir 15 ppm d'iode ou plus. Grâce aux efforts du gouvernement du Sénégal, la proportion de ménages consommateurs de sel iodé est passée de 9,0% en 1996 à 31,3% en 2000 (MICS II). A

⁴ Ces estimations sur le document OMS/UNICEF (1999), Nutrition Essentials : A Guide for Health Manager

⁵ En mars 2004, c'est devenu la Direction de l'Alimentation, de la Nutrition et de la Survie de l'Enfant (DANSE)

Tambacounda et à Kolda où les TCDI ont été endémiques, la consommation de sel iodé est quasi prévalant, 53,6% et 37,8% respectivement. Les usines de sel sont localisées à Kaolack, Fatick et Saint-Louis où le sel est déjà en partie iodé. Paradoxalement, la proportion de ménages qui consomment le sel iodé est plus faible dans ces régions qu'ailleurs.

Le Fer

Le Sénégal enregistre l'un des taux de mortalité maternelle les plus élevés, 560 pour 100 000 naissances vivantes, et à Tambacounda le taux de mortalité dans la région a été estimé à au moins 1200 pour 100 000 naissances vivantes en 1999. L'anémie causée par la carence en fer (ACF) est réputée fortement associée à la mortalité maternelle, augmentant ainsi les risques d'hémorragie et de septicité lors de l'accouchement. Les femmes enceintes et les enfants sont plus exposés à la carence en fer, car cet élément est indispensable pour une croissance rapide et pour la fabrication de nouvelles cellules. Les infections telles que le paludisme et les ankylostomiase les prédisposent à une anémie sévère. Dans le cadre de l'initiative de Bamako, le fer est commercialisé au niveau des pharmacies locales sous forme de comprimés (en moyenne six comprimés à 200 FCFA), mais nous en savons peu de la consommation effective chez les femmes enceintes.

3.1.3 Santé de la reproduction et planning familial

Au cours de ces dernières décennies, il s'est opéré une meilleure prise de conscience par rapport à la nécessité de faire valoir la santé de la reproduction et le planning familial, de le but de veiller à l'état de santé des femmes enceintes et des nouveau-nés. Des études ont montré que les grossesses rapprochées pourraient en retour être une cause de mortalité et de morbidité aussi bien chez les nouveau-nés que chez leurs frères et sœurs et avoir le même un effet négatif sur les naissances à venir. Les mariages précoces qui souvent causes de grossesses précoces sont une pratique traditionnelle fréquentes au Sénégal, plus particulièrement en milieu rural, d'où un taux de fertilité élevé de 119 pour 1000 chez les adolescentes de 15 à 19 ans⁶. Il n'est donc pas surprenant que le taux moyen de fertilité atteigne 5,2⁷. Le Tableau 3.10 indique le Taux Global de Fécondité (TGF) par catégorie de revenu ainsi que les Taux Spécifiques de Fécondité selon l'Age⁸.

⁶ United Nations, Population Division, *World Population Monitoring, 2000: Population, gender and development 2001*

⁷ UNCEF, *Analyse de situation de l'enfant et de la femme au Sénégal 2000. 2001*

⁸ Comme les sources de données sont variées, les données concernant le taux de fécondité sont légèrement différentes

Tableau 1.3.10 Population et indicateurs de service par catégorie de revenu au Sénégal (1997)

Indicateurs	Catégories					Moyenne Population
	Très Pauvres	Pauvres	Moyens	Quatrième	Riches	
TGF	7,4	6,8	6,2	5,2	3,6	5,7
Taux Spécifique de Fertilité selon l'Age *	189,0	147,0	109,0	83,0	36,0	103,0
Visites Prénatales (%)						
-personne ayant reçu une formation médicale	66,8	71,5	87,0	94,5	96,3	82,0
-Médecin	4,0	5,3	4,0	4,1	17,3	6,4
-Infirmier ou sage-femme qualifiée	62,8	66,2	83,0	90,4	79,0	75,6
Accouchement Assisté (%)						
-personne ayant reçu une formation médicale	20,3	25,4	45,3	69,3	86,2	46,5
- Médecin	1,0	1,3	2,3	3,8	10,4	3,4
- Infirmier ou sage-femme qualifiée	19,3	24,1	43,0	65,5	75,8	43,2
-% Structure publique	23,2	29,7	46,1	65,3	67,7	44,6
-% Structure privée	0,2	0,4	1,4	4,0	13,8	3,4
-% à domicile	75,8	69,3	51,6	30,0	17,5	51,3
Usage de méthode de Contraception moderne **	1,0	1,6	4,8	11,6	23,6	8,1

Note: * Le Taux Spécifique de Fécondité par Age correspond au nombre de naissance pour 1000 femmes âgées de 15 à 19.

** Femme mariées utilisant présentement des méthodes de contraception modernes.

Source: HNP/Poverty Groupe Thématique de la Banque Mondiale (2000), Différences Socio-économiques en matière de Santé, Nutrition et Population au Sénégal

La fourniture de soins prénatales appropriés aux femmes enceintes et d'assistance à l'accouchement a un effet directe sur la santé de la femme. Le Tableau 1.3.10 indique que les femmes issues des catégories les plus démunies reçoivent moins de soins prénatales et sont moins assistés à l'accouchement. Dans certaines zones, on incite les femmes à accoucher au niveau des structures de santé, disposant d'équipements médicaux plutôt qu'à la maison, par l'application de tarifs plus élevés à ce qui ont accouché à domicile.

La couverture contraceptive demeure très faible (13,0%) en dépit des efforts fournis à ce jour par le gouvernement du Sénégal pour augmenter la disponibilité et l'accès à l'information et à l'éducation relatives au planning familial. Les méthodes contraceptives peuvent être divisées en deux ensembles. Le premier regroupe les méthodes modernes telles que les pilules, les injections, les contraceptifs intra-utérins (CIU), les condoms et la stérilisation. Le deuxième regroupe les méthodes traditionnelles. Les avantages du planning familial sont bien connu (espacement adéquat des naissances par exemple) bien que beaucoup de femmes rurales ignorent tout des méthodes contraceptives, 45% à Tambacounda et 30% à Kaolack. Il est aussi indéniable qu'il y a un large faussé entre la connaissance et la pratique de ces méthodes. L'ESIS révèle que 86,9% des femmes mariées connaissent les pilules mais seulement 11,1%

d'entre elles s'en servent réellement. Le tableau 3.11 indique que la proportion des femmes mariées utilisant les méthodes contraceptives traditionnelles et/ou modernes, ou uniquement modernes pour chaque région. Dans les deux cas, Tambacounda enregistre les seconds chiffres les plus faibles.

De même, comme le montre le Tableau 3.10, l'utilisation des méthodes de contraceptions modernes est plus courante chez la strate des riches.

Tableau 1.3.11 Proportions des femmes mariées qui utilisent réellement les contraceptifs

Régions	Méthodes traditionnelles et/ou modernes	Méthodes modernes seulement
Kaolack	6,5	5,1
Tambacounda	5,8	4,6
Kolda	6,1	5,1
Fatick	7,9	5,1
Diourbel	4,3	3,3
Saint-Louis	12,9	11,2
Louga	6,2	4,6
Ziguinchor	13,1	9,7
Thiès	13,0	9,1
Dakar	23,1	18,6
Total	10,5	8,2

Source: ESIS 2000

La promotion de la contraception est entravée par un certain nombre de facteurs, entre autres la conception des hommes qui préfèrent avoir un grand nombre d'enfants pour symboliser leur opulence et le manque d'instruction chez les femmes. D'après le MICSII, au Sénégal 63% des femmes en âge de reproduction ne sont instruites.

3.2 PNDS, PDIS et autres politiques du gouvernement

(1) Le programme national pour la santé et le développement social

Le chapitre 14 de la Constitution du Sénégal stipule que « l'Etat et les collectivités locales ont la responsabilité sociale de veiller à la santé physique, morale et mentale de la famille. » Le Ministère de la Santé a élaboré le plan décennal PNDS (Plan National de Développement Sanitaire et Social) pour la période 1998-2007 conformément à la Déclaration de Santé et de l'Action Sociale de 1989 et les efforts faits par le gouvernement pour mettre en œuvre des stratégies destinées à résoudre les divers problèmes de santé. Le PDIS (*Programme de Développement Intégré de la Santé et de l'Action Sociale*) lancé en 1998, couvre les priorités des cinq premières années du PNDS(1998-2002). Bien que le PDIS soit officiellement terminé en 2002, quelques activités de ce programme sont encore en cours pour être complétées. Le PNDS Phase II 2004-2008, nom temporairement donné à la seconde phase du PDIS, est en préparation.

Dans le PNDS, l'accent a été mis sur les onze objectifs stratégiques identifiés, dans le but d'améliorer le secteur de la santé, qui empiète sur plusieurs autres domaines, notamment la réforme institutionnelle, l'amélioration des services, de la prise en charge et de la prévention:

- 1) Réformer le cadre légal et statutaire du secteur de la santé ;
- 2) Améliorer l'accès aux services ;
- 3) Améliorer la qualité des soins ;
- 4) Développer les ressources humaines ;
- 5) Accroître les performances des programmes de santé reproductive ;
- 6) Renforcer le contrôle des maladies endémiques et la surveillance
épidémiologique ;
- 7) promouvoir les mesures de protection individuelle et collectives par l'hygiène et
l'assainissement ;
- 8) appuyer le secteur privé et la médecine traditionnelle ;
- 9) développer la recherche opérationnelle ;
- 10) améliorer le cadre de vie des familles démunies et des groupes sociaux
vulnérables ;
- 11) fournir un appui institutionnel au niveau central, régional et des districts.

Parmi les objectifs ci-dessus, les suivants sont prioritaires et incorporés dans le PDIS.

- La réduction de la mortalité infantile par l'élimination des maladies diarrhéiques, de la malnutrition, des maladies ciblées par le PEV et les autres maladies endémiques locales.
- La réduction du taux de mortalité maternelle grâce à la mise en place d'un système de surveillance des femmes enceintes.
- La réduction du taux de fécondité en renforçant le planning familial, le taux de scolarisation des femmes et le taux d'inscription des filles à l'école.
- L'amélioration des moyens d'existence des familles démunies en assurant leurs accès aux services sociaux de base.

Pour ce qui est de la politique sanitaire, des efforts seront faits pour assurer une plus grande équité dans les services sanitaire, une plus grande disponibilité des médicaments de base et un meilleur accès aux services de santé. L'amélioration des services de santé,

notamment, les soins de santé primaires, les soins prénataux, la couverture vaccinale, les soins obstétricaux d'urgence, la chirurgie d'urgence, les MST, et la prévention des VIH/SIDA devraient à terme contribuer à réduire les taux de mortalité infantile et maternelle.

De même, sur le plan institutionnel, pour la mise en œuvre du PNDS, les rôles et contributions des ONG et des structures de formation devront être renforcés à tous les niveaux. Pour ce qui est des besoins financiers, il est envisagé l'intégration entière des finances provenant de pouvoir central, le financement sur fonds propres de l'Etat et l'aide extérieure. Pour les besoins de la gestion globale du PNDS et du PDIS, la Cellule d'Appui et de Suivi du PNDS/PDIS a été mise sur pied.

(2) Le PNF (Plan National de Formation)

Parallèlement au PDIS, le gouvernement a mis en place le PNF (Plan National de Formation), pour la période 1997- 2002. Dans le cadre de ce plan reposant sur la projection de la demande en personnel médical, les infirmiers et le personnel de soins de santé primaire reçoivent une formation au niveau des institutions publiques. Les principaux modules de formation sont : la Cartographie sanitaire, les techniques d'informations, notamment le Systèmes de Gestion Informatiques, les soins obstétricaux d'urgence, le contrôle des médicaments, la santé communautaire et la gestion hospitalière.

Dans ce même ordre d'idée, en l'an 2000, le gouvernement a décidé d'appuyer la formation des infirmiers par le secteur privé pour pallier le manque absolu de ressources humaines. Les priorités identifiées pour l'année 2002 sont les suivantes :

- Construction et Réhabilitation d'Hôpitaux régionaux ; Fatick, Kolda et Ziguinchor ;
- Amélioration de la gestion hospitalière ;
- Soins obstétricaux d'urgence ;
- Création d'indicateurs spécifiques pour le suivi des activités et des résultats attendus ;
- Démarrage et évaluation des activités de recyclage au niveau régional ;
- Elaboration d'un plan de développement des ressources humaines pour chaque région.

Comme les activités du PDIS, les activités de ce plan sont encore en cours, et la seconde phase du Plan est à l'état de processus de planification.

(3) Document Stratégique de Réduction de la Pauvreté

En outre, Le gouvernement a élaboré le Document Stratégique de Réduction de la Pauvreté, publié en octobre 2001, dans lequel les objectifs à moyens et longs termes sont définis afin d'améliorer les services sociaux de santé en faveur des populations démunies. Ces objectifs sont les suivants : 1) amélioration de l'accès aux services de santé pour les démunis ; 2) développement des services de santé au niveau de la base ; et 3) amélioration des conditions d'hygiène dans la zone rural et périurbaine.

En outre, les objectifs suivants sont définis comme prioritaires:

- 1) amélioration des prestations de services de santé dans les zones où la situation sanitaire et le niveau de pauvreté sont alarmantes,
- 2) promotion de l'accès aux médicaments en faveur des groupes les plus vulnérables,
- 3) développement d'attitudes et de comportements destinés à prévenir certaines maladies.

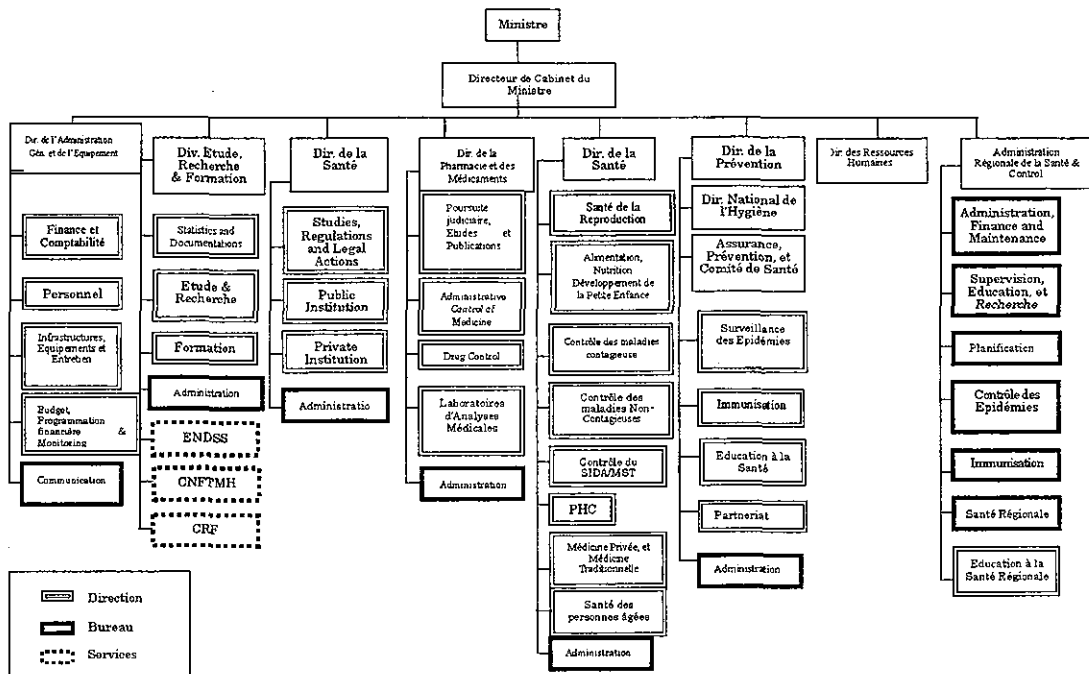
3.3 Institutions et structures intervenant dans la santé et la nutrition infantiles

3.3.1 Dispositif organisationnelle du Ministère de la Santé et de la Prévention

Au Sénégal, c'est le Ministère de la Santé et de la Prévention qui s'occupe principalement de santé et de nutrition jusqu'en 2004. Le MSP a été transformé en Ministère de la Santé, de l'Hygiène et de la Prévention en septembre 2001 et la même année la Direction de la Prévention lui a été rattachée. Ensuite le Ministère a été restructuré en Ministère de la Santé et de la Prévention en septembre 2003. Cependant ce Ministère a été divisé en deux Ministères : le Ministère de la Santé et le Ministère de la Prévention et de l'Hygiène Publique qui sépare l'Hygiène de la Direction de la Prévention⁹. L'Organigramme du MSP avant la restructuration d'avril 2004 est présenté ci-dessous.

⁹ La finalisation sur le personnel et la démarcation entre les deux Ministères sont en cours depuis début mai 2004.

Figure 1.3.3 Organigramme du Ministère de la Santé et de la Prévention



- 1) La Direction de l'Administration générale et de l'Équipement comprend quatre divisions et un bureau de gestion. Sa mission est de préparer et d'exécuter le budget. Elle conçoit la politique en matière d'acquisition d'infrastructure et d'équipement, de réalisation et de maintenance. Cette direction assure également l'administration et la gestion du personnel. Bien qu'il ait été prévu de déplacer la Division du Personnel vers la Division des Ressources Humaines, cela n'a pas encore été complètement fait.
- 2) La Direction des Études, de la Recherche et de la Formation comprend trois divisions et un bureau de gestion. Elle est chargée de la promotion et de la coordination de la recherche opérationnelle dans le domaine de la médecine sociale, la formation initiale et continue ainsi qu'à la collecte de statistiques médicales. Elle est étroitement liée aux institutions Universitaires et autres institutions impliqués dans la recherche et la formation médicale. *L'École Nationale de Développement Sanitaire et Sociale (ENDSS), le Centre National de Formation des Techniques de Maintenance Hospitalière (CNFTMH) et le Centre Régional de Formation (CRF).*
- 3) La Direction des Établissements de Santé comprend trois divisions et un bureau. Elle est chargée de la conception et du suivi de la mise en œuvre de la politique de l'État en matière d'hôpitaux et d'établissements de santé. Elle

est aussi chargée de promouvoir la participation des établissements privés de santé au service publique.

- 4) La Direction des Pharmacies et Médicaments comprend quatre divisions et un bureau de gestion. Elle a pour mission la conception et le suivi de la mise en œuvre de la politique et des programmes relatifs aux pharmacies et aux médicaments. Elle est aussi chargée de : a) de veiller à l'application des textes législatifs et réglementaires relatifs aux pharmacies, aux médicaments, aux réactifs utilisés dans les laboratoires d'analyses médicales, aux substances toxiques, à l'alcool et aux appareils médicaux; b) de réglementer l'exercice de profession pharmacienne et de contrôler les laboratoires d'analyses médicales privés ; c) de réglementer et d'assurer la promotion de la pharmacopée traditionnelle.
- 5) La Direction de la Santé comprend huit divisions et deux bureaux. Elle est chargée de la conception et du suivi de la mise en œuvre de la politique et des programmes de santé. Elle met un accent particulier sur la santé maternelle et infantile ainsi que la lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles. Elle est aussi chargée de la réglementation de l'exercice des professions médicales et paramédicales, du contrôle des cabinets médicaux et paramédicaux ainsi que de la réglementation et de la promotion de la médecine traditionnelle. Elle assure la coordination de tous les programmes relevant de sa compétence.
- 6) La Direction de la Prévention comprend quatre divisions et un bureau de gestion. Elle est de l'élaboration et du suivi de la mise en œuvre de la politique de prévention. Elle est notamment chargée de l'immunisation et de la surveillance épidémiologique, de l'information, de la sensibilisation et de la communication en matière de santé ainsi que du développement du partenariat extérieur. Elle est en outre chargée du contrôle sanitaire aux frontières ainsi que de l'élaboration et de contrôle de l'application de la réglementation en matière d'hygiène.

Le Service National de l'Education pour la Santé (SNES), relevant de la division de l'éducation pour la santé, mène une campagne de sensibilisation concernant tous les aspects de la santé tels que : la lutte contre le paludisme, la vaccination, la nutrition y compris la promotion de l'allaitement maternel, le planning familial etc. Elle dispose de bonnes ressources pour l'éducation sanitaire dont quelques 2000 films vidéo en langue française. Mais certains d'entre eux sont traduits en langues locales. Depuis avril 2004, cette Direction

est devenue un Ministère indépendant. Cependant la fonction de cette Direction n'a pas encore été définie clairement à ce jour.

- 7) La Division des Ressources Humaines a été officiellement établie en 2003 par Décret du Ministre, et a rattaché la Division du Personnel à la Direction de l'Administration Générale et de l'Équipement et la Division de l'Éducation à la Direction de l'Étude, de la Recherche et de la Formation. Cependant cela n'a pas encore été réalisé en quelque sorte.
- 8) Les Régions médicales, notamment pour L'Administration et le Contrôle des services Médicaux au niveau Régional sont chargées d'assurer l'inspection et le contrôle des structures sanitaires publiques et privées au niveau régional, d'assurer la coordination technique de toutes les structures régionales de santé, d'assurer la coordination technique de toutes les structures régionales de santé, d'assister les structures régionales de santé dans leurs tâches administrative, de gestion et de planification, d'organiser la formation continue des personnels sanitaires de la région, y compris le personnel communautaire, d'assurer le traitement statistique des données sanitaires de la région et d'assurer la surveillance des endémies locales.

3.3.2 Institutions de formation

Au Sénégal, l'*Université Cheikh Anta Diop (UCAD)* et l'*Ecole Nationale de Développement Sanitaire et Social (ENDSS)* sont les principales écoles de formation des professionnels de la santé. L'UCAD forme les docteurs en médecine, les dentistes, et les pharmaciens. L'ENDSS est créée en 1992 et enseigne 14 spécialités réparties en trois départements. Le département d'Études de base en sciences de la santé forme les infirmiers, sages-femmes, prothésistes, techniciens de l'hygiène, et les préparateurs en Pharmacie. Le département d'études en sciences sociales forme les assistants et aides sociaux. Le département d'études spécialisées en sciences de la santé assure la formation et le perfectionnement des techniciens supérieurs en anesthésiologie, biologie, enseignement et administration, technologie de rayon X, kinésio thérapie, odontologie et en ophtalmologie pour ceux qui ont acquis quatre ans d'expérience professionnelle. La Direction des Études, de la Recherche et de la Formation du Ministère de la Santé et de la Prévention dispose aussi de programmes de perfectionnement pour les professionnels de la santé, y compris les infirmiers et sages-femmes. Il existe aussi plusieurs écoles privées reconnues aux rangs desquelles figurent l'Institut Services Santé de Dakar (pour les infirmiers et sages-femmes), et l'école Monseigneur Ndione de Thiès (pour les infirmiers).

Au Sénégal, l'UCAD dispose d'un programme de troisième cycle destiné à la formation des nutritionnistes. L'*Ecole Nationale de Formation en Économie Familiale et Sociale*

(ENFEFS) forme en deux ans des diététiciens qui vont assurer la thérapie diététique dans les hôpitaux et institutions rattachées.

Quant aux Agents Sanitaires communautaires (ASC), c'est la Division de des Soins de Santé Primaires de la Direction de la Santé, Ministère de la Santé et de la Prévention qui est chargée de leur formation. Le Projet pour le Développement des ressources Humaines dans le Domaine de la Santé a démarré depuis 2002 sous l'initiative de la JICA, dans le but de renforcer les capacités des ASC au niveau communautaire. Par ailleurs, plusieurs organisations internationales (telles que BASICS/USAID et Africare) ont des sessions de formation pour les ASC.

3.3.3 Budget alloué à la prise en charge sanitaire et à la nutrition

Le pourcentage du budget de l'Etat alloué Ministère de la Santé et de la Prévention a tourné autour de 8% au cours des dernières décennies et est doté d'un taux de croissance de 0,5% par an. Le budget total du PNDS pour la période 1997-2008 est estimé à 336 milliards de FCFA (les charges du personnel exclues), dont 40% pour les dépenses d'investissement, 57% pour les coûts récurrents et 3% pour la formation. Plus de la moitié des ressources allouées à chaque structure est destinée aux soins de santé primaires et secondaires, l'accent étant mis sur la réforme pharmaceutique afin d'améliorer l'accès aux soins de santé pour les démunis.

Le tableau ci-dessous indique la répartition du budget du PDIS entre le personnel, le fonctionnement des programmes et les dépenses d'investissement. La part du budget allouée au personnel, au fonctionnement des programmes et aux dépenses d'investissement est respectivement de 31,2%, 42,6% et 26,2%. Le comité de santé est la cellule locale chargée de la mise en œuvre de l'Initiative de Bamako. C'est à elle que les populations versent les frais de médicaments et de traitements au niveau des hôpitaux et autres infrastructures de santé.

Tableau 1.3.12 Budget du PDIS (1998-2002)

(Unité: million FCFA)

	Personnel	Fonctionnement des Programmes	Dépenses d'investissement	Total	(%)
Gouvernement	63.672	49.131	10.677	123.480	(53,9)
Comités de santé	2.210	22.655	0	24.865	(10,9)
Autorités locales	4.697	6.410	1.832	12.939	(5,6)
Partenaires extérieurs	1.000	19.326	47.505	67.831	(29,6)
Total	71.579	97.522	60.014	229.115	(100)

Source: Ministère de la Santé 2001⁹

Le tableau ci-dessous indique la répartition du budget annuel de 1998 à 2002 du PDIS, en fonction des sources de revenus et des dépenses effectuées. Il apparaît que 40 à 50 milliards de FCFA ont été attribués aux soins de santé entre 1998 et 2002. Sur le

⁹ Ministère de la Santé. *Programme de Développement Intégré de la Santé. Rapport Financier PDIS au 30/06/2000*. 2001

Rapport d'Evaluation, il est indiqué que le budget initialement prévu était insuffisant ; par conséquent il a été augmenté chaque année et, au total il est monté jusqu'à 39%.

Tableau 1.3.13 Revenus estimés et dépenses annuelles et exécution financière du PDIS :1998-2002

(Unité: million FCFA)

	1998	1999	2000	2001	2002	Total
Sources						
Gouvernement	21.196	22.786	24.793	26.441	28.264	123.480
Comités de santé	4.500	4.725	4.961	5.209	5.470	24.865
Autorités locales	2.200	2.378	2.571	2.781	3.009	12.939
Partenaires extérieurs	12.429	16.515	13.967	12.473	12.447	67.831
Total des revenus	40.325	46.404	46.292	46.904	49.190	229.115
Affectation	1998	1999	2000	2001	2002	Total
Personnel	13.193	13.747	14.308	14.878	15.453	71.579
Fonctionnement des Programmes	17.210	18.237	19.106	20.629	22.340	97.522
Dépenses d'investissement	9.922	14.420	12.878	11.397	11.397	60.014
Total des dépenses	40.325	46.404	46.292	46.904	49.177	229.115
Dépenses Effectives*	37.157	51.946	61.995	75.456	92.205	318.759

Source: : Ministère de la Santé 2001, *Evaluation Finale du PDIS 29-02 (Novembre 2003)

3.4 Infrastructures, personnel et services disponibles

3.4.1 Structure générale

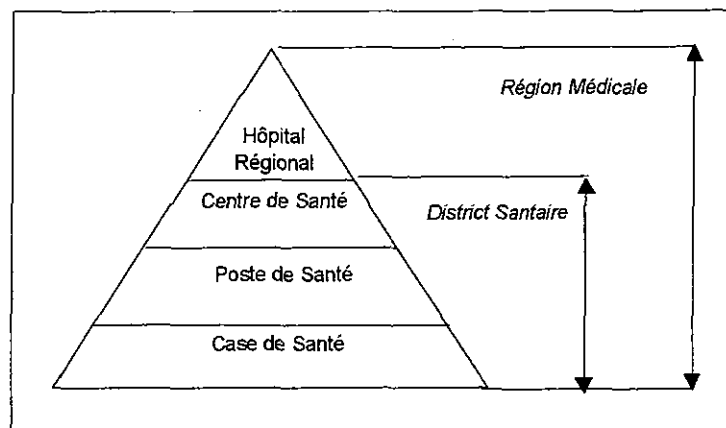
Le Système Médical du Sénégal peut être divisé en trois niveaux principaux :

- A) Le niveau périphérique, correspondant au District Sanitaire ;
- B) Le niveau régional, correspondant à la Région médicale;
- C) Le niveau central, correspondant au Ministère de la Santé et de la Prévention

A) Le Sénégal compte 50 Districts Sanitaires. Chaque districts compte au moins un centre et un réseau de poste de santé, et couvre en moyenne 100.000 à 150.000 habitants. En principe, le District Sanitaire correspond aux districts administratifs mais il arrive qu'un district administratif soit divisé en deux ou plus de deux Districts Sanitaires. Les postes de santés sont généralement localisés au niveau des Communautés Rurales ou des fois au niveau des villages fortement peuplés. La population couverte doit être approximativement 10 000 habitants et les villages doivent être localisés à moins de 15 km du poste de santé. Après les postes de santé, nous avons les cases de santé gérés au niveau des villages et les maternités villageoises, cependant, il est dit qu'aujourd'hui la plupart d'entre elles ne sont pas tout à fait opérationnelles. Il y a également les structures de santé privés, en l'occurrence les cabinets médicaux et dentaires, particulièrement à Dakar. Le

- système d'orientation des patients du niveau communautaire vers les hôpitaux régionaux est matérialisé ci-dessous.
- B) La Région Médicale correspond sur le plan administratif à la région et assure l'administration et la gestion des hôpitaux régionaux et départementaux. Les services et offices suivants sont interconnectés au niveau régional : le Service Régional des Maladies Endémiques, la subdivision régionale du Service d'hygiène, le Service Régional de l'Education pour la Santé, le Bureau Régional de l'Alimentation et de la Nutrition, le Centre Régional de la Protection Maternelle et Infantile, le Service des Statistiques des Soins de Santé Primaires, le Service Régional d'Approvisionnement des Pharmacies.
 - C) Au niveau central, c'est la Division des Institutions Publiques de la Direction de la Santé, Ministère de la Santé et de la Prévention, qui est responsable de la coordination et de la gestion globales des hôpitaux régionaux et autres infrastructures de santé de tout le pays.

Figure 1.3.4 Pyramide du secteur de la santé au Sénégal



3.4.2 Infrastructures équipements et personnel

(1) Les hôpitaux

Il existe onze régions et chacune d'elles est supposée avoir un hôpital régional. Cependant, il y a deux régions dont les hôpitaux ne sont pas opérationnels à cause d'une carence en ressources humaines et une région nouvellement créée, celle de Matam, où un hôpital est en phase de préparation pour sa construction en 2004.

Dans le cadre du PNDS, les hôpitaux régionaux jouissent d'un statut autonome sur le plan du fonctionnement et de la gestion. Chaque hôpital est dirigé par un médecin chef régional mais le nombre d'agents varie d'une région à l'autre. Cependant, il y a sept Centres Hospitalier Universitaires qui sont tous localisés à Dakar : Dantec, Fann, Albert

Royer, Hôpital Abass Ndao, hôpital psychiatrique de Thiaroye, hôpital général de Grand Yoff et l'Hôpital Principal qui a un statut spécial. activités dans 6 mois.

(2) Les centres de santé

Comme nous l'avons expliqué dans la section précédente, chacun des 50 districts est doté au moins d'un centre de santé, il existait 52 centre de santé en 1999. Le nombre de centre varie en fonction des régions. Dakar dispose de 10 centres, Thiés 9 alors que les régions Kolda et Ziguinchor n'en ont que 3 chacune. Chaque district est coiffé par un médecin chef.

(3) Les postes de santé et cases de santé

En zone rurale, la Communauté Rurale assure la gestion, la construction, l'équipement le fonctionnement et la gestion des postes de santé, des cases de santé et des maternités rurales. Le nombre de postes de santé a augmenté au cours de la décennie précédente en passant de 733 en 1994 à 1206 en 1999. En outre, le gouvernement déclaré dans le PDIS que 231 nouveaux postes de santé seraient construits, et 166 autres postes seraient rénovés. Chaque poste dispose de plusieurs infirmiers et de sages-femmes mais d'aucun docteur. Il existait 1694 cases de santé en 1999, chacune d'entre elles est doté de plusieurs matrones et d'Agents Sanitaires Communautaires. Le tableau ci-dessous montre qu'au Sénégal, le taux de couverture en termes d'infrastructures et de personnel est bien en deçà des normes de l'OMS.

Tableau 1.3.14 Taux de couverture en termes d'infrastructures et de personnel sanitaire

(Unité: personne)

	Taux de couverture au Sénégal	Normes de l'OMS
Infrastructure		
1 poste de santé pour	11 500	10 000
1 centre de santé pour	175 000	50 000
1 hôpital for	545 800	150 000
Personnel de santé		
1 docteur pour	17 000	5 000 à 10 000
1 infirmier pour	8 700	300
1 sage-femme pour	4 600*	300*

* femmes en âge de procréer

Source: ESIS 2000

Parallèlement à l'inadéquation des infrastructures sanitaires faisons remarquer les disparités dans la distribution des infrastructures et du personnel entre les zones urbaines et rurales (en particulier pour Dakar).

3.5 Programmes médicaux et nutritionnels en cours

(1) Les programmes gouvernementaux

Conformément au PNDS et au PDIS, chaque Direction du Ministère de la Santé et de la Prévention suit son propre programme. Il y a dix principaux programmes considérés à cause de leur importance : 1) *Le Programme National de Lutte Contre le Paludisme (PNLP)*, 2) *Le Programme National de Lutte Contre le SIDA (PNLS)*, 3) *Le Programme National de Santé de la Reproduction (PNSR)*, 4) *Le Programme National Elargi de Vaccination (PEV)*, 5) *Le Programme National de Nutrition et d'Alimentation*, 6) *Le Programme National de Lutte Contre la Bilharziose*, 7) *Le Programme National de Lutte contre la Cecite*, 8) *Le Programme National de Lutte Contre la Lepre*, 9) *Le Programme National de Lutte Contre l'Onchocercose*, et 10) *Le Programme National de Lutte contre la Tuberculose*. En plus des programmes sus mentionnés, les programmes beaucoup plus étroitement liés à la Santé de l'Enfant en comportent d'autres.

1) Programmes pour la survie de l'enfant

La Direction de la Santé est chargée de coordonner les programmes pour la Survie de l'Enfant, à savoir, le P.E.V, la *Lutte Contre les Maladies Diarrhéiques (LMD)*, le *Programme de Nutrition et d'Alimentation*, le PNLS, et le programme de lutte contre *l'Infection Respiratoire Aigue (IRA)*. Ces programmes sont exécutés au niveau des Districts Sanitaires à travers la coordination des divisions compétentes du Ministère central.

Les stratégies utilisées pour mettre en œuvre le PDIS à travers ses programmes sont principalement: la *Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME)*, le *Paquet d'Activités Intégrées de Nutrition (PAIN)*. Ces stratégies sont particulièrement indispensables pour la Survie de l'Enfant.

En 1998, dans le cadre de la principale stratégie nutritionnelle pour ces programmes, un Paquet d'Activités Intégrées de Nutrition (PAIN) fut introduit. Ce paquet comporte les sept composantes suivantes, les Agents Relais Communautaires sont sensés mener les activités préconisées en direction des populations.

1. Promotion de l'allaitement maternelle exclusive sur 4-6 mois ;
2. Promotion de l'adoption de régimes complémentaires appropriés combinés à l'allaitement maternelle de 4-6mois à 24 mois ;
3. Prévention de la carence en vitamine A chez les mères, les nouveau-nés et les jeunes enfants;

4. Maîtrise de la carence en fer chez les femmes enceintes ;
5. Suivi pondéral des enfants de 0 à 36 mois ;
6. Promotion de la consommation régulière de sel iodé ;
7. Soins nutritionnels appropriés pour les enfants après une maladie.

La Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME), est une autre stratégie grâce à laquelle les différents programmes peuvent être synchronisés. Dans la plupart des cas les enfants souffrent de plusieurs maux qu'il est impossible de diagnostiquer en une seule fois. Le PCIME est une stratégie intégrée, prenant en compte les différents facteurs susceptibles de sérieusement menacer l'enfant. Il permet d'assurer le traitement combiné des principales maladies infantiles (infection pulmonaire aiguë, maladies diarrhéiques accompagnées de déshydratation, rougeole, paludisme et malnutrition) en mettant l'accent sur la prévention des maladies à travers des pratiques d'immunisation et une nutrition améliorée. Le PCIME a été développé par l'UNICEF et l'OMS et adopté comme une stratégie du Ministère de la Santé dans plus de 60 pays. Le PCIME agit à trois niveaux : Ministère de la Santé (politique) ; Infrastructures sanitaires (performances du personnel) ; et au niveau communautaire (comportement des responsables)

2) Le Programme de Nutrition Communautaire (PNC) et Programme de Renforcement de la Nutrition (PRN)

Le PNC a démarré en 1996 pour une période de cinq ans, avec pour objectif de freiner la détérioration des conditions nutritionnelles des groupes les plus vulnérables habitants dans les pauvres quartiers périurbains. Le programme avait été financé par la Banque Mondiale et la KFW, alors que la complémentation alimentaire était fournie par le Programme Alimentaire Mondial (PAM). Le projet était géré par l'AGETIP (Agence d'Exécution des Travaux d'Intérêt Public), une structure privée avait été créée pour mettre en œuvre le projet dans le cadre d'une convention signée avec le gouvernement. Le projet était régulièrement suivi par la Commission Nationale Interministérielle de Lutte contre la Malnutrition localisée au niveau de la présidence. Environ 400 Centres de Nutrition Communautaire ont été construits entre 1996 et l'an 2000. Chaque CNC a recruté 460 à 600 bénéficiaires, constitués de femmes enceintes de six mois, de mères allaitant des bébés âgés de moins de 6 mois et des enfants âgés de 6 à 35 mois. Ces derniers n'étaient autorisés à bénéficier du projet que pour une période de six mois, durant lesquels les services suivants leur étaient fournis : a) suivi pondéral mensuel

des enfants ; b) une complémentation en aliments pour les victimes de malnutrition avec une farine à base d'ingrédients locaux ; c) orientation vers les services de santé des enfants et femmes enceintes n'ayant pas été vaccinés ; d) sessions hebdomadaires d'éducation à la nutrition et à la santé pour les femmes. Dans la plupart des cas, le centre a abrité une garderie. La seule particularité des PNC était l'implication d'associations de jeunes, de groupements féminins et de Groupement d'Intérêt Economique (GIE) composés de quatre jeunes sans emploi, en qualité de prestataires de services pour le projet. Ces derniers avaient au préalable bénéficié d'une formation auprès des structures de formation locales. Lorsque le PNC a pris fin en 2001 le gouvernement a commencé à prendre en charge le coût de fonctionnement des CNC avec l'appui de la KFW.

Il semblerait pourtant que du fait de difficultés financières, certains des CNC ne fonctionnent plus. La Commission Nationale de Lutte contre la Malnutrition a été transférée de la présidence à la primature, où le PNC a été remplacé par un nouveau programme : «le Programme de Renforcement de la Nutrition (PRN)» financé par la Banque Mondiale pour la période 2002 – 2011.

3) Service national de la santé et de la reproduction (SNSR)

L'activité principale du SNSR est la dissémination des services de santé de la reproduction, dont le planning familial par le canal de structures de santé locales telles que les centres et postes de santé. Le SNSR est abrité par la Direction de la Santé de la Reproduction du Département Santé du Ministère de la Santé et de la Prévention.

(2) La coopération internationale

Le PNDS et le PDIS du Ministère de la Santé et de la Prévention ont bénéficié de l'appui de plusieurs organismes internationaux; comme la Banque Mondiale, la Banque Africaine de Développement et l'UE etc. Il y a en outre plusieurs interventions dans le domaine de la santé et nutrition, qui sont menées par les institutions gouvernementales, les ONG, et les partenaires au développement.

La Banque Mondiale apporte son appui à la DANSE (*Division de l'Alimentation, de la Nutrition et de la Surveillance Epidémiologique*), dans le cadre de la mise en œuvre du PAIN au niveau de Dakar, Thiès, Diourbel, Kolda et Tambacounda. La Banque Mondiale a également contribué dans le Programme de Nutrition Communautaire (PNC) initié par le gouvernement de 1996 à 2000. Le PNC a aussi bénéficié de l'appui financier de la Banque Allemande de Développement (KfW):

Kreditanstalt für Wiederaufbau), et du PAM à travers la fourniture de nourriture supplémentaire.

Depuis la fin du programme CNP, la Banque Mondiale finance le PRN dont la première phase va de 2002 à 2005. Dans le cadre de son appui au PRN, la Banque Mondiale a lancé le *Projet Amélioration de l'Etat Sanitaire et Nutritionnel du Couple Mère – Enfant à travers la Case des Tout-petits* qui se focalise sur la Case des Tout-petits pour intervenir dans la communauté. Ce projet vise à : 1) promouvoir l'allaitement maternel exclusif pendant 6 mois ; 2) promouvoir les pratiques appropriées de l'aliment pour bébé par la préparation et l'utilisation de la farine améliorée pour enfant ; 3) Lutter contre la déficience en micronutriment chez les groupes vulnérables, et 4) pratiquer le micro jardinage pour améliorer la sécurité alimentaire et nutritionnelle de l'enfant. Les activités du projet sont établies comme suit :

- Etude Préliminaire
- Formation des animateurs Polyvalents, Relais et mères assistantes en hygiène et techniques sanitaires, en alimentation et nutrition, en prévention de certaines maladies, mise en œuvre de microprojet, techniques d'animation et de communication ;
- Activités d'IEC (Information-Education-Communication) telles que les discussions, jeux de questions-réponses, sketches et organisation de jeux culturels pour la collecte de fonds ;
- Education parentale en IEC/CC (Information- Education-Communication pour changer les comportements, et améliorer les techniques de préparation de l'aliment pour bébé) ;
- Activités de jardinage et aviculture
- Monitoring et Evaluation

Conformément à son Programme National 2002-2006, le PAM est en train de distribuer des collations depuis mars et ce jusqu'en juin 2004, dans 17 CTP localisées dans 5 régions : Dakar, Kaolack, Fatick Tambacounda et Kolda. Ceci constitue la première phase pilote et les quatre CTP du modèle de la JICA font parti des cibles. Ce projet vise principalement à 1) réduire la population des gens frappés de famine ; 2) réduire le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans ; 3) lutter contre le VIH/Sida, le Paludisme et les autres maladies. Les collations que les enfants reçoivent contiennent 20g de sucre, et 100g de farine améliorée par jour qui produisent au total 484 kcal. Après cette première phase, le ciblage va s'appliquer jusqu'à environ 60 CTP à partir de juillet 2004.

L'UNICEF et l'OMS ont aussi soutenu le DANSE, en mettant un accent particulier sur la maîtrise des carences en micro nutriments (Vitamine A, Iode). L'UNICEF a fixé des objectifs spécifiques pour 2002-2006, notamment ceux qui sont relatifs à la santé et à la nutrition infantile sont ;a) réduire la mortalité, le taux de mortalité chez les moins de 5 ans et le taux de mortalité maternelle à 20% ;b) réduire le taux de malnutrition infantile à 25% ; c) développer une approche communautaire intégrée pour le développement de la petite enfance, pour atteindre 35% (3 à 6ans). Dans ce contexte, environ 34% du budget total de l'UNICEF pour le programme national est alloué à ceux qui interviennent dans le secteur de la santé et de la nutrition.

BASICS II (1999-2004), *Basic Support for Institutionalising Child Survival* (Appui Fondamental pour l'Institutionnalisation de la Survie de l'Enfance), est un projet phare financé par la Division de la Santé et de la Nutrition et l'Agence Américaine pour le Développement International (USAID). Le projet précédent, BASICS I (1994-1999 était à l'origine conçu pour le renforcement nutritionnel et le contrôle des programmes mis en place par la DANSE (ancien SNAN) pour lutter contre les maladies diarrhéiques, avec comme priorité la promotion des compétences nécessaires à la planification et à la gestion de ces programmes. Présentement, BASICS II met essentiellement l'accent sur l'atteinte des objectifs stratégiques suivants : 1) l'augmentation de l'utilisation de la Thérapie de la Réhydratation par voie Orale (TRO) ;2) recherche de remède approprié pour les IRA, 3) recherche de remèdes et de traitements appropriés pour les maladies fébriles ;4) augmentation de l'utilisation du matériel traité à l'insecticide ;5) allaitement maternel approprié ;6) alimentation appropriée pour l'enfant ; 7) consommation renforcée en vitamine A ;8) augmentation de la couverture vaccinale ; 9) augmentation de la couverture vaccinale contre la coqueluche ;10) introduction de nouveaux vaccins ou de ceux qui sont sous-utilisés. Le projet s'inscrit dans la dynamique des priorités du Ministère de la Santé et de la Prévention telles que préconisées dans le PDIS. Les interventions du projet au Sénégal couvrent six régions Louga, Kaolack, Fatick, Dakar, Thiès et Ziguinchor, 29 des 52 districts que compte le pays ainsi que les 235 communautés rurales au total. Ce projet en est maintenant à sa phase finale et s'achèvera en septembre 2004. Entre temps, BASICS III sera mis en place et continuera les concepts de BASICS II dans certaines zones. Cependant, la démarche de BASICS III en est à sa phase finale de planification mais reste encore à confirmer en date du mois de mai 2004.

En ce qui concerne le planning familial, le FNUAP et l'USAID sont depuis 1988, les chefs de files parmi les bailleurs ; ils interviennent en collaboration avec le Ministère de la Prévention et d'autres ONG, notamment les ONG locales les plus connues, l'Association Sénégalaise pour le Bien Etre Familial affilié au Programme National de

Planning Familial lancé en 1974. Au Sénégal, la Mutilation Génitale Féminine a été officiellement interdite en 1999, cependant il faudra fournir des efforts supplémentaires pour faire abandonner ces pratiques ; l'OMS est activement impliquée dans cette croisade.

Il y a plusieurs projets qui ont été mis en œuvre par la JICA dans le domaine de la vaccination contre la polio, la maîtrise du paludisme et celui de la santé maternelle et infantile (avec la collaboration du FNUAP). La JICA a également apporté son appui dans la rénovation de l'hôpital régional de Thiès. Comme mentionné en 3.3.3, il existe un projet de développement des ressources humaines de la santé qui s'étend sur la période 2001-2006.

(3) Les activités des ONG

1) Plan International

Plan International est une ONG humanitaire internationale qui œuvre pour l'amélioration des conditions de vie des enfants déshérités dans les pays en voie de développement. Au Sénégal, Plan International intervient dans le cadre des programmes de survie pour l'enfance, notamment à Kaolack, Louga, Thiès, Dakar et Saint-Louis. La maîtrise de la malnutrition est un des aspects essentiels du projet de survie pour l'enfance, qui vise la réduction de la morbidité et de la mortalité chez les enfants de moins de 5 ans. Les principaux programmes en cours portent sur des activités de contrôle de croissance, d'Information, d'Education et de Communication (IEC)/mobilisation sociale, et de Formation. Il existe un projet de santé novateur au Sénégal qui utilise des jeux traditionnels pour aider à la réduction du taux de mortalité maternelle et infantile. Ce projet couvre divers domaines sanitaires, à savoir l'immunisation contre les maladies, la formation du personnel médical ou la construction de centres de santé. La plus importante de ces activités porte sur l'invention du "Wure, Were, Werle (en Wolof)" pour sensibiliser sur les risques de la grossesse et de l'accouchement chez les futures mères. Le jeu explique les causes médicales des complications de grossesse et aide à la promotion des formes plus conventionnelles et plus sécurisantes de traitement médical chez les femmes sénégalaises.

2) AFRICARE

AFRICARE intervient au Sénégal depuis 1974, et plus de 100 projets intervenant dans le secteur de l'hydraulique, de l'environnement, et de la santé ont été réalisés en milieu rural. Les principaux projets en cours, le Projet de Santé communautaire de Kaolack à Kaolack et un programme de micro-crédit

à Tambacounda. Le premier projet travail en collaboration avec le Ministère de la Santé et de la Prévention et huit groupements de coopératives agricoles (CA) pour la construction de petites cases de santé dans cinq villages qui n'ont pas accès aux infrastructures sanitaires.

3) World Vision

World Vision est une ONG internationale qui travaille avec plusieurs domaines de la nutrition, parmi lesquels le principal programme est le MICAH (Micronutrients and Health), c'est à dire les Micro Nutriments et la Santé qui se focalisent sur la maîtrise des déficiences en micro nutriments (fer, iode et vitamine A). World Vision utilise la stratégie du PAIN qui cible les enfants de moins de 5 ans, les femmes enceintes et les femmes qui allaitent. Les principales activités sont l'éducation à la nutrition, le contrôle de la croissance, la complémentation en fer et en vitamine A, la promotion de la consommation du sel iodé.

4) Christian Children's Fund

Christian Children's Fund intervient au Sénégal depuis 1985. CANAH (*Projet d'Action Communautaire pour la Nutrition et la Santé*), qui est un programme pour la survie de l'enfance a été lancé en 1996, et était financée par l'USAID (1998-2002). Ces principales activités portent sur le contrôle de la croissance chez les enfants de moins de cinq ans, la fourniture de micro nutriments, la promotion de l'allaitement maternel, la vaccination, la maîtrise des maladies diarrhéiques, du paludisme et des IRA. Ces activités sont encore partiellement en cours grâce aux fonds reçus de l'USAID (2002-2006).

5) Management Science for Health (MSH)

MSH intervient dans le programme quinquennal(2000-2005) de la Santé Maternelle /Planning Familial (SM/PF) du Sénégal, en collaboration avec l'Université John Hopkins/ le Centre des Programmes de Communication et Future Group International avec l'appui financier de l'USAID. Les programmes visent à atteindre une utilisation durable des services SM/PF de haute qualité à travers tout le pays. MSH vise également à apporter son assistance au Gouvernement du Sénégal dans son programme à long terme pour la réduction de la mortalité et la morbidité maternelles par l'amélioration et l'utilisation soutenue des services de santé reproductive, en renforçant la gestion et la fourniture des services de santé, en encourageant les changements de comportements chez les populations par le biais de l'éducation et les campagnes de communication.

3.6 Situation actuelle et analyse du contexte des Régions de Kaolack et Tambacounda

3.6.1 Infrastructures existantes et services disponibles

Les capitales régionales de chacune de ces deux régions sont dotées d'un hôpital. Chaque district sanitaire est doté d'un centre de santé. Les districts de la région de Kaolack sont : Kaolack, Kaffrine, Kounghoul et Nioro alors que ceux de Tambacounda sont : Tamba, Goudiry, Bakel et Kédougou.

Le tableau ci-dessous indique la situation actuelle des postes de santé et des cases de santé dans les deux régions. Environ 89% des communautés rurales de Kaolack abritent chacune au moins un poste de santé opérationnel contre 83% pour Tambacounda. Cependant, 11% des communautés rurales dans la région de Kaolack contre 17% pour Tambacounda ne sont pas dotées de postes de santé ou sont dotées de postes non opérationnels.

Une *case de santé* est gérée par la collectivité locale. Chaque case est dotée d'une matrone et d'agents sanitaires. Il y a au moins une *case* dans 69% des communautés rurales de la région de Kaolack mais 15% d'entre elles ne sont pas actives. D'autre part, il y a une *case* dans 85% des communautés rurales de Tambacounda mais 3% d'entre elles ne sont pas actives à Tambacounda.

Tableau 1.3.15 Nombre de communautés rurales dotées d'une infrastructure sanitaire

Régions	Nombre total de communautés rurales	Poste de santé			Case de Santé*		
		Plus d'un poste de santé actif	Poste de santé existant mais pas actif	N° existe pas	Plus d'un poste de santé actif	Poste de santé existant mais pas actif	N° existe pas
Kaolack	42	39	1	2	14	4	8
Tambacounda	36	30	2	4	22	1	4

NB: Concernant les cases de santé, le total des communautés rurales est de 26 à Kaolack et 27 à Tambacounda
Source: JICA Study Team

Les données et les informations relatives aux infrastructures sanitaires et au personnel de santé dans les deux régions, sont présentées dans le rapport de l'Etude Cartographique des Infrastructures de Kaolack et de Tambacounda.

3.6.2 Résultats de l'enquête sur les enfants

Les trouvailles de GERAD sur les conditions sanitaires des femmes enceintes et des enfants dans les deux régions de Kaolack et de Tambacounda ont fait l'objet d'une récapitulation dans cette section. Dans chaque région deux sites ont été choisis, un en zone urbain et un autre en zone rurale ; Touba Kaolack et Sagna à Kaolack, et Camp Navétane et Sinthiou Malème à Tambacounda. L'échantillonnage de l'étude est

composé de 60 mères et 60 enfants dans chaque site. Les détails de l'enquête sont fournis dans un rapport séparé.

En outre, une autre enquête a été menée sur les mêmes sites par la JICA Study Team, en collaboration avec les homologues. Les conclusions de cette enquête sont présentées ici. Le questionnaire a été élaboré en mettant l'accent sur les informations relatives à l'allaitement, l'alimentation et les habitudes diététiques de l'enfant, la consommation de vitamine A/fer par les femmes enceintes et la sécurité alimentaire. Une évaluation anthropométrique des enfants de 0 à 6 ans a été effectuée pour évaluer leur situation nutritionnelle. Au total, 155 enfants dans 44 ménages ont fait l'objet de cette étude.

(1) Disponibilités alimentaire

Touba Kaolack: La plupart des habitants travaillent dans le secteur informel, dans le commerce et l'artisanat et dans une moindre mesure l'agriculture. Le mil, l'arachide et le maïs sont cultivés dans la zone, mais la production est insignifiante. Les habitants de la localité achètent la plupart de leurs denrées au petit marché du quartier mais préfèrent en général le marché central pour avoir de meilleurs produits à un meilleur prix. Le pain est l'aliment typique du petit-déjeuner, le riz au poisson celui du déjeuner et le couscous au *bassé* celui du dîner.

Sagna: l'agriculture qui est l'activité principale des populations est de type pluvial. Les principaux produits cultivés sont l'arachide, le mil, et le maïs. Le haricot, l'oseille, la courge et le melon sont les légumes et les fruits cultivés au niveau local. Cette nourriture caractérise le modèle alimentaire de Sagna ; le riz au *mafé* pour le déjeuner, et le couscous avec une sauce à base de feuilles vertes au dîner, et les restes de ces repas servent en général de petit-déjeuner le lendemain. Les problèmes de sécurité alimentaire surviennent en période de soudure (mai - septembre). Du fait de la faiblesse des rendements, les récoltes ne couvrent pas les besoins.

Camp Navétane: Les fruits (papayes, mangues, oranges) sont en abondance au niveau local, cependant les autres aliments sont disponibles au marché le plus proche situé à 30 minutes de marche. A l'instar des autres sites, le mil, l'arachide et le riz sont les aliments les plus consommés. La plupart des produits alimentaires viennent de Dakar, Kolda, Kaolack et de la Gambie. Les problèmes de sécurité alimentaire se posent avec plus d'acuité pendant l'hivernage à cause du caractère saisonnier de la production et des difficultés de transport.

Sinthiou Maléme: La production alimentaire est seulement limitée à l'arachide et au mil. Le gombo, le haricot et les mangues sont les légumes et les fruits qui sont cultivés au niveau local. Elle détermine en grande partie le modèle alimentaire. C'est ainsi que le petit-déjeuner se présente sous forme de bouillie, le déjeuner est en général à base de riz

au *mafé*, et le couscous au dîner. Avec la rareté du poisson dans cette localité, la source de protéines animales est principalement la viande. Mais du fait de son prix (hors de portée de certaines bourses), il y prévaut une insuffisance dans la consommation de protéines, particulièrement chez les enfants, les femmes enceintes et celles qui allaitent. En plus du petit marché dans le village, il existe un marché hebdomadaire qui est organisé tous les samedis.

En plus du sérieux problème de sécurité alimentaire, surtout en période d'hivernage, un autre problème qui se pose dans tous les sites c'est que les femmes préfèrent consacrer leurs maigres ressources à l'achat de denrées alimentaires, comme le riz et le mil qui peuvent facilement calmer leur faim, plutôt que les fruits et légumes. Par conséquent, les enfants et les femmes dans ces zones ne sont pas à l'abri des risques de déficiences en micro nutriments.

(2) La consommation en sel iodé

La proportion des ménages qui utilisent le sel iodé est plus importante au niveau de Tambacounda qu'à Kaolack avec respectivement 84,6% et 22,2%. En fait la plupart des mères interviewer à Kaolack ne pouvaient pas faire la différence entre le sel normal et celui qui est iodé.

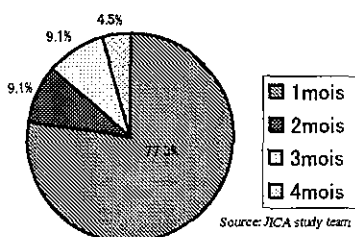
Cette étude a également révélé que les populations qui utilisaient le sel iodé ne savaient pas en fait pourquoi ce nutriment était recommandé. Environ 20% des mères ont mentionné la prévention du goitre mais la plupart des mères ont répondu qu'elles préféraient le sel iodé au sel normal, pour sa couleur, son goût et son obtention qui est facile.

(3) L'allaitement maternel et les aliments de sevrage pour les enfants

A l'instar des autres zones dans le pays, l'allaitement est très généralisé dans les sites de l'étude, en moyenne jusqu'à 1 à 2 ans d'âge, mais à Touba Kaolack, les mères ont tendance à allaiter jusqu'à plus de 2 ans, soit un pourcentage de 52%. Parmi l'échantillon de l'étude, la proportion des mères qui ont donné le colostrums était plus élevée en milieu rural 89%, contre 61% en zone urbaine.

Cette étude a confirmé l'insuffisance de l'allaitement exclusif. La durée recommandée pour l'allaitement exclusif est au moins de 4 mois et si possible 6 mois. Cependant, au niveau des sites de l'étude, 95,5% des mères commencent à nourrir le bébé avec d'autres aliments, avant l'âge de 4 mois, 77,3% d'entre elles commencent dès le premier mois (Figure 1.3.5).

Figure 1.3.5 Durée de l'allaitement exclusif



La bouillie de mil dont la teneur en calories est faible est l'aliment de sevrage le plus courant. Au sevrage, l'enfant a un petit estomac et ne peut par conséquent pas manger plus que 200 ml de bouillie par repas ; ce qui est insuffisant par rapport aux calories et aux protéines dont il a besoin, particulièrement lorsque l'enfant n'a que 2 à 3 repas par jour. Un autre problème c'est que les mères nourrissent leurs bébés avec les repas de la famille, qui contiennent souvent trop d'huile pour la digestion des enfants, entraînant ainsi une diarrhée.

(4) Statut nutritionnel des enfants de l'étude

A l'exception de Sagna, la prévalence du retard de croissance et l'insuffisance pondérale est de manière générale plus élevée que la moyenne nationale dans les sites de l'étude. En tenant compte des cadres de vie défavorables à Sagna, surtout en ce qui concerne la situation des infrastructures sanitaires, la faible prévalence était surprenante. Le retard de croissance qui est un indicateur de la malnutrition chronique, a montré une prévalence plus importante à Tambacounda qu'à Kaolack (Tableau 1.3.16). Etant donné que cette enquête a été menée en pleine saison sèche, les cas d'émaciation étaient rares. Au niveau de tous les sites de l'étude, les enfants de moins de 2 ans sont très petits et minces pour leur âge, tandis que ceux de la tranche de 5-6 ans sont physiquement mieux bâtis.

Tableau 1.3.16 Prévalence de la malnutrition chez les enfants de 0-6 ans, par site d'étude

	n	Retard de croissance		Insuffisance pondérale		Emaciation	
		n	%	n	%	n	%
Touba Kaolack	17	5	29,4	4	23,5	2	11,8
Sagna	60	10	16,7	8	13,3	3	5,0
Camp Navetane	27	9	33,3	6	22,2	1	3,7
Sinthiou Malème	51	20	39,2	17	33,3	2	3,9
Sénégal			19,0%		18,4%		8,3

Source: JICA study team

(5) Santé maternelle

Le mariage précoce est très fréquent dans les sites de l'étude. Apparemment, la situation est plus grave en milieu rural qu'en zone urbaine, et la proportion des mères qui ont eu leur premier accouchement avant l'âge de 20 ans sont de 77% à Sagna (dont 17% avant l'âge de 15 ans) contre 75% à Sinthiou Malème.

Le taux de fécondité moyen régional est de 6,5 à Kaolack et 7,1 à Tambacounda¹⁰. Plus de 90% des mères déclarent avoir entendu parler du planning familial à travers la radio, mais à Sagna, seulement 68,3% affirment en être informée. Il était difficile de maîtriser le pourcentage exact d'utilisation de la contraception ; plusieurs mères ont montré une certaine réticences à répondre. De même seules quelques-unes d'entre elles ont répondu à la question relative aux contraintes liées au planning familial, dont la principale était le consentement de leurs maris.

Plus de 70% des mères déclarent avoir consulté leurs infirmières ou sages-femmes pendant la grossesse, mais vraisemblablement elles ne le faisaient pas plus d'une/deux fois. Il faut davantage d'informations afin de pouvoir évaluer la qualité des services de la santé prénatale.

Seulement 50-60% des mères avaient pris les deux doses des injections antitétaniques pendant la dernière grossesse. A Sagna, 30% des mères ne l'avaient pas pris du tout.

Il est recommandé aux femmes de prendre de fortes doses de (200 000 UI) de vitamine A dans les 40 jours qui suivent l'accouchement. Cependant, la couverture reste encore faible dans les sites de l'étude ; 57% à Touba Kaolack et 25-32% dans les autres sites. Curieusement, la consommation en fer pendant la grossesse était très généralisée (89%), mais certaines d'entre elles ne savent pas pourquoi elles devraient en consommer, comme ce fut le cas à Sagna. Très souvent, les tabous concernant l'alimentation pendant la grossesse ont un impact négatif sur le statut nutritionnel de la mère. Dans les sites de l'étude, la bouillie de mil, le couscous et le sel sont les interdits alimentaires pendant la grossesse.

Le manque d'infrastructures d'accouchement peut augmenter les risques non seulement pour la mère mais également pour le nouveau-né. Dans les sites en milieu urbain, l'hôpital est le lieu le plus fréquenté(42-43%), suivi du *poste de santé*. D'autre part, à Sagna et à Sinthiou Malème, 76,7% des mères accouchent à la maison, principalement avec l'assistance d'une matrone ou d'une sage-femme (bien qu'il existe un *poste de santé* à Sinthiou Malème).

¹⁰ Santé Familiale et Population, Ministère de l'Economie, des Finances et du Plan. 1997

(6) Vaccination

Selon les recommandations de l'UNICEF et de l'OMS, l'enfant doit prendre le vaccin contre le BCG, les trois doses du DPT, les trois doses du vaccin contre la polio et le vaccin contre la rougeole avant d'atteindre l'âge de 12 mois. Les journées nationales de vaccination (JNV) ont été identifiées comme étant très efficaces dans l'extension de la couverture vaccinale dans tout le territoire national. Dans cette étude, la couverture vaccinale est très élevée à Tambacounda (98%), mais l'est moins à Kaolack (88% à Touba Kaolack et 93,3% à Sagna). La proportion des enfants qui ont pris tous les vaccins est méconnue. En regardant les données selon le type de vaccin, la couverture était élevée pour la polio et le BCG mais elle était relativement faible pour les DTP3 et la rougeole.

Depuis l'an 2000, le programme de complémentation en vitamine A a été affilié aux JNV. Dans les sites de l'étude, sur 44 mères, 33 soit 91,7% ont répondu que leurs enfants ont pris les capsules de la vitamine A.

(7) Morbidité infantile

En ce qui concerne la morbidité chez les enfants ciblés, une différence majeure a été notée dans les deux régions concernant la proportion d'enfants ayant souffert de diarrhée dans les 2 derniers mois et les taux plus élevés en milieu rural qu'en zone urbaine (50% contre 27% à Kaolack, 43% contre 28% à Tambacounda). A Tambacounda, la différence entre les zones rurale et urbaine était très nette pour les cas de fièvre (65% contre 37%), mais elle était élevée dans les sites de Kaolack. La cause majeure de la fièvre que l'on connaît est le paludisme. Cependant, l'utilisation de moustiquaires, plus particulièrement de moustiquaires imprégnées est très faible.

CHAPITRE 4 DROITS DE L'ENFANT

4.1 Contexte général de l'enfance au Sénégal

4.1.1 Revue des droits de l'enfant¹

Seul 44% de l'ensemble des ménages sénégalais connaissent la notion de droits de l'enfant. Ce pourcentage comporte une grande disparité si l'on compare les zones urbaines (55,4%) aux zones rurales (36,1%). Les droits les mieux connus sont ceux relatifs à la famille, le nom et la nationalité (30,1%), le droit à l'éducation et au loisir (21,9%), le droit à la survie et au développement (17,9%), et le droit à la protection (16,2%). Les droits les moins connus sont les droits à la paix (8,8%) et à la santé (5,5%).² Faisons remarquer que les droits à la non-discrimination, à la liberté d'expression et celui de jouir d'un environnement sain, font partie des droits qu'aucun ménage n'a cité².

Le Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté adopté par le Sénégal (DSRP) classe les femmes et les enfants parmi les groupes les plus vulnérables (particulièrement, la petite enfance, les talibés mendiants, les enfants travailleurs et les jeunes en conflit avec la loi, les handicapés (tous âges confondus), le troisième âge et les chômeurs ou sous-employés³.

D'après le Gouvernement sénégalais, le nombre d'enfants à risque est actuellement estimé entre 2.5% et 4% de la population totale⁴, soit entre 240.000 et 380.000 enfants. Les indicateurs permettant de déterminer si un enfant est exposé, sont: la faiblesse des taux de scolarisation, le chômage ou l'emploi instable (revenus incertains, secteur informel, bas salaires, travail non qualifié et exploitation de la main d'œuvre), l'appartenance à une grande famille généralement déchirée, la malnutrition, la précarité de la prise en charge sanitaire, le manque de capital, et l'adoption de stratégies de survie (drogues, prostitution, délinquance, etc.). En réalité, d'après les estimations faites par les Nations Unies, sur les quelques 400.000 enfants sénégalais à risque, 50% sont sujets aux pires formes de travail d'enfant, 25% ont rompu le lien avec leurs familles et les 25% restants sont victimes de l'exploitation sexuelle commerciale⁵.

(1) Déclaration des naissances

L'article 7 de la CDE stipule que "*l'enfant est enregistré aussitôt sa naissance et a dès*

¹ Ce chapitre vérifie si Convention des Nations Unies relative aux Droits de l'Enfant (CDE), ratifiée par le Sénégal le 31 juillet 1990 est respectée par l'Etat. L'analyse ne couvre pas tous les droits de l'enfant mais ceux qui touchent de plus près la petite enfance ou l'objectif de l'étude.

² Rép. du Sénégal / UNICEF. Rapport de l'enquête sur les objectives de la fin de décennie. MICS, 2000.

³ Rapport de synthèse du Séminaire National de Lancement de l'Elaboration du DSRP. July 2001.

⁴ Primature. Programme National de prise en charge des enfants en situation de risque. janvier 2000.

⁵ UN. *Sénégal Country Note*. 14 Novembre 2000.

celle-ci le droit à un nom et le droit d'acquérir une nationalité". Le Code de la Famille du Sénégal a également adopté cette obligation. En dépit du caractère obligatoire de l'enregistrement, 40% de la totalité de la population sénégalaise âgée de moins de 6 ans n'est pas déclaré. Ce phénomène est encore plus accentué à l'intérieur du pays (53,6%) que dans les zones urbaines (25,0%)⁶. Les taux de déclaration les plus faibles s'observent à Kaolack (44,4%) et Tambacounda (46,2%), tandis que Dakar enregistre le taux le plus élevé du pays (82,6%)⁷.

La non-déclaration des enfants entrave tous efforts consentis en vue d'une estimation exhaustive de la population infantile totale, de sa répartition et de ses caractéristiques. Entre autres phénomènes, cela entrave la planification des programmes d'éducation et de santé et l'allocation des ressources budgétaires destinées à la satisfaction des besoins de l'enfance. Le fait de ne pas déclarer un enfant le rend encore plus vulnérable; à titre d'exemple, il ou elle pourrait être confronté (e) à la difficulté de prouver son identité, d'être reconnu par son père ou sa mère ou de prétendre à son héritage.

(2) Non-discrimination

L'article 2 de la CDE stipule que les Etats parties s'engagent à respecter et garantir les droits des enfants "(...) à tout enfant relevant de leur juridiction, sans distinction aucune, indépendamment de toute considération de race, de couleur, de sexe, de langue, de religion, d'opinion politique ou autre de l'enfant ou de ses parents ou représentants légaux, de leur origine nationale, ethnique ou sociale, de leur situation de fortune, de leur incapacité, de leur naissance ou de toute autre situation (...)". De plus, exhorte les Etats parties à prendre "(...) toutes les mesures appropriées pour que l'enfant soit effectivement protégé contre toutes formes de discrimination ou de sanction motivées par la situation juridique, les activités, les opinions déclarées ou les convictions des ses parents, de ses représentants légaux ou des membres de sa famille (...)".

1) Enfants issus de minorités ethniques, linguistiques et religieuses

Le Sénégal est l'un des pays africains qui présente le plus de diversités ethniques et linguistiques. En dehors du français, la langue officielle, six des langues locales ont été instituées langues "nationales" par décret présidentiel: wolof, Sérère, Diola, malinké, Soninké et pular. L'ethnie wolof prédomine (43%) et la langue wolof, ainsi que le français, sont les plus parlées. L'Article 1 de la nouvelle Constitution reconnaît le droit à chaque groupe ethnique de faire usage de sa propre langue. Néanmoins, certaines langues minoritaires

⁶ Rapport National sur le Suivi du Sommet Mondial pour les Enfants. Décembre 2000.

⁷ Rép. du Sénégal / UNICEF. Rapport de l'enquête sur les objectives de la fin de décennie. MICS II, 2000.

telles que l'ashamia, le mancagne et le balante, n'ont pas le statut de langue nationale et ne sont donc pas utilisés comme langue d'enseignement.

Sur le plan de la religion, le Sénégal est beaucoup plus homogène. En réalité, 95% de la population est musulmane, le 5% restant étant le plus souvent des chrétiens catholiques. Contrairement à certains pays africains, tels que le Soudan ou le Nigeria, il n'y a pas de tension apparente entre les deux confessions religieuses.

2) Les enfants handicapés

Concernant les enfants mentalement ou physiquement handicapés, l'article 23 de la CDE stipule que "(...) de tels enfants doivent mener une vie pleine et décente, dans des conditions qui garantissent leur dignité, favorisent leur autonomie et facilitent leur participation active à la vie de la collectivité. (...)".

La majorité des 60 000 enfants handicapés⁸ que compte le Sénégal vive dans le monde rural et sont confrontés à d'énormes difficultés quant à leur insertion dans la vie scolaire et sociale⁹. Les écoles et infrastructures communautaires au Sénégal sont généralement conçus pour les enfants dits "normaux" et à l'exception de quelques sporadiques activités humanitaires, il n'y a pas de programmes¹⁰ spécifiquement dédiés aux handicapés. En réalité, seul un petit nombre d'entre eux parvient à faire des études universitaires et à obtenir un travail qualifié. En outre, les enfants handicapés sont également victimes de la discrimination sociale, du manque de protection et ne peuvent pas accéder facilement au crédit.

(3) Exploitation des enfants

1) Exploitation des enfants par le travail

L'article 32 de la CDE reconnaît "(...) le droit de l'enfant d'être protégé contre l'exploitation économique et de n'être astreint à aucun travail comportant des risques ou susceptible de compromettre son éducation ou de nuire à sa santé ou à son développement physique, mental, spirituel, moral ou social (...)". De plus, "les Etats parties en particulier: (...) fixent un âge minimum ou des âges minimums d'admission à l'emploi: (...) Prévoient une réglementation appropriée des horaires de travail et des conditions d'emploi (...)". Par rapport à cela, le Sénégal a également ratifié les Conventions du BIT sur l'âge

⁸ Les plus récentes données sont de 1998.

⁹ Bulletin du Système des Nations Unies au Sénégal n°7. Août, 2001

¹⁰ Il n'est pas surprenant qu'il n'y ait que trois institutions spécialisées sur toute l'étendue du territoire national: L'Institut National d'Education et de Formation des Aveugles à Thiès, le Centre Talibou Dabo de Grand Yoff et le Centre Verbo-tonale de Colobane.

minimum (138/1973) et sur l'éradication des pires formes de travail des enfants (182/1999).

En dehors des instruments de la législation internationale, la Constitution nationale et le Code du Travail, qui fixe l'âge minimum d'admission à l'emploi à 15 ans, limite les heures de travail, régule l'apprentissage, etc. protège les enfants sénégalais contre l'exploitation par le travail.

En dépit d'une législation bien appropriée, aussi bien l'Etat que l'UNICEF reconnaissent que l'exploitation du travail des enfants est l'un des problèmes majeurs auxquels les enfants sénégalais âgés de 5 à 14 ans sont confrontés¹¹. Une enquête officielle menée en 1993 considérait 293.783 enfants âgés de 6 à 15 ans comme partie intégrante de la population active: 78% d'entre eux travaillent dans une entreprise familiale, 6% étaient employés comme apprentis, et 5% comme des travailleurs indépendants. Une enquête plus récente confirme que 37,6% de l'ensemble des enfants âgés de 5 à 14 ans font partie de la population active, soit environ 400.000 enfants; ce pourcentage étant beaucoup plus élevé en milieu rural (43,5%) qu'en milieu urbain (27,7%), également les garçons (39,4%) sont légèrement plus touchés que les filles (35,7%)¹². De plus, 12% de l'ensemble des enfants consacre plus de quatre heures par jour (jour) à des travaux domestiques, dépassant ainsi le volume horaire maximal recommandé et leur scolarisation en est négativement affecté.

L'exploitation des enfants par le travail commence en fait plus tôt. En réalité, les enfants de 6 à 9 ans représentent 47% des enfants travailleurs, principalement dans l'agriculture, l'élevage et l'artisanat urbain, tandis que ceux de 10 à 14 représentent 53% de l'ensemble des enfants qui travaillent. La majeure partie des enfants travailleurs est totalement ou partiellement orphelins, et gagnent moins que les adultes, ne bénéficiant pas de protection sociale, ne jouissant pas de privilèges tels que les congés payés et n'étant affiliés à aucun syndicat¹³.

En dépit d'une mobilisation plus active des autorités contre l'exploitation du travail des enfants¹⁴, le phénomène semble s'accroître, de façon alarmante, sous certaines de ses pires formes, le recyclage d'ordures¹⁵ (*boudiouman* en

¹¹ Bulletin du Système des Nations Unies au Sénégal n°7. Août, 2001

¹² Ministère de la Fonction Publique, du Travail et de l'Emploi / ILO. Rapport d'exécution. Janvier, 2001.

¹³ Cf. Sadio, A. Le travail des enfants au Sénégal. Paris, 1994.

¹⁴ 8.710 enfants travailleurs ont été pris en charge en 1999 et 20.620 en l'an 2000.

¹⁵ Au dépôt de Mbeubeuss, à 15 kms de Dakar, 120 "travailleurs" sur 400 sont des enfants de moins de 15 ans (BIT-IPEC, 2000).

Wolof) ou les travaux domestiques¹⁶ (*mbindaan* en Wolof). D'habitude, les employeurs ne respectent ni le droit à la sécurité sociale des enfants travailleurs ni leurs conditions de travail telles que stipulées par (le) Code du Travail. De plus, il semblerait que sous le précepte d'apprentissage se cache souvent une forme d'exploitation¹⁷. Il n'existe pas d'inspecteurs spécialisés pour combattre ce phénomène et les ressources sont manifestement insuffisantes.

2) Exploitation Sexuelle Commerciale des Enfants (ESCE)

L'Article 34 de la CDE protège l'enfant contre "(...) toutes les formes d'exploitation sexuelle (...) l'enlèvement ou la coercition d'un enfant en vue de l'amener à pratiquer des actes sexuels répréhensibles; (...) l'exploitation des enfants à des fins de prostitution ou de pratiques sexuelles est répréhensible; (...) l'exploitation des enfants à des fins pornographiques ou la pornographie mettant en scène des enfants (...)". En plus, l'Article 35 interdit "(...) l'enlèvement, la vente ou la traite d'enfants à quelque fin que ce soit et sous quelque forme que ce soit (...)".

En plus de la CDE, il y a un protocole facultatif relatif à la vente d'enfants, la prostitution des enfants et la pornographie mettant en scène des enfants, ratifié par le Sénégal en 2000¹⁸, qui est entré en vigueur récemment. Le protocole oblige les Etats parties à instituer comme infractions répréhensibles toute violation des droits et obligations découlant du traité. Par ailleurs, il détermine le principe des poursuites extra territoriales pour de telles infractions.

Officiellement, 20% de l'ensemble des prostituées au Sénégal sont des mineures¹⁹. D'après l'ONG Enda-TM, le genre et la classe d'âge les plus affectés sont les filles de 7 à 15 ans, et la couche la plus vulnérable sont les filles qui accompagnent les mendiants, les filles des handicapés mentaux, les fugueuses qui n'ont aucun lien avec leurs familles et les filles qui vivent dans des familles où la prostitution est une source de revenus²⁰.

D'après l'UNICEF, le tourisme sexuel des enfants, une des formes d'ESCE, est devenu un nouveau phénomène que prend de l'ampleur. L'ESCE est particulièrement manifeste dans les stations touristiques de Mbour Sally et

¹⁶ 41% de l'ensemble des domestiques sont des filles, dont 12.000 ont entre 6 et 4 ans (Banque Mondiale. Sénégal. Evaluation des conditions de vie. Mai, 1995).

¹⁷ L'un des effets de la contraction du secteur formel a été l'augmentation du nombre d'apprentis et la durée de l'apprentissage, qui pourrait être considéré comme une stratégie alternative contre la détérioration générale de l'économie et le sous-emploi.

¹⁸ Ratification en instance.

¹⁹ Rapport de Synthèse du Séminaire National de Lancement de l'Elaboration du DSRP. Juillet, 2001.

²⁰ Rép. du Sénégal/UNICEF. Analyse de situation de l'enfant et de la femme au Sénégal 2000. Juin, 2001.

dans les autres zones touristiques telles que Gorée, Ziguinchor, Kaolack et Saint-Louis.

Excepté quelques mesures répressives, peu d'actions ont été menées pour prévenir et éradiquer ce phénomène et, encore moins, pour la réinsertion des victimes de l'ESCE. Ce qui a été largement attribué au manque de sensibilisation et d'expertise sur ce domaine, aux tabous culturels, au manque de ressources et au manque d'intérêt et de volonté politique. En mars 2002, suite à la Déclaration de Stockholm et le Programme d'Agenda de 1996, le Sénégal a enfin adopté un Plan d'Action National de lutte contre l'ESCE²¹.

Un rapport du BIT-IPEC sur le trafic d'enfants en Afrique de l'Ouest et du Centre affirme qu'un trafic d'enfants vers et en provenance du Sénégal a lieu avec les pays voisins, où ces enfants travaillent comme domestiques. Le rapport spécifie clairement que les enfants, particulièrement les filles originaires de la Casamance travaillent comme domestiques dans la république voisine de Gambie où elles sont très vulnérables à l'ESCE. D'après le bureau de l'UNICEF en Gambie, les jeunes filles originaires du Sénégal se rendent en Gambie pour se livrer à la prostitution durant la saison touristique.

4.1.2 Le cas spécifique des enfants de la rue et des talibés

D'après l'OMS, les "enfants de la rue" sont aussi bien ceux qui vivent littéralement dans la rue et généralement n'ont pas d'autre endroit où vivre, que ceux qui passent la plupart de leur temps dans la rue, bien que d'habitude ils rentrent dormir chez eux.

Puisque les pires effets de la crise (et ceux des mesures économiques strictes adoptées pour en venir à bout) commencent à se faire sentir, le nombre d'enfants de la rue est monté en flèche en passant de 88.000 en 1994 à plus de 310.000²² en 2000, dont 40% ont entre 6 et 9 ans, 36% entre 10 et 14 ans et 24% entre 15 et 18²³. La plupart des enfants de la rue sont des ressortissants sénégalais (91%), en provenance principalement de Diourbel, Thiès et Saint-Louis, même si certains d'entre eux (9%) viennent des pays limitrophes (Guinée, Gambie, Mauritanie et Mali). La majorité d'entre eux vient de familles déshéritées et de foyers déchirés. En réalité, 34,4% d'entre eux n'ont pas d'attaches familiales, 30,6% rentrent chez leurs parents pour dormir et 32,9% vont dormir chez quelqu'un d'autre²⁴.

²¹ Le Sénégal est le second pays d'Afrique au sud du Sahara à avoir adopté ce plan, après la Gambie.

²² 30.000 d'entre eux sont à Dakar.

²³ Rép. du Sénégal / UNICEF. Analyse de situation de l'enfant et de la femme au Sénégal 2000. Juin, 2001.

²⁴ Primature. Programme national de prise en charge des enfants en situation de risque. Janvier, 2000.

Appelés avec mépris *faqmaan*²⁵, les enfants de la rue n'ont pas accès à des agréments sociaux telles qu'un toit et des infrastructures d'éducation ou de santé. C'est ce qui les pousse à accepter un travail instable dans le secteur informel en qualité d'apprentis ou de colporteur ou à sombrer dans des stratégies alternatives telles que la prostitution, la drogue ou la délinquance, entrant ainsi en conflit avec la loi ou s'exposant à des abus sexuels, au SIDA, aux MST, à la dépendance à la drogue, à la violence sociale, etc. Très souvent, par nécessité de protection, ils s'organisent en bandes.

Les *talibés* sont des garçons qui étudient et vivent généralement dans une école coranique (*daara*) sous l'autorité d'un éducateur religieux (*marabout*). Ils ont d'habitude l'obligation de mendier de l'argent et de la nourriture pour être redevable au marabout de les enseigner et de leur offrir le gîte au sein du *daara*, ceci faisant partie de leur éducation religieuse. La théorie religieuse est que la mendicité confère les vertus d'humilité et d'indépendance. L'objectif final est de les préparer à des situations auxquelles ils pourraient être confrontés dans l'avenir.

Très souvent, particulièrement depuis le début de la crise économique, la mendicité va au-delà de l'éducation morale ou religieuse et les *talibés* passent la plupart de leur temps dans la rue à la quête du montant exigé par le *marabout* (pour échapper à des sévices) et donc ne peuvent recevoir l'éducation religieuse qui leur était destinée²⁶. En de telles circonstances, les *talibés* sont à la fois victimes d'exploitation économique et de mauvais traitements. Cela survient lorsque le *daara* authentique (*sériñ daara*) se transforme en *daara* fondé sur la fourberie (*sériñ xaalis*).

Le nombre actuel de *talibés* est inconnu. Néanmoins, en 1993 l'UNICEF avait estimé le nombre de *talibés* entre 50.000 et 100.000. Si le nombre d'enfants de la rue a quadruplé depuis 1994, celui des *talibés* a pu probablement suivre la même tendance au cours de la dernière décennie, il pourrait, donc, être d'environ 300.000 enfants. En tous cas, la plupart d'entre eux viennent des zones rurales: Thiès (24%), Louga (20%), Saint-Louis (12%) et Diourbel (12%)²⁷.

Il n'est pas aisé de distinguer un *talibé* mendiant d'un enfant de la rue²⁸ typique, d'autant plus que l'un comme l'autre mendient dans la rue pour de l'argent²⁹. En réalité, beaucoup d'enfants de la rue ont été *talibés* qui, ne pouvant plus supporter la discipline stricte des *daara* et/ou les violences infligées par le *marabout*, ont choisi de fuir. Ceci ne

²⁵ "Enfants de la rue" en wolof.

²⁶ D'après les études menées par l'Institut Islamique de Dakar, les *talibés* mendient pendant 10 heures sur 15.

²⁷ Banque Mondiale. *An Assessment of Living Conditions*. Mai, 1995.

²⁸ Le Bureau Régional de l'UNESCO considère les deux situations comme un seul phénomène.

²⁹ Assez intéressant, le *Code Pénal* interdit la mendicité sauf dans les cas prévus par la religion.

veut pas dire que tous les *talibés* deviennent nécessairement enfants de la rue –la décision de se retrouver dans la rue n'est pas uniquement guidée par la rigidité du *daara*, mais plutôt par l'absence cruciale de toute forme de soutien familial. De toutes les façons, aussi bien les enfants de la rue que les *talibés* mendiants "(...) constituent la grande majorité des enfants en situation difficile et sont l'expression d'une profonde crise socio-économique. Sont à la fois cause et conséquence de la pauvreté, de l'exclusion sociale, de la pression démographique, de l'exode rural, de l'explosion urbaine et de l'éclatement familial (...)"³⁰.

Depuis des siècles, les *daaras* ont joué un rôle prépondérant dans l'éducation des garçons sénégalais. En réalité, ils faisaient office d'institutions d'éducation des enfants dans la période ayant précédée la colonisation. Malheureusement, le manque de ressources et l'abandon par leurs communautés, encore plus aggravé par la crise économique, ont contribué à la détérioration progressive des conditions de vies et des repères éducationnels³¹ dans beaucoup de *daaras*.

Certes, dans certains *daaras*, les conditions de vie sont généralement inadéquates en termes d'aménagements, d'hygiène, de restauration, d'assainissement, d'accès à l'eau et à l'électricité, etc. Néanmoins, l'exemple du *daara* de Malika³², montre qu'il pourrait en être autrement. Sur le plan éducationnel, les *daaras* qui combinent l'enseignement religieux aux programmes fondamentaux d'éducation et à l'inclusion des langues, sont plus à même d'offrir aux *talibés* de meilleures opportunités d'emploi –et par conséquent de venir à bout de la pauvreté. Certain pourrait rétorquer que la plupart des *marabouts* ne sont pas assez préparés pour enseigner les programmes d'éducation de base et qu'ils ne sont même pas en mesure de fournir aux *talibés* le matériel didactique de base (les disciples souvent ne disposent que de planches en bois). Certainement, avec l'engagement ferme et l'implication nécessaire de tous les acteurs, des solutions pourraient être trouvées pour résoudre ces problèmes –dans ce sens, certains signes positifs sont déjà montrés par l'Etat³³ et les *daaras*³⁴.

Les premiers programmes de coopération en faveur des *talibés* et des enfants de la rue ont démarré en 1992 et 1998, respectivement³⁵, mais du fait de leur manque de

³⁰ Diagnostic de la pauvreté au Sénégal. Document de travail n° 3. March, 2001.

³¹ 80% des *talibés* sont analphabètes (Banque Mondiale. *An Assessment of Living Conditions*. Mai, 1995)

³² Créé en 1980, il compte 124 *talibés* (66 en internat) provenant des familles à faible revenus et reçoivent l'enseignement coranique et académique et même une formation professionnelle. Les conditions de vie des *talibés* sont satisfaisantes; ils ne mendient pas, ne travail pas et sont correctement nourris.

³³ Voir 3.2.2 (3) ci-dessous.

³⁴ Voir 3.4.1 (3), lettre "a", §3 ci-dessous.

³⁵ UNICEF "Projet de réhabilitation des droits des *talibés*" (1992-1996) / "Programme d'appui aux enfants travailleurs et aux enfants de la rue" (1998).

coordination avec les autres programmes sénégalais de même nature³⁶ et de leur approche basée sur l'assistance, ont résulté en une duplication des efforts, en réduisant ainsi l'impact. Le phénomène était considéré comme une urgence sociale, nécessitant une action immédiate sans pour autant mettre en place les mesures préventives ni s'attaquer à la cause structurelle du problème.

Une autre question qui interpelle notre attention est la considération à l'unanimité que les *talibés* mendiants assujettis à l'exploitation sont des "victimes innocentes" alors que les enfants de la rue sont généralement considérés comme des "badauds", des "pickpockets" ou "délinquants". Il n'est nul besoin de préciser que nous parlons dans les deux cas d'enfants dont leurs droits les plus fondamentaux sont violés avec brutalité et qui ont besoin de la même protection.

4.2 Politiques et approches du Sénégal en matière de droits et de bien-être des enfants

4.2.1 Cadre juridique

(1) Lois internationales concernées

L'ensemble des principaux instruments internationaux et régionaux des droits de l'homme tels que La Déclaration Universelle des droits de l'homme de 1949, le Pacte international relatif aux droits civils et politiques de 1966, le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels de 1966, la Convention de l'ONU contre la torture de 1984, et la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples de 1984, ont été ratifiés par le Sénégal.

Le Sénégal est aussi un Etat partie prenante d'instruments spécifiques de lutte contre la discrimination raciale et sexuelle tels que la Convention du BIT sur l'égalité de rémunération (100/1951), la Convention du BIT concernant la discrimination en matière d'emploi et de profession (111/1958), la Convention de l'ONU sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale de 1965 et la Convention de l'ONU sur l'Elimination de toutes les formes de Discrimination à l'Egard des Femmes (CEDEF) de 1979.

Pour ce qui est des droits de l'enfant, le Sénégal a ratifié l'ensemble des principaux les instruments internationaux et régionaux concernés, en particulier:

³⁶ Par exemple le "*Fonds d'aide à l'enfance déshéritée et aux actions d'éducation non conventionnelle*" du Ministère du Développement Social et de la Solidarité Nationale.

1) Général

Convention de l'ONU relative aux Droits de l'Enfant (CDE) de 1989, ratifiée en 1990

Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant de 1990, ratifiée en 1998.

2) Protection de l'enfance et adoptions internationales

Convention de La Haye sur la protection des enfants et l'adoption internationale, ratifiée en 1999

3) Abolition du travail des enfants

Convention du BIT sur l'âge minimum d'admission à l'emploi (138/1973), ratifiée en 1999.

Convention du BIT sur les pires formes de travail des enfants (182/1999), ratifiée en 2000.

4) Exploitation sexuelle commerciale des enfants

Protocole facultatif à la CDE, concernant la vente des enfants, la prostitution des enfants et la pornographie mettant en scène des enfants, signé en 2000 (ratification en instance)

5) Enfants victimes des conflits armés

Protocole facultatif à la CDE sur l'implication d'enfants dans les conflits armés, signé en 2000 (ratification en instance)

6) Enfants en conflit avec la loi

Ensemble de lois minimales de l'ONU, relatives à l'administration de la justice pour mineurs (Règles de Beijing) de 1985

Principes directeurs de l'ONU, relatifs à la prévention de la délinquance juvénile (Principes directeurs de Riyad) de 1990

Lois de l'ONU, relatives à la protection des mineurs privés de liberté de 1990.

Comme mentionné ci-dessus, le Sénégal est un exemple en matière de participation aux principaux instruments internationaux et régionaux des droits de l'homme, de la non-discrimination et des droits de l'enfant. Malheureusement, la ratification d'un instrument d'une loi internationale ne garantit pas la protection effective des droits consacrés. Il faut aussi avoir la volonté politique requise, des moyens et ressources adéquats, la participation active et l'implication de tous les acteurs, et bien sûr les capacités techniques et l'expertise nécessaires pour traduire les traités en réalité.

Un exemple concret de cette dissonance est la CDE, qui est l'instrument fondamental le plus important pour la protection des droits de l'enfant. Juste après sa ratification et son entrée en vigueur en 1990, le Sénégal a mis en place un groupe de travail chargé de l'adaptation des dispositions de la CDE au contexte national³⁷. Douze ans plus tard, le *Code de l'Enfance* est toujours au stade de proposition, même si le Ministère de la Famille et de la Petite Enfance dispose d'un *draft* "termes de référence". Néanmoins, conformément aux obligations du traité, le Sénégal a soumis en 1994 un Rapport initial sur l'application de la CDE³⁸, et un Rapport d'avancement en 1999³⁹.

(2) Lois et dispositions réglementaires nationales concernées

Le Sénégal a aussi été très prolifique dans la promulgation de lois et dispositions réglementaires relatives aux droits de l'homme, et plus particulièrement aux droits de la femme et de l'enfant. Manifestement, le plus important est la nouvelle Constitution de janvier 2001; qui fait allusion de façon explicite à la CDE et à la CEDEF, et prête une attention particulière aux couches les plus vulnérables.

En matière de droit pénal, les plus pertinents instruments de législation sont le *Code Pénal*, qui punit la plupart des violations des droits de l'enfant⁴⁰, et le *Code de Procédure Pénale*, qui a mis en place une gestion spécifique de la justice pour enfants destinée aux enfants délinquants⁴¹. Récemment, la Loi 05-1999 a modifié quelques dispositions du Code Pénal et spécifiquement punit toute forme de Mutilation Génitale Féminine (MGF), harcèlement sexuel, pédophilie, agression sexuelle, violence faite aux enfants et incitation à la débauche; mais, comme nous l'avons vu, cette loi n'est pas appliquée correctement.

Le *Code de la Famille* de 1972, qui sert de base juridique pour la plupart des droits de la femme et de l'enfant, contient quelques dispositions qui sont en contradiction avec la CDE et la CEDEF telles que l'impossibilité pour un enfant de revendiquer la reconnaissance parentale auprès d'un Tribunal, la discrimination faite par la loi aux femmes (et aux enfants nés hors mariage) dans la succession, la puissance paternelle attribuée au père; et le choix du régime matrimonial –un privilège exclusif du mari.

Cependant, la plupart des lois portent sur le droit du travail. Les plus pertinentes sont le

³⁷ MSDNS/UNICEF. Etude comparative CDE et environnement législatif, social et institutionnel sénégalais, 1996.

³⁸ Le Comité a attiré l'attention du Sénégal sur l'augmentation alarmante du nombre d'enfants travailleurs et s'est plaint du caractère non obligatoire de l'enseignement élémentaire.

³⁹ Le Sénégal a rendu compte des mesures spéciales prises concernant les enfants en conflit avec la loi, le travail des enfants et l'ESCE, la lutte contre la toxicodépendance parmi les enfants, les mauvais traitements infligés aux enfants et les enfants de la rue.

⁴⁰ Cependant il ne contient aucune disposition punissant la vente ou le trafic des enfants.

⁴¹ Bien que le témoignage d'un enfant devant un Tribunal n'ait aucune valeur.

Code du Travail de 1997, qui fixe l'âge minimum d'admission à l'emploi⁴², les conditions et modalités de l'apprentissage et le droit au congé; le *Code de Sécurité Sociale* de 1973, qui statue sur le droit à la sécurité sociale, la protection des apprentis et le droit aux allocations familiales jusqu'à l'âge de 18 ans. Deux autres lois mineures réglementent les travaux domestiques (Décret Ministériel 72-3006) et le travail des enfants dans le domaine de l'agriculture (Décret 61-347).

Comme on peut le constater, le cadre juridique au niveau national est riche bien que dispersé et quelque fois en porte-à-faux avec les traités internationaux ratifiés par le Sénégal. De toute façon, le problème se pose plus en terme de non-application de la loi, plutôt qu'en terme de faiblesse du cadre juridique. Encore une fois, la volonté politique doit être suivie de moyens et de ressources adéquates, de l'implication des acteurs et l'assistance technique, de sorte à garantir de façon effective les droits reconnus par la loi.

4.2.2 Organisations institutionnelles et politiques

Les premières activités du Gouvernement en faveur des enfants à risque ont été menées dans le cadre du *Plan d'Action Nationale pour l'Enfance 1991-2000* (PANE). C'est dans ce contexte que le Sénégal a lancé en 1997 un *Plan de Lutte contre la Pauvreté* (PLP), visant à réduire de moitié le taux de pauvreté, à l'horizon 2015⁴³. Ensuite un Programme pour l'élimination du travail des enfants a été élaboré en 1998, suivi en 1999 d'un Programme de prise en charge des enfants à risque, avec un accent particulier sur l'égalité des chances.

(1) Le Ministère de la Famille et de la Petite Enfance (MFPE)

Le Développement de la Petite Enfance (DPE) est devenu une priorité politique depuis l'arrivée au pouvoir du nouveau Gouvernement en 2000. Ainsi, en mars 2001 une Direction de la Petite Enfance et des Droits de l'Enfance a été créée au sein du MFPE. Presque au même moment, un nouveau concept de DPE à savoir « la *Case des Tout-Petits* », a été lancé⁴⁴.

Par la suite, le MFPE a fait l'objet en décembre d'une restructuration et est devenu le Ministère Délégué chargé de la Petite Enfance et de la CTP et ensuite est mise sous la Présidence en avril 2004.

⁴² 15 ans (18 pour le travail à risque ou malsain).

⁴³ Malheureusement, la tendance de la pauvreté depuis le lancement du plan a été plutôt négative, comme nous l'avons vu ci-dessus. (Cf. Rapport national sur le suivi du Sommet Mondial pour les Enfants. Décembre 2000)

⁴⁴ L'initiative de la Case des Tout-petits est présentée au Chapitre 4 – 4.7.1.

(2) Ministère de la Famille, du Développement Social et de la Solidarité Nationale (MFSSN)

Par le biais des 32 Centres de Promotion et de Réinsertion Sociale (CPRS) répartis à travers le pays, la Direction de l'Action Sociale assure la protection des enfants et la formation professionnelle. Initialement chargés de prendre soin des délaissés (talibés, orphelins, enfants handicapés, victimes d'exploitation sexuelle, etc.), beaucoup d'entre eux servent aujourd'hui de centres sociaux, de centres de pesée et de nutrition pour les enfants.

En 1992, en collaboration avec l'UNICEF et dans le cadre du *Projet de réhabilitation des droits des talibés*, la Direction de l'Action Sociale a mis en place 41 *Classes communautaires*. Ce type de *daaras* modernes, qui dispensent l'enseignement élémentaire et coranique s'est révélé efficace dans la lutte contre l'exode des *talibés* vers les villes, ce qui facilite leur insertion future dans le marché du travail. Depuis la fin du projet en 1998, ils accordent aux *talibés* une aide estimée à 40 millions FCFA par an, en nourriture (principalement du riz) pour 180 *daaras* et organisent la journée de sensibilisation nationale qui a lieu en avril (Journée Nationale des *Talibés*). Si d'après les estimations de la Direction il y a environ 400.000 *talibés* et entre 2.500 et 3.000 *daaras*, il est manifeste que cette aide est insuffisante.

Pour ce qui est des enfants de la rue, la Direction collabore avec l'UNICEF depuis 1992. Initialement, cette coopération se faisait par le biais d'une série d'activités d'études et de recherches (1992-1996) et plus tard dans le cadre du projet *Appui aux enfants travailleurs et aux enfants de la rue* (1997-1998), avec l'implication de 60 organisations nationales, principalement des centres de prise en charge, et des ONG. Cependant, depuis 1998, la Direction ne mène plus aucune activité en faveur des enfants de la rue, néanmoins, suite à des directives du Président de la république, elle a récemment proposé un programme visant trois objectifs: la réintégration des enfants dans leurs familles d'origine, la promotion de leur adoption et leur inscription dans des structures d'éducation informelles. Malheureusement, les programmes sont confrontés à un manque de financement et il n'y a pas de synergie avec les actions menées par les autres Directions et Ministères.

(3) Ministère Délégué auprès du Ministère de l'Education chargé de l'Enseignement Technique, de la Formation Professionnelle & le Ministère Délégué auprès du Ministère de l'Education chargé de l'Alphabétisation et des Langues Nationales et de la Francophonie

La condition alarmante des talibés⁴⁵ a forcé la Direction de la Langue arabe a examiné pour la première fois l'éducation informelle dispensée par les daaras⁴⁶. En collaboration avec l'UNICEF, ils ont lancé un projet pilote (2002-2006) qui associe la religion à l'enseignement trilingue (arabe, français et langue nationale de la localité) et à la formation professionnelle. Le projet a choisi 80 *daaras*-modèles dans quatre différentes régions du pays⁴⁷. En vue de garantir la pérennité de cette action et d'éviter la mendicité des *talibés*, le projet prévoit de mener des activités génératrices de revenus et de mettre en place un comité directeur au niveau de chaque communauté.

(4) Ministère de la Justice

Créée en 1965, la *Direction de l'Education et de la Protection Sociale* est responsable des enfants adoptés, des enfants en conflit avec la loi, et des enfants en danger moral (abandonnés, victimes d'exploitation sexuelle, enfants de la rue, etc.). Elle mène des actions à trois différents niveaux (Etat, société et famille) et dans cinq domaines: législatif, criminel, civil, économique et culturel. Elle est responsable des centres suivants:

Centres AEMO⁴⁸. Créés en 1974, ils sont orientés vers la protection. Présentement ils sont au nombre de 14, dont quatre dans la zone de Dakar.

Centres d'Adaptation Sociale. Exclusivement réservés aux hommes (jusqu'à 21 ans), ces centres sont orientés vers la réinsertion sociale par le biais de la prise en charge et de la formation professionnelle. Il en existe que deux dans le pays (Nianning et Sébikotane).

Centres Polyvalents. Créés en 1996, ils dispensent un enseignement élémentaire et secondaire aux enfants à risque et à ceux exclus du système d'éducation formelle. Il en existe que trois dans le pays, dont deux à Dakar.

Centres de Détention Juvénile. Il en existe qu'un et il est réservé aux garçons. Les filles en détention sont incarcérées dans un quartier spécial au niveau de la prison des femmes,

⁴⁵ Cf. ci-dessus point 3.1.3 sur les enfants de la rue et les *talibés*.

⁴⁶ Notez que l'enseignement religieux est dispensé dans les *daaras* en arabe, la langue du Coran.

⁴⁷ 25 à Diourbel, 15 à Thiès, 20 à Kaolack et 20 à Dakar.

⁴⁸ *Action Educative en Milieu Ouvert*.

et la plupart d'entre elles sont condamnées pour "prostitution"⁴⁹

Centres de Sauvegarde: Structures ouvertes, elles accueillent des enfants en danger moral. Il y en a quatre dans le pays (Pikine, Cambèrene, Thiès et Ziguinchor).

Malgré l'existence de plusieurs centres avec différentes modalités de prise en charge, la Direction fait face à d'innombrables difficultés: budget limité, concentration de la plupart des centres à Dakar, absence de données statistiques fiables et coordination quasi inexistante entre les différentes Directions des différents Ministères⁵⁰.

(5) Ministère de la Fonction Publique, du Travail et de l'Emploi

Ce Ministère a été très actif dans la lutte contre le travail des enfants. Ils ont pris en compte ce problème dans le premier PANE (1991-2000), en recommandant une recherche plus poussée pour une meilleure compréhension du phénomène. En 1994 a eu lieu l'élaboration du *Plan d'action pour l'amélioration de la condition des enfants qui travaillent*; les principaux instruments internationaux de protection des enfants travailleurs ont été ratifiés (Conventions 138 et 182⁵¹ du BIT), et au niveau national d'autres initiatives législatives importantes ont été prises (révision en 1997 du *Code du Travail*, augmentation de l'âge minimum de l'admission à l'emploi à 15 ans ou le *draft* du décret permettant d'identifier les pires formes de travail des enfants⁵²). Depuis 1997, ce Ministère préside le Comité Directeur chargé du Programme National pour l'Eradication du Travail des Enfants, sponsorisé par le BIT-IPEC.

Malheureusement, le Ministère ne dispose pas d'une Cellule de protection des enfants travailleurs ni d'inspecteurs spécialisés dans le domaine; de plus certains problèmes juridiques au niveau national n'ont toujours pas été résolus. Il s'agit notamment du fossé qui existe entre l'âge de la fin du cycle primaire (12 ans) et l'âge minimum d'admission à l'emploi (15 ans). La plupart des enfants travailleurs ignorent leurs droits, ce qui prouve qu'il y a encore à faire en matière de sensibilisation.

⁴⁹ Ceci est probablement la plus scandaleuse violation de la CDE, qui considère les filles exploitées sexuellement comme des victimes et jamais comme des criminelles.

⁵⁰ D'après le responsable, la collaboration devrait être plus étroite avec le MFPE, le Ministère de l'Intérieur et la Police Nationale.

⁵¹ Cf. ci-dessus point 3.2.1 (1).

⁵² D'après l'Article 4.1 de la Convention 182 du BIT, le Sénégal doit soumettre au BIT une liste des pires formes de travail des enfants au pays. Le *draft* de cette liste comprend: la mendicité exercée pour le compte de tiers, le travail forcé ou exercé en servitude, les travaux très pénibles, les travaux très dangereux, le transport public de biens et de personnes, la récupération de déchets et ordures, et l'abattage des animaux.