

REPUBLIQUE DU SENEGAL
Un Peuple-Un But-Une Foi
Ministère de la Santé et de l'Action sociale
Direction de la Planification, de la Recherche et des Statistiques
Division du Système d'Information Sanitaire et Sociale

Document de référence
Activités Carte sanitaire et
Système d'Information
Géographique
Programmées pour 2014
Dans les zones d'intervention
SEN/027 et PAGOSAN

Version finale
du 29 janvier 2014

Résumé.....	3
Introduction	4
1. Evaluation de la carte sanitaire 2009-2013.....	4
Activité 1 : Mener une enquête d'évaluation proprement dite (SEN/027)	4
Activité 2 : Organiser un atelier de traitement des données de base de la carte sanitaire de 2009-2013 (PAGOSAN).....	5
Activité 3 : Organiser un atelier de validation de l'évaluation de la carte sanitaire 2009-2013 (PAGOSAN).....	7
2. Elaboration de la carte sanitaire 2014-2018	7
Activité 1 : Organiser une journée de lancement de l'élaboration de la carte sanitaire 2014-2018 (Budget de l'Etat)	8
Activité 2 : Collecter les données de base pour la carte 2014-2018 (SEN/027 et PAGOSAN).....	10
Activité 3 : Cartographier les bassins de recrutement des structures sanitaires selon l'origine géographique des malades (SEN/027 et PAGOSAN).....	12
Activité 4 : Organiser un atelier d'élaboration de la carte sanitaire régionale (SEN/027 et PAGOSAN).....	13
3. Elaboration du Système d'Information Géographique Santé pour le Géo Portail Santé.....	15
3.1.1. Contexte du SIG district	15
3.1.2. Justification du SIG district.....	16
Définition du SIG	16
Intérêts du SIG	17
Éléments justificatifs proprement dits	18
3.1.3. Objectifs du SIG à l'échelle district.....	20
3.1.4. Résultats attendus du SIG à l'échelle district	21
3.1.5. Activités du SIG à l'échelle district.....	21
Activité 1 : Organiser des journées régionales d'orientation sur le système d'Information Géographique (SEN/027).....	22
Activité 2 : Acheter quatre appareils Global Positioning System (GPS) (SEN027).....	22
Activité 3 : Organiser des missions de collectes de données géographiques (SEN/027 et PAGOSAN).....	24
Activité 4 : Numériser la trame urbaine des communes (SEN/027 et PAGOSAN)	26

Activité 5 : Organiser des missions de numérisation des zones de responsabilités des formations sanitaires et sociales (SEN/027 et PAGOSAN)	26
Activité 6 : Organiser des journées régionales de validation de la base de données géographiques (SEN/027)	30
Activité 7 : Organiser des Ateliers de formation aux outils de cartographie (SEN/027 et PAGOSAN)	31
Activité 7.1 : Ateliers de formation en cartographie (SEN/027 et PAGOSAN)	31
Activité 7.2 : Atelier régional de formation en GPS et à Google Earth (SEN/027) ...	32
Activité 8 : Organiser des Supervisions post formatives (SEN/027 et PAGOSAN)..	34
Activité 9 : Renforcer les capacités du niveau central en SIG et Géo Portail (SEN/027 et PAGOSAN)	34
4. Cadre logique	35

Résumé

Le Ministère de la Santé et de l'Action sociale (MSAS) dispose d'une carte sanitaire fixée par décret n°2009-521 du 04 juin 2009 qui couvre la période 2009-2013. Ce document de planification sanitaire arrive à son terme.

Le MSAS, à travers la Direction de la Planification, de la Recherche et des Statistiques (DPRS) démarre l'élaboration de la nouvelle Carte sanitaire et sociale 2014-2018 comme le stipulent le décret n°2009-521 du 04 juin 2009 et l'article 17 de la loi hospitalière 98-08 en ces termes « *La carte sanitaire est actualisée au moins tous les cinq ans* ».

Pour ce faire, la DPRS a élaboré des TDR et une feuille de route. Dans cette dernière, figurent toutes les activités à mener pour atteindre l'objectif général qui est de « *rendre disponible une carte sanitaire et sociale 2014-2018 consensuelle et opposable aux tiers* ». Parmi les activités prévues, on peut citer :

- l'évaluation globale de la carte sanitaire 2009-2013,
- la collecte active des données relatives à l'offre de services (disponibilité des paquets de services, ressources humaines, équipements et structures sanitaires),
- la cartographie des bassins de recrutement des EPS,
- l'organisation de cartes sanitaires régionales, et
- la mise en place d'un Système d'Information Géographique ainsi que d'un Portail Santé couvrant tout le pays.

Dans le PIC III de la coopération luxembourgeoise et le PAGOSAN de la coopération belge des financements sont prévus pour l'année 2014 concernant la carte sanitaire et le Système d'Information Géographique.

Ces financements participeront à l'évaluation de la carte sanitaire 2009-2013, à l'élaboration de la carte 2014-2018, à rendre disponibles tous les intrants nécessaires pour la mise en place du Géo Portail Santé concernant ces régions (ii) à faciliter l'utilisation courante de la cartographie pour les besoins des missions quotidiennes des ECR, ECD, EPS et autres.

Dans ce document de référence figurent des activités dont le financement est acquis et d'autres dont le financement est à rechercher (voir le cadre logique situé à la fin de ce document).

Introduction

Ce présent document sert de référence aux activités relatives à la carte sanitaire et financées par la coopération luxembourgeoise à travers le Programme Indicatif de Coopération (PIC III) et par le PAGOSAN de la coopération belge. Les activités sont programmées pour être réalisées en 2014. Ce document est composé de plusieurs parties :

- Evaluation de la carte sanitaire 2009-2013.
- Élaboration de la carte sanitaire 2014-2018.
- Elaboration d'un Système d'Information Géographique Santé.
- Cadre logique

1. Evaluation de la carte sanitaire 2009-2013

Pour élaborer une nouvelle carte sanitaire et sociale consensuelle et opposable aux tiers, partir des résultats de l'évaluation de l'ancienne carte constitue une exigence forte. Cela permettra sans aucun doute de tirer des expériences de cette gestion pour mieux rendre accessible l'offre de service pour les cinq ans à venir. Trois activités sont prévues.

Activité 1 : Mener une enquête d'évaluation proprement dite (SEN/027)

La réduction des inégalités sociales est une priorité du Gouvernement du Sénégal. L'Acte III de la décentralisation est une des réformes phares dans ce domaine. Cette réforme vise à mettre l'accent sur le développement économique avec comme vision d'«organiser le Sénégal en territoires viables, compétitifs et porteurs de développement durable, à l'horizon 2022». La territorialisation des politiques publiques constitue un aspect important de cette réforme. Pris sous l'angle du secteur, cette territorialisation concerne l'offre de service au premier chef.

L'Etat du Sénégal s'est engagé vers l'instauration du programme de la Couverture Maladie universelle (CMU) élargie aux couches défavorisées. Pour commencer, le MSAS a créé la Cellule d'Appui à la Couverture maladie universelle (CACMU) pour faire fonctionner le programme. Les initiatives de gratuité qui existaient ont été regroupées. Plusieurs décisions sont prises dont la gratuité de la consultation des enfants âgés de moins cinq ans, la gratuité de leur prise en charge en cas d'urgence, de la prise en charge de leurs hospitalisations n'excédant pas une semaine. L'Etat s'engage à booster la couverture maladie à 75 % d'ici

Document de référence des activités de la carte sanitaire et du Système d'Information Géographique programmées pour 2014. Zones d'intervention du programme SEN/027 et PAGOSAN. Page 4

2017. En 2014, l'élargissement vers d'autres services est prévu. La réussite de la CMU passe par une carte sanitaire et sociale améliorée (une offre disponible et équitablement répartie sur l'ensemble du territoire) entre autres. Pour améliorer cette offre, il est important d'évaluer la carte existante afin de mieux soutenir cette CMU.

Pour rendre les actions et activités publiques plus efficaces et plus efficientes, le Gouvernement s'est lancé dans l'institutionnalisation de la Gestion Axée sur les Résultats (GAR). Du CDMT, le Sénégal est passé au Document de Programmation Pluriannuelle des dépenses (DPPD) pour harmoniser avec les pays de l'UEMOA. En termes de planification opérationnelle, le MSAS est parvenu à généraliser l'utilisation des Plans de Travail Annuel (PTA) par les centres de responsabilité. Aujourd'hui, le recours à la carte sanitaire pour l'élaboration des PTA serait loin d'être effectif. L'évaluation de la carte sanitaire pourra mieux édifier sur les pratiques réelles à ce sujet.

Lors de la journée nationale de partage des TDR pour l'élaboration de la carte sanitaire et sociale 2014-2014 tenue le 17 décembre 2013 à l'Hôtel des Almadies à Dakar, une des recommandations les plus urgentes était celle relative à l'évaluation de la carte sanitaire 2009-2013. La traduction en actes de cette recommandation permettra d'améliorer ces TDR.

Objectif général

Évaluer la carte sanitaire 2009-2013.

Objectifs spécifiques

1. Identifier les acquis et les facteurs de succès.
2. Identifier et analyser les causes du non-respect de la carte sanitaire 2009-2013.
3. Formuler des recommandations pour une carte sanitaire 2014-2018 consensuelle et bien gérée.

Résultats attendus

1. Les principaux acquis de l'exercice de la carte sanitaire 2009-2013 sont identifiés.
2. Les causes des manquements au respect de la carte sanitaire 2009-2013 sont analysées.
3. Des recommandations sont formulées pour une carte consensuelle et mieux gérée.

Activité 2 : Organiser un atelier de traitement des données de base de la carte sanitaire de 2009-2013 (PAGOSAN)

Depuis 2009, chaque année est organisé un atelier de mise à jour des données de la carte sanitaire grâce à l'appui du Fonds mondial à travers le Round 9 du RSS. Durant cette

activité, des données sur les équipements, sur le personnel, sur les paquets de soins et sur les infrastructures sont collectées. L'objectif de ce suivi est de vérifier le niveau de satisfaction des besoins.

Présentement, la DSISS dispose d'une moisson de données qu'il faut traiter, analyser et interpréter afin de produire un rapport bilan des réalisations qui viendra s'adjoindre au rapport d'évaluation¹.

Objectif général

Produire un rapport bilan sur le niveau de réalisation des besoins identifiés par la carte 2009-2013.

Objectifs spécifiques

- Traiter les données de base de la carte sanitaire 2009-2013.
- Rédiger un document provisoire d'évaluation.

Produits attendus

- Les données de base de la carte sanitaire sont traitées, analysées et interprétées à l'échelle du district et de la région médicale.
- Des graphiques, des cartes seront élaborés à partir des données de base.
- Le rapport provisoire du bilan quinquennal est disponible.

Méthodologie

Ce sont les données les données de base de la carte sanitaire de ces cinq dernières années qui seront traitées (ressources humaines, équipements, infrastructures sanitaires, paquets de services).

Les données de base sont disponibles à l'échelle des structures sanitaires. Elles devront être compilées pour avoir une synthèse à l'échelle district et à l'échelle régionale. Le traitement consiste à faire des compilations, des synthèses, des moyennes. Des logiciels de traitement statistiques, de cartographie seront utilisés. Les participants seront au nombre de 15. Ils viendront du niveau central.

L'atelier se déroulera sur cinq jours. Il aura lieu à Thiés.

¹ L'enquête d'évaluation vise à identifier les acquis, les manquements et faire des recommandations pour une carte 2014-2018 mieux observée.

Activité 3 : Organiser un atelier de validation de l'évaluation de la carte sanitaire 2009-2013 (PAGOSAN)

Avant de présenter les résultats de l'évaluation globale de la carte sanitaire 2009-2013 à la journée de lancement de l'élaboration de la nouvelle carte, la DPRS procédera à la validation du rapport provisoire.

Objectif général

Valider l'évaluation globale de carte sanitaire 2009-2013.

Objectifs spécifiques

- Valider le rapport du bilan des réalisations de la carte sanitaire 2009-2013.
- Valider les résultats de l'enquête proprement dite
- Valider le rapport d'évaluation final

Résultats attendus

- Le rapport sur le bilan des réalisations est validé.
- Les résultats de l'enquête proprement dite sont validés.
- Le rapport final de l'évaluation de la carte 2009-2013 est validé.

Méthodologie

Pour la validation de l'évaluation de la carte 2009-2013, un atelier de deux jours sera organisé à Dakar. Il regroupera en plus du consultant et de son équipe, des agents des services centraux du MSAS, d'EPS, de régions médicales etc.

Après la restitution des résultats de l'évaluation par le consultant, des travaux de groupe seront organisés. Les participants seront invités à corriger le rapport qui leur sera présenté.

2. Elaboration de la carte sanitaire 2014-2018

Pour rendre opérationnel le Plan national de Développement sanitaire (PNDS), plusieurs outils sont mis en place, dont le Cadre des Dépenses à Moyen Terme (CDMT) et la carte sanitaire et sociale. Cette dernière a la principale caractéristique de concerner à la fois les cinq objectifs sectoriels. La carte sanitaire vise l'amélioration de l'accessibilité géographique à l'offre de services et des soins. En tant qu'outil d'aménagement sanitaire, elle est un instrument qui participe à la territorialisation de l'offre de service. Le Plan national de Développement sanitaire (PNDS) la définit comme étant : « ... *un outil de réglementation et de veille pour la répartition de l'offre de service au plan national* ».

Le MSAS se lance dans l'élaboration de sa deuxième carte sanitaire qui couvrira 2014 à 2018. A cet effet, des termes de référence ainsi qu'une feuille de route ont été élaborés. Ces termes de référence tournent autour de sept phases² qui sont :

1. Mobilisation, évaluation, lancement
2. Normalisation du secteur
3. Collecte des données, traitement et analyse
4. Planification
5. Rédaction du document
6. Partage et Validation
7. Vulgarisation

Les activités prévues dans ce document de référence se retrouvent principalement dans les phases 2, 3 et 7. Il n'y a pas pour le moment des financements concernant les autres phases accordés par les deux partenaires techniques et financiers.

Activité 1 : Organiser une journée de lancement de l'élaboration de la carte sanitaire 2014-2018 (Budget de l'Etat)

En raison du caractère consensuel et des implications d'une carte sanitaire, une volonté politique est indispensable. L'élaboration de la nouvelle carte sanitaire 2014-2018 ne se fera pas avec seulement les résultats de quelques activités. Pour aboutir à un résultat positif, il est prévu un ensemble d'activités (missions, ateliers, etc.) censées impliquer plusieurs acteurs, qui du reste ne sont pas tous du MSAS. Le processus va sans doute durer le reste de l'année 2014.

Objectif général

Informier tous les acteurs et la population du démarrage de l'élaboration de la nouvelle carte sanitaire 2014-2018.

Objectifs spécifiques

- Partager les principaux résultats de l'évaluation de la carte sanitaire 2009-2013.
- Partager avec tous les acteurs les différentes étapes déjà réalisées et prévues.
- Partager avec tous les acteurs le volet cartographique (Géo Portail).

² Chaque phase est composée étapes et plusieurs activités

- Partager avec les acteurs les objectifs des forums régionaux prévus pour l'élaboration des cartes sanitaires et sociales régionale.
- Sensibiliser les chefs des services des spécialistes médicales, d'imagerie médicale et de laboratoire ainsi que les services décentralisés de l'Action sociale, sur la normalisation à faire pour les ressources humaines, les infrastructures, les équipements et les paquets de services.

Résultats attendus

- Les résultats de l'évaluation de la carte sanitaire 2009-2013 sont partagés.
- Les acteurs sont informés de toutes les phases et étapes de la feuille de route.
- Les acteurs au niveau régional ont exprimé leur intérêt sur les forums à organiser pour une carte sanitaire et sociale régionale.
- Les chefs des services des spécialistes médicales, d'imagerie médicale et de laboratoire sont informés des attentes du comité de pilotage sur la normalisation des ressources humaines, des infrastructures, des équipements et des paquets de services.
- Les acteurs se sont engagés à s'impliquer convenablement pour la réussite de processus d'élaboration de la nouvelle carte sanitaire.

Méthodologie

Les présentations qui seront faites porteront sur :

- Les résultats de l'évaluation de la carte sanitaire 2009-2013.
- Le partage du projet Système d'Information Géographique Santé.
- L'identification des prochaines étapes.

Cette rencontre importante pourra être présidée par le Premier Ministre. Vu l'importance de cette journée de lancement, plusieurs participants sont attendus : le Cabinet de madame le MSAS ; les directeurs d'EPS ; les MCR ; des MCD ; les PTF ; le Conseil économique, social et environnemental ; les présidents de groupe parlementaire des députés ; les 14 Conseils régionaux ; les 14 Gouverneurs ; des Préfets ; des maires ; des présidents de Conseil ruraux ; les ordres des médecins, et des pharmaciens ; les associations des travailleurs sociaux, des infirmiers, des Sages-Femmes d'Etat ; l'association nationales des postes de santé privés catholiques ; les associations d'émigrés ; le secteur privé ; le Ministère de l'Intérieur, le Ministère de l'Aménagement du territoire et des collectivités locales, le Ministère des Forces Armées, le Ministère de la Justice, le Ministère de l'enseignement supérieur, le Ministère de l'Education nationale, Ministère de la Fonction publique, du Travail et des Relations avec les

Institutions, le Ministère de l'Economie et des Finances, le Ministère du Plan, le Ministère des Infrastructures, des transports terrestres et du désenclavement.

L'activité se tiendra à Dakar et durera une matinée.

Activité 2 : Collecter les données de base pour la carte 2014-2018 (SEN/027 et PAGOSAN)

Cette analyse situationnelle constitue une collecte des données afin de voir l'état de l'offre. Elle entre dans le cadre de l'élaboration de la nouvelle carte sanitaire 2014-2018. Il s'agit d'un baseline, d'un état des lieux exhaustif. Elle concernera toutes les structures socio sanitaires publiques, parapubliques et privées. Les données collectées seront relatives aux équipements ; aux ressources humaines, aux formations socio sanitaires et aux paquets de soins offerts.

La carte sanitaire et sociale évalue les besoins du système de santé en infrastructures sanitaires, en équipements médicaux, en ressources humaines et ce à partir des paquets de soins. Pour ce faire, deux démarches sont utilisées. La première est de recueillir les demandes de la population (carte régionale). La seconde, qui fait l'objet de cette rubrique fait intervenir une collecte de données pour dresser une analyse situationnelle. Pour identifier les écarts, il faut comparer ces données sanitaires de l'analyse situationnelle aux normes.

Objectif général

Collecter les données indispensables à l'élaboration de la carte sanitaire et sociale 2014-2018.

Objectifs spécifiques

Il s'agit à tous les niveaux, à toutes les catégories, aux secteurs privés et publics de :

- Faire un état des lieux de la disponibilité des paquets de soins offerts.
- Faire un état des lieux de la disponibilité des ressources humaines.
- Faire un état des lieux de la disponibilité des équipements.
- Faire un état des lieux des infrastructures sanitaires et sociales.
- Géo localiser les Accidents de la Voie Publique.

Résultats attendus

- La disponibilité des paquets de soins offerts est connue.
- La disponibilité des ressources humaines est connue.
- La disponibilité des équipements est connue.
- La situation des infrastructures sanitaires et sociales est identifiée.

- Les Accidents de la Voie Publique sont géo localisés.

Méthodologie

Concernant l'offre de service des hôpitaux, les outils de collecte de 2008 seront révisés. Les outils de 2008 étaient composés d'un fichier Excel appelé « *Situation des EPS* ». Il était articulé autour des rubriques suivantes (i) lits par services, (ii) ressources humaines. Il ne comptait pas des rubriques sur les équipements d'aide au diagnostic, sur la logistique roulante médicalisée. En plus, le recours aux soins n'était pas bien pris en compte. L'absence de données sur l'utilisation des services en constitua une grande limite. L'intérêt de la prise en charge de l'utilisation du service réside dans l'identification des bassins de recrutement des hôpitaux. Le centre hospitalier régional Sakhir Ndiéguène de Thiès par exemple aurait un bassin qui va au-delà de la Région de Thiès. Pour quels services, il a un bassin de recrutement au-delà de sa zone passive ? Quelle est l'origine géographique de ces patients *hors zone* ? Cette information est importante à savoir afin de mieux apprécier la réalité du recours aux soins. Ceci nous amène à proposer trois outils distincts pour l'hôpital. Il s'agit :

- Paquets de soins offerts,
- Ressources humaines,
- Équipements d'aide au diagnostic et logistiques roulantes d'évacuation,

Ces outils seront administrés à chaque service de l'hôpital (service de soins, d'aide au diagnostic, de soutien, etc.).

Pour la région médicale, les outils de 2008 étaient compartimentés. Il s'agissait de (i) l'existence des structures sanitaires publiques et privées de toutes les catégories, (ii) la disponibilité des lits, (iii) le personnel du secteur privé, (iv) les équipements non médicaux et médicaux, (v) le personnel des ECD, des structures de soins (centres, postes et cases de santé ; maternités). Ici également, les données sur le recours aux soins n'étaient pas utilisées. Concernant l'offre de services des centres de santé, les paquets de soins offerts n'ont pas fait l'objet aussi d'une collecte au niveau des centres de santé. Seuls les équipements et les ressources humaines étaient pris en compte. C'est pourquoi, nous proposons les mêmes d'outils que ceux qui seront utilisés pour l'hôpital. Bien entendu que le contenu sera différent selon qu'on est à l'hôpital ou au centre de santé. Etant donné que la capture de ces données sert à identifier des gaps, les résultats seront comparés aux normes en vigueur.

Un questionnaire sera élaboré pour collecter les données des services de l'Action sociale. Le questionnaire devra être élaboré avec la DGAS.

Les données relatives aux accidents de la circulation routière seront collectées.

Activité 3 : Cartographier les bassins de recrutement des structures sanitaires selon l'origine géographique des malades (SEN/027 et PAGOSAN)

Le MSAS ne dispose pas d'informations sur le recours aux soins d'une manière précise. En effet, le Système d'information à des fins de gestion ne collecte pas les données par origine géographique. L'adresse si importante introduite dans tous les outils de gestion, n'est pas utilisée pour le remplissage des rapports et la remontée des données à la région médicale, et à la DSISS.

Les données envoyées par l'hôpital souffrent de plusieurs insuffisances : (i) les données ne sont pas désagrégées par DS, (ii) les données des malades en provenance des autres districts sanitaires ne sont pas capturées au niveau de leur district d'attache ce qui constitue une perte d'information, (iii) les données des rapports envoyés au niveau central par les hôpitaux ne permettent pas de montrer le bassin de recrutement de la structure hospitalière.

La carte sanitaire et sociale a besoin de dresser le bassin de recrutement des structures sanitaires surtout celles hospitalières. L'intérêt de la cartographie des bassins de recrutement réside à plusieurs niveaux. En effet, les structures sanitaires au bassin de recrutement dépassant la zone de responsabilité officielle, sont victimes d'une utilisation excessive de leurs services, des délais des rendez-vous éloignés, de pannes récurrentes des équipements. Alors qu'au même moment, la structure hospitalière mitoyenne peut être sous utilisée, sous équipée etc. Tout cela pose le problème de l'organisation territoriale des soins. Connaître les bassins de recrutements aide à affiner les besoins et à faire une bonne planification.

Objectifs général

Cartographier les recours aux soins des structures hospitalières et des centres de santé situés aux frontières nationales et régionales.

Objectifs spécifiques

- Identifier les services de soins qui expliquent l'élargissement du bassin de recrutement.
- Identifier les localités effectivement couvertes par les structures sanitaires.
- Confectionner les cartes de recours aux soins des EPS.
- Collecter les dix premières causes de morbidité au niveau des hôpitaux.

Résultats attendus

- Les services pour lesquels le bassin de recrutement s'élargi sont identifiés.
- Des perspectives de territorialisation des EPS sont connues.
- Les cartes de recours aux soins sont confectionnées
- Les dix premières causes de morbidité sont connues (situation épidémiologique)

Méthodologie

Toutes les données relatives aux consultations des SAU, des urgences et consultations externes doivent être collectées, en plus des services d'imagerie médicale et de laboratoires. Le dépouillement concernera l'année 2013. Des outils de collecte seront élaborés. Pour faire le dépouillement, un choix s'impose. Il s'agit de voir si les agents qui vont dépouiller seront choisis dans les hôpitaux ou viendront du niveau central ou intermédiaire. Les chefs des soins infirmiers des hôpitaux, les chefs de service (professeur, spécialistes) et les chargés de données au niveau des services connaissent sans doute mieux les outils de gestion utilisés car s'y inspirant pour faire leurs rapports mensuels.

Durée et lieu

La collecte durera deux semaines.

Activité 4 : Organiser un atelier d'élaboration de la carte sanitaire régionale (SEN/027 et PAGOSAN)

Pour aller vers une carte sanitaire et sociale à l'échelle nationale consensuelle et observée, la voie souhaitée est d'écouter et de prendre en compte la demande de la population. L'administration centrale doit sans doute veiller à un maillage territorial harmonieux de l'offre de soins. Cette exigence doit s'intégrer parfaitement avec l'engagement clair de l'Etat de passer à l'acte 3 de la décentralisation. Cette volonté politique plaide pour la création de véritables bassins régionaux de santé. Les réflexions de cet Acte 3 de la Décentralisation portent sur la pertinence même de la configuration actuelle des quatorze régions administratives. Il est envisagé de renforcer les départements, de supprimer les régions dans leurs formes actuelles, de créer des pôles de développement régionaux à partir des anciennes régions éco géographiques. Le leitmotiv en tout cas est d'encourager le développement à la base par le biais du développement des terroirs.

En plus, élaborer une carte sanitaire c'est aussi rechercher un équilibre entre les demandes des populations et les besoins identifiés par des techniciens. Si les techniciens se réunissent pour

identifier les besoins, il est tout aussi important que les populations s'entendent sur les ambitions et projets sanitaires pour leurs localités (Région, Département).

Objectif général

- Recueillir la demande de la population en matière de carte sanitaire et sociale.

Objectifs spécifiques

- Créer un cadre de dialogue pour tous les acteurs régionaux autour de la carte sanitaire et sociale.
- Identifier les problèmes de santé selon les populations elles-mêmes.
- Recueillir les priorités des populations pour un meilleur accès aux soins de santé et à l'offre de l'action sociale.
- Créer une prise de conscience sur l'importance d'une carte sanitaire observée pour la population.

Résultats attendus

- Un cadre de dialogue pour tous les acteurs régionaux autour de la carte sanitaire et sociale est créé.
- Les problèmes socio sanitaires sont identifiés par les populations elles-mêmes.
- Les priorités des populations pour un meilleur accès aux soins de santé et de l'action sociale sont recueillies.
- Une prise de conscience sur l'importance d'une carte sanitaire observée est faite.

Méthodologie

En pratique, il s'agit d'organiser dans chaque région une rencontre de deux jours pour permettre aux acteurs locaux de réfléchir sur une carte sanitaire et sociale régionale voulue. Les cartes régionales qui seront produites, feront l'objet d'une analyse globale pour en voir l'efficacité. Les participants seront : les membres pour le Conseil régional, du conseil municipal, du conseil rural ; les préfets, les sous-préfets, les membres de l'ECD, de l'ECR, le Service Régional de l'Action sociale (SRAS), le SDAS, les ONG, la société civile locale, les OCB, tous les députés de la Région, les services régionaux des départements ministériels intervenant dans l'offre de service en santé. Cette importante activité sera dirigée par Monsieur le Gouverneur de Région.

La DPRS participera à ces activités comme deuxième rapporteur, le premier sera un membre de l'équipe cadre de région. Pour simplifier le travail, un format de recueil des demandes sera confectionné. Ce format sera utilisé par les rapporteurs. A la clôture de l'activité, le rapport

sera partagé. Les décisions prises seront ainsi validées sous la direction du Gouverneur de Région. Elle sera ouverte et close par celui-ci.

Durée et lieu

L'activité sera sous forme de forum et de travaux de groupe et durera deux jours. Elle se déroulera à la Gouvernance.

3. Elaboration du Système d'Information Géographique Santé pour le Géo Portail Santé

Parmi les insuffisances de la carte sanitaire 2009-2013, figure l'absence d'un Géo Portail pour la diffusion, la vulgarisation et l'évaluation. Elle n'était matérialisée que par le document physique d'une centaine de pages accessibles à travers le site Internet du MSAS. Pour la nouvelle carte sanitaire et sociale 2014-2018, le MSAS compte mettre en place ce Géo portail. Pour l'élaborer, il y a un préalable. Il s'agit d'abord de disposer d'une base de données géographiques et ensuite de mettre en place un Système d'Information Géographique pour la gestion, l'exploitation et la mise à jour du Géo Portail Santé.

3.1.1. Contexte du SIG district

Parmi les innovations envisagées dans la nouvelle carte, figure la mise en place d'un Géo Portail pour mieux la diffuser mais également pour mieux se mettre au service de la population en mettant à sa disposition des informations utiles via le Net.

Pour ce faire, il est indispensable de disposer d'une base de données géographiques de tous les districts et de toutes les régions. Cette base de données comportera entre autres :

- les formations sanitaires et sociales publiques et privées,
- les pharmacies,
- les écoles de formations,
- les centres de recherche,
- les Pharmacies régionales d'Approvisionnement,
- les territoires sanitaires (zones de responsabilités des formations sanitaires),
- les ilots urbains,
- les quartiers,
- les localités telles que les villages et les hameaux,
- le réseau routier
- etc.

3.1.2. Justification du SIG district

De plus en plus, le Système d'Information Géographique (SIG) connu par le grand public sous le nom de Cartographie, constitue un outil important pour le système de santé. Les agents demandent à être formés, les institutions (directions et services nationaux) souhaitent disposer des couches vectorielles pour faire des cartes et des analyses spatiales de leurs données sanitaires.

Avant de passer aux éléments justificatifs proprement dits, la définition et l'intérêt du SIG sont partagés dans les paragraphes suivants.

Définition du SIG

Le Système d'Information Géographique (SIG) est l'outil de base qui permet d'évaluer l'accessibilité géographique de l'offre de services à travers les indicateurs spatiaux qu'il permet de calculer.

Le Système d'Information Géographique un système d'information permettant de :

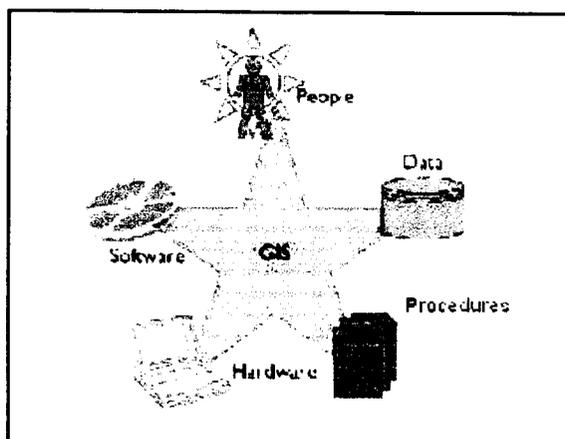
- **Créer,**
- **Stocker,**
- **Interroger,**
- **Présenter**

**des données alpha
numériques GEO
REFERENCES**

pour produire

- **des cartes,**
- **des plans,**
- **un Géo Portail etc.**

Il est composé de personnes, de données, d'équipements informatiques, de logiciels de cartographie et de traitement des images, de procédures d'acquisition de données comme le montre la figure ci-dessous :



Intérêts du SIG

Le SIG présente divers avantages :

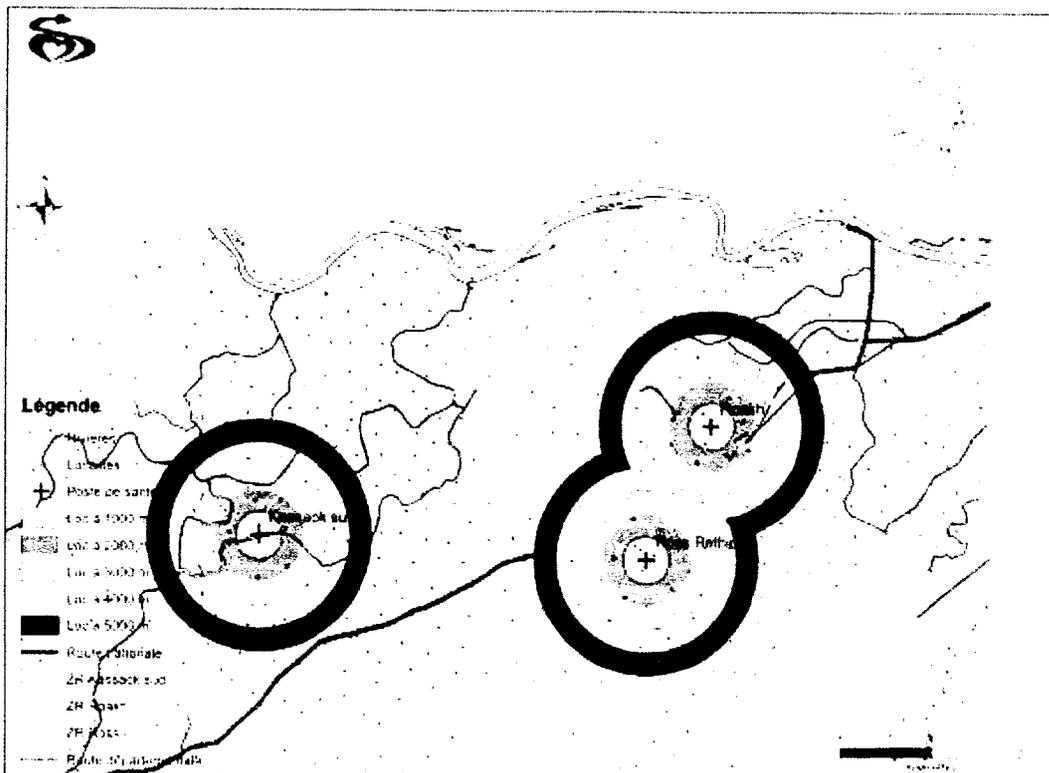
- une amélioration des indicateurs pour l'atteinte des OMD et de tous les autres grâce à une meilleure qualité des données sanitaires en termes de complétude, d'exhaustivité,
- une amélioration dans l'intégration des données sanitaires du secteur privé dans celles du SNIS,
- un suivi amélioré des indicateurs de santé grâce à une meilleure évaluation de la complétude des données,
- une meilleure répartition de l'offre de service sur le territoire régional ou national,
- une baisse des coûts et des délais dans le domaine de la recherche de l'information sanitaire,
- une augmentation de la collaboration entre institutions,
- une géo localisation des structures sanitaires (emplacement des structures sanitaires, distances...),
- une meilleure appréciation de l'accessibilité géographique des structures sanitaires (zones mal desservies, barrières naturelles...),
- une meilleure identification des zones de responsabilité des structures sanitaires en milieu urbain et rural,
- une meilleure maîtrise des populations cibles lors des Journées Nationales de Vaccination (JNV) et autres évènements spéciaux,

- l'amélioration de la gestion des évacuations sanitaires (émission d'un appel téléphonique pour connaître la structure sanitaire spécialisée la plus proche;
- la consultation en ligne des services offerts par les hôpitaux nationaux et les cliniques privées...
- La consultation en ligne des pharmacies de garde en cas de rupture d'un médicament,
- Un meilleur contrôle de la progression spatiale des épidémies avec la production de cartes des zones touchées,
- Une amélioration dans la présentation des principaux indicateurs des régions à la cérémonie de clôture de toutes les instances majeures de coordination de suivi et d'évaluation (CIS, etc.) afin d'aider à la prise de décision.
- Etc.

Au regard de ce qui précède, le SIG intéresse tous les services du MSAS (directions, services centraux, régions médicales, district sanitaire, EPS etc.). L'élaboration et la mise en place de ce SIG dans les trois régions, faciliteront le travail de tous les services du MSAS lors de leurs interventions dans cette zone du SEN/027. Il existe d'autres éléments justificatifs.

Éléments justificatifs proprement dits

Pour l'élaboration, la diffusion et l'évaluation d'une carte sanitaire, le SIG constitue un outil essentiel. En effet, pour donner une idée de l'accessibilité géographique à l'offre de service avec des indicateurs à l'appui, le SIG demeure un instrument extrêmement puissant. Combien d'habitants sont à 5 Km d'une formation sanitaire ? Combien de localités sont à 5 km d'une structure sanitaire ? Dans la carte suivante, on peut observer le nombre de localités situées à un rayon de 1 000, 2 000, 3 000, 4 000 et 5 000 mètres des postes de santé.



Pour la diffusion en continu de la carte sanitaire et sociale 2014-2018, le Géo Portail Santé sera mis en place. La vulgarisation est le neuvième objectif spécifique des TDR³ conçus pour l'élaboration de la carte sanitaire et sociale. En effet, le Géo portail sera un outil de veille de la disponibilité de l'offre de services pour permettre aux Autorités sanitaires de savoir selon une périodicité à définir l'effectivité de la disponibilité de l'offre au niveau des formations sanitaires. Avec cet outil les pharmacies en garde pourront être consultées. Il sera possible avec un ordinateur, un téléphone portable connectés à l'Internet de consulter la pharmacie en garde la plus proche. Le développement du Géo portail pourra permettre d'équiper les ambulances d'un GPS afin de les suivre lors des évacuations sanitaires. Une structure comme le SAMU National pourra bien bénéficier de cette fonctionnalité.

Dans le DHIS 2, un volet de cartographie est prévu. Cette fonctionnalité cartographique du DHIS 2 sera le fruit de la mise en place du Géo Portail Santé.

³ Les TDR comptent 10 objectifs spécifiques

En outre, lors des concertations nationales sur la santé et l'action sociale tenues à Dakar au mois de janvier 2013, il a été demandé dans la liste des mesures à prendre, de géo référencer le système d'information sanitaire.

Par ailleurs, en raison de son apport important, le Système d'Information Géographique est un outil utilisé par les autres départements ministériels. Le Ministère de l'Economie et des Finances, à travers l'Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie est en train de finaliser son Système d'Information Géographique Statistique (SIG Statistique)⁴ avec l'appui de l'Union Européenne et sur financement de l'Etat du Sénégal. Les difficultés rencontrées dans cette cartographie étaient à l'origine du retard observé dans le démarrage du Recensement général de la Population et de l'Habitat (RGPH) de 2013. En plus, la Direction Générale des Impôts et domaines à travers son service cadastral, dispose également d'un SIG dans lequel même les parcelles sont représentées. Il vise à améliorer le recouvrement, à identifier les immeubles à enrôler. Le Ministère de l'Environnement de la Protection de la Nature dispose du Centre de Suivi Ecologique. Ce centre est chargé de mettre en place un SIG entre autres missions. Avec les inondations de ces dernières années (depuis 2005 principalement), le Ministère de l'Urbanisme, de l'Habitat et de la Construction, à travers le Plan Jaxaay avait élaboré un SIG dédié exclusivement à la grande banlieue de Dakar⁵.

3.1.3. Objectifs du SIG à l'échelle district

Objectif général

Élaborer un Système d'Information géographique Santé dans la perspective du Géo Portail prévu.

Objectifs spécifiques

1. Évaluer les besoins des acteurs en matière de Système d'Information Géographique.
2. Créer une Base de Données Géographiques Santé (BDGS) à partir de ces besoins.
3. Identifier des personnes, et des procédures d'acquisitions et d'utilisation pour la gestion du SIG à l'échelle du district.
4. Former les Equipes Cadres, les EPS à l'utilisation et à la mise à jour du SIG.
5. Faciliter la mise en place du Géo Portail Santé en rendant disponibles les données indispensables pour les trois régions.

⁴ Atelier sur le Système d'Information Géographique Statistique National le vendredi 11 décembre 2009 à l'hôtel Teroubi. Courrier n°04690/MEF/ANSD/DMIS

⁵ Grande banlieue correspond aux Départements de Pikine et de Guédiawaye

3.1.4. Résultats attendus du SIG à l'échelle district

1. Le SIG à l'échelle des districts est élaboré à partir des besoins des acteurs.
2. Les Equipes Cadres, les EPS utilisent le SIG dans les missions quotidiennes et le mettent à jour.
3. Les populations rurales situées à plus de 5 kilomètres d'un poste de santé sont connues pour toutes les régions concernées.
4. La base de données géographiques des régions Nord est disponible pour la mise en place du Géo Portail Santé du MSAS.

3.1.5. Activités du SIG à l'échelle district

Pour élaborer ce SIG au niveau des régions concernées, plusieurs activités sont prévues :

- Organiser une journée régionale d'orientation afin de préparer l'élaboration du système d'Information Géographique Santé,
- Acheter de 4 GPS avec appareil de photographie numérique intégré pour les trois ECR et le niveau central,
- Organiser des missions de collectes de données géographiques (formations sanitaires et sociales publiques et privées, les écoles de santé, centres de recherche en santé, les pharmacies, etc.)
- Numériser la trame urbaine (les routes, les ilots de parcelles, les établissements importants tels que la maison des délégués de quartiers, les marchés, etc.)
- Organiser des missions au niveau des districts sanitaires pour numériser les zones de responsabilités des formations sanitaires et sociales.
- Organiser des ateliers régionaux de validation de la base de données géographiques des régions.
- Organiser des ateliers régionaux de formation en cartographie et en GPS.
- Organiser des supervisions post formatives auprès des agents formés et chargés de la gestion du Système d'Information Géographique.
- Renforcer les compétences du niveau central pour la mise en place du Géo Portail Santé.

l'équipe ira dans chaque ECD afin de faire le travail avec les concernés directement. En effet, vu le nombre de structures socio sanitaires, il serait difficile de faire les tracés des zones de responsabilité et les positionnements des structures au bureau et vouloir les corriger lors d'un atelier de validation régionale. En plus, les limites ne font pas l'objet d'une unanimité. Certains districts sanitaires se disputent encore des zones tampon ou des structures. L'équipe aura trois jours par district.

Activité 6 : Organiser des journées régionales de validation de la base de données géographiques (SEN/027)

Après la journée d'orientation sur le SIG, la collecte des données et la construction de la BDGS (numérisation de la trame urbaine et numérisation des zones de responsabilité des structures sanitaires et sociales), l'étape de validation peut être envisagée maintenant. En raison des enjeux et implications importants que la BDGS suscitera sur le plan des zones de responsabilité des structures, une validation au niveau stratégique est requise (MCR, Directeur des EPS et autres responsables locaux).

Objectif général

Valider la Base de Données Géographiques Santé.

Objectifs spécifiques

- Valider les tracés des zones de responsabilité des structures socio sanitaires.
- Valider l'emplacement des structures socio sanitaires
- Mettre à disposition les cartes de DS et de RM aux MCR

Résultats attendus

- La Base de Données Géographiques Santé est validée.
- Les draft de cartes de DS et de RM sont corrigés par les MCR, les MCD et les directeurs d'hôpitaux.
- Les prochaines étapes sont partagées.

Méthodologie

Cette journée régionale de partage et de validation verra la participation des ECR, ECD, des EPS, des services de l'action sociale etc. Elle sera axée sur des démonstrations relatives à la BDGS, des présentations sur ses implications positives sur l'amélioration des indicateurs, sur la disponibilité des indicateurs, sur l'amélioration des évacuations sanitaires, sur l'amélioration des documents et rapports, sur la planification.

Activité 7 : Organiser des Ateliers de formation aux outils de cartographie (SEN/027 et PAGOSAN)

Dans le cadre de l'opérationnalisation de la carte sanitaire, il est prévu d'autonomiser les districts et les régions dans le domaine du Système d'Information Géographique (cartographie). Les structures sanitaires produisent une moisson de données statistiques. Ces données sont présentées le plus souvent sous forme de tableaux ou de graphiques (courbes, histogramme). Cette présentation ne permet pas toujours de ressortir convenablement les disparités entre les structures sanitaires, les districts sanitaires, ou les régions médicales. Elle ne permet pas une prise de décision rapide. Ainsi après, la création de la base de données géographique et sa validation, une série de formations aux outils de cartographie sera organisée.

Activité 7.1 : Ateliers de formation en cartographie (SEN/027 et PAGOSAN)

Objectif général

Produire des cartes thématiques pour aider à une prise de décision rapide et efficace de l'autorité.

Objectifs pédagogiques de la formation

Au terme de la formation, les participants devront être capables de :

- Lire une carte thématique,
- Faire la mise à jour des données tabulaires (table d'attribution, table orpheline,)
- Visualiser sur les fichiers de forme des données jointes à la table attributaire,
- Faire la mise en page en vue d'obtenir des cartes d'une variable, de deux variables en même temps sous forme d'histogramme et de cercle,
- Faire des analyses spatiales.
- Exporter la carte dans des formats adéquats facilitant la présentation lors des réunions de coordination, et de la rédaction de rapports.

Résultats attendus

- Les compétences pour une lecture de la carte thématique sont maîtrisées,
- Les compétences pour faire la mise à jour des données tabulaires (table d'attribution, table orpheline,) sont maîtrisées.
- Les compétences pour visualiser sur les fichiers de forme les données jointes à la table attributaire sont acquises.

- Les compétences pour faire la mise en page en vue d'obtenir des cartes d'une variable, de deux variables en même temps sous forme d'histogramme et de cercle (voir exemple de carte à la dernière page) sont acquises.
- Les compétences pour exporter la carte dans des formats adéquats facilitant la présentation lors des réunions de coordination, et de la rédaction de rapports sont connues.
- Les compétences pour faire des requêtes spatiales sont acquises.

Methodologie

Pour une meilleure appropriation de la formation, trois sessions seront organisées par région. Chaque session durera six jours. Les participants seront les membres de l'Equipe cadre de District, les services de l'action sociale, la brigade d'hygiène, le CRFS, les centres de recherches en santé, les EPS etc. situés dans le district sanitaire. L'Equipe Cadre de district devra désigner un point focal SIG Santé.

Le participant devra se munir d'un ordinateur portable accompagné obligatoirement d'une souris. Le port USB ou le lecteur de disc doit être fonctionnel.

Des cours théoriques et des pratiques seront alternés lors de la formation. Un CD contenant un manuel d'utilisation des compétences enseignées, les Shapestiles des districts et des structures sanitaires seront remis à chaque participant. Le logiciel de cartographie QGIS sera utilisé.

Activité 7.2 : Atelier régional de formation en GPS et à Google Earth (SEN/027)

Une formation au GPS et à Google Earth constitue un préalable pour les acteurs du niveau périphérique. Les mises à jour viendront des régions. S'il y a de nouvelles créations, l'information sera collectée par la région. C'est pour quoi, les agents du niveau périphérique seront formés en GPS. En plus, toutes les activités importantes, passeront obligatoirement par une disponibilité des coordonnées géographiques. Et pour cela, il faut utiliser le Global Positioning System (GPS) qui est l'outil par excellence qui permet de collecter des coordonnées géographiques. La collecte des coordonnées géographiques à partir de la plateforme Google Earth sera aussi enseignée.

Sur un autre plan, la capacité de collecter les coordonnées géographiques se situe à un autre niveau. En effet, avec la nouvelle carte sanitaire qui sera élaborée, il sera demandé dans le dossier de demande d'ouverture de structures sanitaires privées, les coordonnées

d'implantation. C'est pourquoi il est important de former les acteurs locaux au GPS et au Google Earth.

Objectif général

Enseigner aux participants les compétences pour la capture des coordonnées géographiques à l'aide d'un GPS et à l'aide de Google Earth.

Objectifs spécifiques

Au terme de la formation, les participants devront être:

- capables de collecter des coordonnées géographiques des structures socio sanitaires publiques et privées à l'aide d'un GPS.
- capables de collecter des coordonnées géographiques des structures socio sanitaires publiques et privées à l'aide de Google Earth.

Résultats attendus

- Les participants maîtrisent les techniques de collecte des coordonnées géographiques des structures socio sanitaires à partir d'un GPS.
- Les participants maîtrisent les techniques de collecte des coordonnées géographiques des structures socio sanitaires à partir de Google Earth.

Méthodologie

Il y aura une session par région. La formation aura comme cible les membres de l'ECD et de l'ECR (3 participants par Equipe cadre). Le point focal SIG Santé doit être présent.

Des cours théoriques et de la pratique seront alternées. Les questions théoriques vont concerner :

- Les concepts du Système d'Information Géographique,
- Le GPS en Santé publique,
- Les conditions de capture des coordonnées à l'aide GPS. Il y a un certain nombre de conditions à respecter pour obtenir des données de qualité

À propos de la pratique, on insistera sur :

- les techniques de collecte avec le GPS sur le terrain
- les techniques de collecte avec Google Earth
- le contrôle de qualité des données collectées dans Google Earth.

L'atelier aura une durée de deux jours et se tiendra à la région.

Activité 8 : Organiser des Supervisions post formatives (SEN/027 et PAGOSAN)

Il s'agit des supervisions à mener auprès des agents formés et chargés de la gestion du Système d'Information Géographique. Pour assurer un succès au SIG au niveau district, il faut suivre d'une manière rapprochée les points focaux SIG Santé et en même temps plaider auprès du DPRS pour l'utilisation de la cartographie pour présenter les données sanitaires lors des réunions de coordination de la région, du CIS etc.

Objectif général

Superviser les points focaux sur l'utilisation du Système d'Information Géographique à l'échelle district.

Objectifs spécifiques

- Vérifier la fonctionnalité du logiciel de cartographie.
- Evaluer le niveau d'utilisation du logiciel de cartographie.
- Renforcer les compétences en cartographie des points focaux.

Résultats attendus

- Le logiciel de cartographie fonctionne dans les districts visités.
- Le niveau de recours au SIG est connu.
- Un renforcement de compétences est effectué au bénéfice des points focaux.

Méthodologie

La supervision concernera en premier chef les points focaux. Les autres personnes formées pourront faire partie de la supervision si elles le désirent. Une journée par district sera programmée. La supervision se passera dans les locaux du district. L'équipe du niveau national sera composée de deux agents.

Une supervision est prévue par trimestre et sur demande.

Activité 9 : Renforcer les capacités du niveau central en SIG et Géo Portail (SEN/027 et PAGOSAN)

Objectif général

Renforcer les compétences du niveau central dans le domaine du SIG et du Géo Portail.

Objectifs spécifiques

- Acquérir des compétences relatives à la mise en place d'un Géo Portail à la dimension d'un pays.
- Acquérir des connaissances pour la mise en place des organes de gestion, de suivi et d'évaluation d'un Géo Portail.

Composantes	Objectifs opérationnels	Extrants			Activités	Budget en Euros	Budget en Euros disponible	Montant à combler en Euros	Période	Sources de financement
		Libellés extrants	Indicateurs	Cibles						
	Elaboration de la carte sanitaire 2014-2018 (activités concernant la Zone d'intervention du PACOSAN)	Cartographie des bassins de recrutement des EPS des trois régions	Nombre d'EPS dont leurs zones de recrutements est identifiées		Cartographier le bassin de recrutement des structures sanitaires des EPS des trois RM	27480	0	27480	2 ^e trimestre 2014	LUX DEV
		Organisation de la carte régionale	Nombre d'ateliers régionaux organisés	3	Organiser l'atelier sur la carte régionale	22900	0	22900	2 ^e trimestre 2014	LUX DEV
		Organisation d'une collecte active	Des statistiques complètes sont disponibles sur le parc des structures sanitaires, les équipements, les ressources humaines	100%	Organiser une collecte active de l'offre de service	50000	0	50000	2 ^e trimestre 2014	PACOSAN
		Cartographie des bassins de recrutement des EPS des cinq régions	Nombre d'EPS dont leurs zones de recrutements est identifiées		Cartographier le bassin de recrutement des structures sanitaires des EPS des cinq RM	36640	0	36640	2 ^e trimestre 2014	PACOSAN
		Organisation de la carte régionale	Nombre d'ateliers régionaux organisés	5	Organiser l'atelier sur la carte régionale	38170	0	38170	2 ^e trimestre 2014	PACOSAN

Composantes	Objectifs opérationnels	Extrants			Activités	Budget en Euros	Budget en Euros disponible	Montant à combler en Euros	Période	Sources de financement
		Libellés extrants	Indicateurs	Cibles						
Elaboration d'un Système d'Information Géographique à l'échelle district pour la zone d'intervention du SEN/027		Journées régionales d'orientation sur le SIG organisées.	Nombre de journées d'orientation organisées	3	Organiser une journée régionale d'orientation sur le Système d'Information Géographique à l'échelle district	4692	4692	0	1 ^e trimestre 2014	LUX DEV
		Achat de GPS	Nombre de GPS disponibles.	4	Acheter de GPS	4140	4140	0	1 ^e trimestre 2014	LUX DEV
		Organisation de missions de collecte des coordonnées géographiques des structures sanitaires et sociales	Nombre de missions de collecte de coordonnées géographiques organisées	3	Organiser des missions de collecte des coordonnées géographiques des formations sanitaires et sociales	3638	3638	0	1 ^e trimestre 2014	LUX DEV
		Numerisation de l'habitat selon les districts sanitaire	Nombre de bases de données géographiques de la trame urbaine disponibles	3	Numeriser la trame urbaine à l'échelle district	3053	3053	0	2 ^e trimestre 2014	LUX DEV
Organisation de missions de numérisation des zones de responsabilités des structures sanitaires et sociales		Base de données géographiques disponible pour chaque région	3	Organiser des missions de numérisation des zones de responsabilité des formations sanitaires et sociales	12000	6412	5588	2 ^e trimestre 2014	LUX DEV	

Composantes	Objectifs opérationnels	Extrants			Activités	Budget en Euros	Budget en Euros disponible	Montant à combler en Euros	Période	Sources de financement
		Libellés extrants	Indicateurs	Cibles						
		Organisation de journées régionales de validation de la Base de données géographique santé	Nombre de journées de validation de la base de données géographiques sanitaires régionales organisées.	3	Organiser des journées régionales de la validation de la base de données géographiques santé	4632	4632	0	2 ^e trimestre 2014	LUX DEV
		Organisation de séries d'ateliers de formation en cartographie	Nombre d'ateliers de formation en cartographie effectués	9	Organiser des séries d'ateliers de formation en cartographie	37647	37647	0	4 ^e trimestre 2014	LUX DEV
		Organisation de missions de supervision post formation	Nombre de missions de supervisions effectuées	3	Organiser des missions de supervisions post formatives	6794	0	6794	1 ^e trimestre 2015	LUX DEV
		Renforcement de compétences en SIG et en Géo Portail	Attestation de participation à la formation de renforcement de capacité disponible	1	Renforcer les compétences en SIG en Géo Portail du niveau central	22901	0	22901	2 ^e trimestre 2014	LUX DEV
	Créer et mettre en place un outil informatique d'actualisation en matière de cartographie des interventions	Organisation des missions de collecte de données géographiques dans la zone d'intervention du PAGOSAN	Nombre de missions de collecte organisées pour le géo référencement	5	Organiser des missions de collectes de données géographiques dans la zone d'intervention du PAGOSAN	15268	6412	8856	2 ^e trimestre 2014	PAGOSAN

Composantes	Objectifs opérationnels	Extrants			Activités	Budget en Euros	Budget en Euros disponible	Montant à combler en Euros	Période	Sources de financement
		Libellés extrants	Indicateurs	Cibles						
		Numérisation de l'habitat selon les districts sanitaires	Nombre de bases de données géographiques de la trame urbaine disponibles	5	Numériser la trame urbaine à l'échelle district	15000	9160	5840	2 ^e trimestre 2014	PAGOSAN
		Elaboration de la base de données géographiques des cinq régions	Base de données géographiques disponible pour chaque région	5	Organiser des missions de numérisation des zones de responsabilité des formations sanitaires et sociales	19083	6523	12560	2 ^e trimestre 2014	PAGOSAN
		Organisation des ateliers de formation en actualisation des cartes régionales d'intervention	Nombre d'ateliers de formation en cartographie et en GPS effectués	18	Organiser des ateliers de formation en actualisation des cartes régionales d'intervention	62745	7634	55111	2 ^e trimestre 2014	PAGOSAN
		Organisation de missions de supervision post formation	Nombre de missions de supervisions effectuées	5	Organiser des missions de supervisions post formatives	9847	0	9847	1 ^e trimestre 2015	PAGOSAN

MSS



REPUBLIQUE DU SENEGAL
Un Peuple-Un But-Une Foi

Ministère de la Santé et l'Action Sociale

DIRECTION GENERALE DE L'ACTION SOCIALE



VISION

« Le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, à travers la Direction Générale de l'Action sociale développe par un processus global, participatif et inclusif, des stratégies de gestion de la demande sociale en vue de promouvoir l'autonomisation des personnes, des groupes et des communautés vulnérables. »

Plan Stratégique Décennal de la Direction Générale de l'Action Sociale

2015-2024
VERSION FINALE

F3.6.3
2015 / DGAS

SOMMAIRE

PLAN STRATÉGIQUE DÉCENNAL DE LA DIRECTION GÉNÉRALE DE L'ACTION SOCIALE

SOMMAIRE	i
SIGLES ET ACRONYMES	iii
LISTE DES TABLEAUX	vi
RÉSUMÉ EXÉCUTIF	vii
INTRODUCTION	1
CHAPITRE I : LE CONTEXTE	4
CHAPITRE II : DIAGNOSTIC DE L'ACTION SOCIALE	13
2.1. ORIENTATION ACTUELLE DU SECTEUR DE L'ACTION SOCIALE	13
2.1.1. Genèse et configuration actuelle de l'action sociale au Sénégal	13
2.1.2. Cadre légal de promotion et de protection des groupes vulnérables	17
2.1.3. Protection des groupes vulnérables en situation d'urgence	24
2.1.4. Le partenariat	25
2.2. CADRE ORGANISATIONNEL DE LA D.G.A.S.	27
2.3 PROGRAMMES DE PRISE EN CHARGE DES GROUPES VULNÉRABLES	28
2.3.1 La gouvernance des programmes	29
2.3.2 Le Programme national de réadaptation à base communautaire	31
2.3.3 Le Programme d'Autonomisation des Personnes Affectées par la Lèpre et Familles (PAPALF)	31
2.3.4 Le Projet d'Appui à la Promotion des Aînés	36
2.3.5 La ligne de crédits Enfance déshéritée	37
2.3.6 La ligne de crédits Action Médico-sociale	41
2.4 LES RESSOURCES	34
2.4.1 Les Ressources Humaines	44
2.4.2 Les Ressources Financières	47
2.4.3 Les Ressources Matérielles	47
2.5 LES MÉCANISMES DE SUIVI ET D'ÉVALUATION	49
2.5.1 Le diagnostic	49
2.5.2 Le Système Intégré de Gestion (SIG)	49
2.6 ENJEUX, ATOUTS ET OPPORTUNITÉS	51
2.6.1 Les enjeux	51
2.6.2 Les atouts et opportunités	52
CHAPITRE III : LA POLITIQUE NATIONALE D'ACTION SOCIALE 2015-2024	54
3.1 LA VISION	54
3.2 LES ORIENTATIONS STRATÉGIQUES	54

3.2.1 La transformation de la configuration et du cadre juridique de la politique nationale d'Action Sociale	55
3.2.2 La mise à niveau du dispositif et des mécanismes d'intervention	56
3.2.3 La mise en place d'une dynamique partenariale	57
3.2.4 La mise en place d'un dispositif de gestion d'urgence	57

SIGLES ET ACRONYMES

ANSD : Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie

ASSEDEM : Association Sénégalaise pour la protection des Enfants Déficients Mentaux

BOM : Bureau Organisation et Méthodes

CAPE : Cellule d'Appui à la Protection de l'Enfance

CDEPS: Commission Départementale d'Éducation Spéciale

CEPIAD : Centre de Prise en Charge Intégré des Addictions

CERIS : Centre d'Études et de Recherches Internationales et Stratégiques

CHOM : Centre Hospitalier de l'Ordre de Malte

CIH : Classification Internationale du Handicap

CNAO : Centre National d'Appareillage Orthopédique

CRPH : Centre de Ressource des Personnes Handicapées

CVT : Centre Verbo-Tonal

DAHW : Deutsche lepra-und tuberkulosehilfe e. v (associations allemandes de lutte contre la lèpre et la tuberculose)

DAS : Direction de l'Action Sociale

DGAS : Direction Générale de l'Action Sociale

DGREAT : Délégation Générale à la Réforme de et à l'Assistance Technique

ENTSS: École Nationale des Travailleurs Sociaux Spécialisés

FED : Fond Européen de Développement

FORMEDUC : Formation, Éducation et Communication

FSAPH : Fédération Sénégalaise des Associations des Personnes Handicapées

HCECPH : Haut Conseil à l'Égalité des Chances des Personnes Handicapées

IAR : Institut Africain de Réadaptation

IDP : Indicateur Direct Pertinent

INEFEJA : Institut National d'Éducation et de Formation des Jeunes Aveugles du Sénégal

JORS : Journal Officiel de la République du Sénégal

LOS : Loi d'Orientation Sociale

MAC : Maison d'Arrêt et de Correction

MHAVIE : Mesure des Habitudes de Vie

MSAS : Ministère de la Santé et de l'Action Sociale

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OSIWA: Open society for West Africa

PAQUET: Programme d'Amélioration de la Qualité de l'Équité et de la Transparence

PDEF: Programme Décennal de l'Éducation et de la Formation

PNBG: Programme National de Bonne Gouvernance

PNBSF : Programme National de Bourses de Sécurité Familiale

PNCMU : Programme National de Couverture Médicale Universelle

PNEL : Programme National d'Élimination de la Lèpre

PNRBC : Programme National de Réadaptation à Base Communautaire

RBC : Réadaptation à Base Communautaire

RGPHAE : Recensement Général de la Population de l'Habitat de l'Agriculture et de l'Élevage

SIG : Système d'Information et de Gestion

SNPS : Stratégie Nationale de Protection Sociale

UA : Union Africaine

LISTE DES TABLEAUX

Tableau n°1. Répartition des compétences dans les services déconcentrés
de la D.G.A.S

Tableau n°2. Répartition des intervenants dans les services déconcentrés de la
D.G.A.S.

Tableau n°3. Axe stratégique n°1 Orientation générale du secteur

Tableau n°4. Axe stratégique n°2 Mise à niveau du dispositif d'intervention

Tableau n°5. Axe stratégique n°3. Mise en place d'une dynamique partenariale

Tableau n°6. Axe stratégique n°4. Mise en place du dispositif d'information et
Prospective.

RÉSUMÉ EXÉCUTIF

Avec une population générale estimée à treize millions cinq cent huit mille sept cent quinze (13 508 715) habitants (RGPHAE 2013) et un indice de développement humain (IDH) de 0,470 le plaçant au 154^{ème} rang mondial sur 164 Etats, le Sénégal fait partie des pays en voie de développement.

Cet état de fait est une des conséquences d'un modèle républicain d'intégration caractérisé jusqu'à une période très récente par un État central fort, doté de mécanismes d'intégration peu inclusifs. Malgré des avancées significatives, de plus en plus de preuves démontrent que les chiffres de la croissance mettent en marge des millions d'individus issus des segments les plus pauvres et les plus vulnérables de la population. A ce titre, l'ANSD estime le ratio de ménages pauvres à 46%.

Il en résulte une incapacité pour les couches sociales marginalisées à se définir comme disposant d'intérêts spécifiques à défendre, à affirmer leur existence sociale, à exercer un pouvoir social et à se positionner dans le champ des rapports sociaux. Tout cela se traduit par une exclusion sociale structurelle, qui met l'accent sur l'extension de franges de population reléguées hors du jeu social et le plus souvent identifiées en terme de manques de qualification, de travail, de logement, et ou de ressources.

C'est pour faire face à cette situation que le Gouvernement de la République du Sénégal a érigé la protection des groupes vulnérables en axe stratégique majeur en matière de lutte contre la pauvreté, pour s'engager ensuite dans un processus d'élaboration d'un cadre de référence des politiques publiques.

Ce processus est articulé progressivement autour des documents que sont les Documents Stratégiques de Réduction de la Pauvreté (DSRPI et II), le Document de Politique Économique et Social (DPES), la Stratégie Nationale de Développement Économique et Social (SNDES), la Stratégie Nationale de Protection Sociale (SNPS), et tout récemment le Plan Sénégal Émergent (PSE).

Cependant, ces documents de référence ont été conçus sur la base d'une logique horizontale centrée sur le territoire par opposition à la logique verticale s'intéressant

aux secteurs. Ce modèle de développement privilégie dans l'analyse des déterminants de la pauvreté, une approche économiste et quantitative qui est incompatible avec une société involutive où le rapport salarial ne domine pas.

C'est pour opérer les changements permettant de mettre le développement social en cohérence avec la nouvelle donne, que les Nouvelles Autorités Sénégalaises se sont engagées très tôt dans une dynamique de décentralisation, qui a donné naissance à l'Acte III de la décentralisation. Son objectif est d'organiser le Sénégal en territoires viables, compétitifs et porteurs de développement durable. Il s'agit en définitive, d'un projet de territoire, qui offre l'espace adéquat pour construire les bases de la territorialisation des politiques publiques.

L'objet est en conséquence l'acceptation des limites des politiques publiques sectorielles, pour promouvoir des politiques publiques locales inclusives, qui viseraient la croissance économique et le bien-être des populations, avec un nouveau mode de régulation, en phase avec **le Plan Sénégal Émergent**, notamment en matière de **protection sociale**.

Dés lors, le présent travail consiste, pour la Direction Générale de l'Action Sociale à construire, de manière participative, un nouveau référentiel qui permettrait la mise en place de programmes et projets de protection sociale plus inclusifs, visant l'autonomisation des groupes vulnérables.

Par conséquent la construction du Plan stratégique décennal (2015-2024) de la Direction Générale de l'Action Sociale se présente comme un processus de révision des cadres stratégiques et réglementaires, d'identification des obstacles et des lacunes existants, la formulation d'options politiques plus inclusives, ainsi que la définition des modalités idoines pour la révision ou la réforme desdits cadres.

Il s'agit en définitive de conformer le cadre général aux préoccupations de la Direction Générale de l'Action Sociale, d'opérationnaliser et de soutenir la mise en œuvre d'orientations programmatiques en matière de politique sociale dans une perspective d'intégration et de complémentarité systémique, avec le sous-secteur de la santé .

Enjeux, atouts et opportunités

Les enjeux

La création de la direction Générale de l'Action sociale et son encrage au sein du Département de la Santé et de l'Action Sociale, traduit une volonté des pouvoirs publics de renforcer le cadre institutionnel de gestion de la vulnérabilité. A ce titre, l'élaboration du plan stratégique a révélé les enjeux suivants :

- La nécessaire mise en place d'un nouveau cadre de référence en matière de politique d'action sociale permettant l'autonomisation des personnes exclues et/ou marginalisées et de groupes sociaux vulnérables. Il s'agit d'une intervention sociale qui a une visée de transformation sociale et de démocratisation permanente, y compris à l'intérieur des organisations démocratiques qu'elle a elle-même contribué à mettre sur pied, plus conforme aux dispositions de l'Acte III de la décentralisation. Une telle intervention se démarque de l'assistance sociale, met l'accent sur les forces, les talents et les habiletés des membres de la communauté, plutôt que sur les insuffisances, et renforce leur pouvoir d'agir.
- La mise en cohérence du cadre légal de l'action sociale par l'abandon de l'assistantat qui ne favorise pas l'autonomisation des groupes cibles.
- La promotion d'une santé communautaire qui garantit l'accès aux soins et la productivité sociale, par un repositionnement de la DGAS, qui pourra développer ses programmes de développement communautaire, à travers les axes classiques d'intervention que sont la conscientisation, l'organisation et la mobilisation des personnes et groupes vulnérables.
- L'insuffisance des ressources publiques allouées aux programmes d'intervention de la DGAS, le déficit en infrastructures et en ressources humaines, qui ne permettent pas d'apporter une réponse correcte à la demande sociale.
- L'insuffisance de l'articulation entre les secteurs de la santé et de l'action sociale. En effet, l'intervention sociale doit être globale et bien positionné dans les axes stratégiques de la Santé que sont la prévention, le curatif et la promotion.

- Le maillage du territoire national en Centres de Promotion et de Réinsertion Sociale équipés et animés par des intervenants de première ligne compétents, pour accompagner les communautés dans le processus d'appropriation des problèmes sociaux.
- La mise en place d'une dynamique partenariale au niveau national et local en matière de santé et d'action sociale.
- La mise en place d'un système intégré de gestion et de prospective pour une prise en charge effective de la vulnérabilité.

Les atouts et opportunités.

- Existence d'une loi d'orientation sociale en faveur des personnes handicapées ;
- Existence de programmes de filets sociaux : PNBSF, CMU, CEC ;
- Une tradition d'économie sociale structurée, sous forme de coopératives, de mutuelles et d'associations, et d'un secteur informel, composante incontournable de l'économie nationale, véritable moteur d'inclusion sociale et d'emploi, dans divers secteurs.
- L'existence de niches d'emplois à exploiter, autant en milieu rural qu'en milieu urbain.
- Le renforcement institutionnel de l'Action Sociale par la création d'une Direction Générale composée de trois directions techniques en charge du handicap, des groupes vulnérables et de l'Action médico-sociale.
- L'existence de 14 Services régionaux de l'Action Sociale, de 45 Services départementaux, 04 Centres de Réinsertion Sociale et de 46 Centres de promotion et de Réinsertion sociale.
- L'existence d'initiatives relatives aux nouvelles orientations de la Direction Générale de l'Action Sociale par l'évaluation des programmes, le cadrage budgétaire, la gouvernance locale, les comptes régionaux, l'existence d'organes locaux de gestion de la vulnérabilité composés de cadres de concertations régionaux, de comités et de commissions techniques, la création d'instances de partage (C.R.D., coordination de zones, ateliers de revue et de planification).

- L'existence d'écoles de formation de travailleurs sociaux et de cadres de conception, offrant en moyenne 70 intervenants et cadres par année.
- L'existence d'organisations communautaires de base, de fédérations et organisations et de structures d'encadrement de personnes vulnérables.

La vision

Le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, à travers la Direction Générale de l'Action Sociale, développe par un processus global, participatif et inclusif, des stratégies de gestion de la demande sociale en vue de promouvoir l'autonomisation des personnes, des groupes et des communautés vulnérables.

L'élaboration du plan stratégique aboutit à la formulation des recommandations suivantes qui découlent de quatre axes stratégiques :

AXE 1. La transformation de la configuration et du cadre juridique de la politique nationale d'Action Sociale.

- Promouvoir une approche fondée sur les droits humains, qui met l'accent sur la prévention et sur la responsabilité du gouvernement du Sénégal, des Collectivités locales, mais également et surtout des familles et des communautés;
- Donner à chaque citoyen l'opportunité de se prendre en charge et d'assumer sa vie de manière responsable;
- Instaurer une politique d'autonomisation des groupes vulnérables, soutenue par une politique de création et de protection des revenus;
- Mettre en place des politiques locales inclusives, à partir de tables de concertation réunissant tous les acteurs, propres à l'approche participative;
- Voter une loi de secours et de solidarité alimentée par **la création d'impôts nouveaux sur les activités génératrices de dépenses importantes. A cet effet, attribuer 1% des recettes générales annuelles de l'Etat au Fonds de secours et de solidarité.**

AXE 2. La mise à niveau du dispositif et des mécanismes d'intervention.

- renforcer les capacités familiales et communautaires de prévention et de prise en charge de la vulnérabilité;
- Mettre en place un programme de sensibilisation des décideurs et d'intégration du langage des signes et du braille dans le curriculum de formation de tous les enseignants du système éducatif et dans les familles des personnes handicapées;
- assurer une meilleure coordination du financement public, privé et communautaire, ainsi que la mobilisation de moyens financiers complémentaires;
- Mettre aux normes le dispositif institutionnel ;
- Mettre en place un programme national de formation continue des intervenants de première ligne et des superviseurs.

AXE 3. La mise en place d'une dynamique partenariale

- Mettre en place et animer des cadres de concertation en vue de renforcer le partenariat au niveau local;
- assurer une gestion holistique de la vulnérabilité, par la définition d'un Panier Minimum de Consommation au niveau local;
- mettre en place un dispositif de prévention et de gestion des problèmes sociaux liés aux catastrophes naturelles, aux calamités et aux maladies endémo-épidémiques.

AXE 4. La mise en place d'un dispositif de gestion de l'information et de prospective.

- Doter les services de l'action sociale en équipement informatique et en personnel qualifié;
- Mettre en place un observatoire national des vulnérabilités sociales.

INTRODUCTION

Le présent Plan stratégique décennal de développement social de la Direction Générale de l'Action Sociale vise à redimensionner la politique d'action sociale pour la période 2015-2024, pour la mettre en cohérence avec le Plan Sénégal Émergent. Elle s'inspire d'une part du rapport général et des recommandations des Assises nationales de l'Action sociale, tenues du 05 au 08 août 2008, dont l'objectif était l'identification d'un cadre macrosocial, qui viendrait en appui au Document de Politique Économique et Social, et d'autre part de l'analyse des enjeux sociopolitiques en rapport avec le contexte national et sous régional et mondial.

L'État s'est en conséquence engagé à assurer à chaque citoyen, organisation et communauté, des opportunités d'insertion et d'adaptation et les conditions d'un développement intégral, par l'acquisition des prédispositions nécessaires à leur participation active à la vie de la nation.

Le Sénégal a également fait siens les objectifs du Millénaire pour le développement, la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples, la Charte africaine pour l'Action sociale, le Cadre stratégique de l'Union africaine du Plan d'action sur le vieillissement, la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées.

Le secteur a connu des évolutions depuis les Assises nationales de l'Action sociale de 2008, dont les recommandations ont permis de préciser les orientations du secteur, la ratification de la Convention relative aux droits des personnes handicapées, l'élaboration et l'adoption en 2010 d'une loi d'orientation sociale, suivi de décrets d'application.

Il faut ajouter à cela, l'érection en 2012 de l'Action sociale en Direction générale au sein du ministère de la Santé et de l'Action sociale, ce qui rend nécessaire des réajustements stratégiques par rapport aux options contenues dans la lettre de politique sectorielle de l'ex-ministère de la Santé.

Le secteur s'est ainsi doté, par les Concertations nationales sur la Santé et l'Action sociale d'un cadre de référence des politiques sociales, qui devrait permettre

l'identification de projets et programmes ainsi que la réactualisation et le renforcement des mécanismes de transfert de ressources publiques aux groupes vulnérables, de manière à mieux lutter contre l'exclusion sociale et la marginalité, par la redynamisation des dispositifs nationaux et locaux d'intégration sociale.

Il faut cependant souligner que cette nouvelle orientation est plombée par un cadre juridique obsolète pour l'essentiel, et des mécanismes institutionnels relevant de l'assistance sociale peu ou pas du tout opérationnels, ce qui justifie le faible volume des ressources publiques mobilisées, au regard des objectifs assignés au secteur en matière d'Action sociale, perçue comme un processus d'autonomisation des catégories sociales défavorisées.

Cette volonté politique affirmée s'est préalablement traduite par l'organisation, le 30 octobre 2001, du Conseil Interministériel sur les personnes handicapées au cours duquel des directives majeures ont été formulées et mises en œuvre.

Les directives de ce conseil interministériel ont été matérialisées successivement par la création d'un Fonds de solidarité nationale en 2002 et par la mise en place en 2006 du programme national de réadaptation à base communautaire (RBC), financé sur le budget national de l'État du Sénégal. Ces importantes mesures structurelles sont suivies, entre autres, par le financement et la mise en œuvre du projet d'appui aux personnes âgées (PAPA) et de la loi sur les pupilles de la nation.

Sur le plan institutionnel, malgré l'insuffisance notoire du personnel et l'absence d'intervenants spécialisés, les services régionaux et départementaux de l'Action sociale figurent désormais sur la carte des structures administratives du Sénégal, de manière formelle, aux côtés des Centres de promotion et de réinsertion sociale (CPRS). Il reste que le maintien de dispositions réglementaires obsolètes, car relevant d'une politique sociale résiduelle, dénie toute efficacité aux interventions orientées vers les attentes sociales des populations, et justifie des dotations budgétaires insuffisantes au regard des missions du secteur.

C'est dans ce contexte que s'inscrit la perspective d'élaboration participative d'un Plan stratégique de développement social du secteur de l'action sociale, pour la période 2015-2024, sous-tendues par la logique d'une gestion axée sur les résultats.

Le présent Plan stratégique décennal de développement social consiste à construire, de manière participative un nouveau référentiel, en cohérence avec le Code des Collectivités locales, qui permettrait la mise en place de programmes et projets de protection sociale plus inclusifs, visant l'autonomisation des groupes vulnérables.

Il s'agit d'un processus de révision des cadres stratégiques et réglementaires, l'identification des obstacles et des lacunes existants, la formulation d'options politiques plus inclusives, ainsi que la définition des modalités idoines pour la révision ou la réforme desdits cadres,

Il s'agit en définitive de conformer le cadre générale aux préoccupations de la Direction Générale de l'Action Sociale, d'opérationnaliser et de soutenir la mise en œuvre d'orientations programmatiques en matière de politique sociale.

CHAPITRE I : LE CONTEXTE

Depuis l'indépendance, en 1960, le Sénégal a connu, en moyenne, des taux de croissance voisins du croît démographique. Ces contreperformances n'ont pas permis une réduction significative de la pauvreté qui a atteint 67,9% de la population au lendemain de la dévaluation du franc CFA de 1994. C'est seulement durant la période 1995-2005 que l'économie sénégalaise s'est inscrite sur une trajectoire de croissance qui a permis une valorisation du revenu par tête.

Dans l'ensemble, la baisse de l'incidence de la pauvreté s'est avérée particulièrement faible en milieu rural. Cette situation a eu pour effet d'entretenir, voire d'accroître l'exode rural. C'est dans ce contexte que le Sénégal a mis en œuvre la stratégie de réduction de la pauvreté qui a fait l'objet d'un document intérimaire en 2000-2002 et de trois générations de Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP) sur la période 2005-2012. Toutefois, la croissance est restée faible (1,7% en 2011) et la tendance à la reprise affichée en 2012 a été très limitée (3,6%). L'ambition déclarée dans les DSRP et reprise par la Stratégie de Croissance accélérée (SCA), de doubler le PIB en dix (10) ans et le PIB par tête en quinze (15) ans, était difficilement réalisable sans une restructuration de l'appareil de production.

Le pays connaît une dynamique de croissance démographique soutenue, avec une importante population jeune confrontée aux possibilités limitées d'insertion dans le marché du travail. De même, le Sénégal fait face à une forte demande en services sociaux de base.

La pauvreté, les inégalités sociales et les disparités territoriales restent selon le P.S.E. préoccupantes, mettant en évidence l'urgence d'améliorer de manière durable les conditions de vie des populations. Le caractère faible et erratique de la croissance économique a compromis les chances d'atteindre l'objectif de réduction de moitié de l'incidence de la pauvreté (34% pour 2015).

L'incidence de la pauvreté monétaire reste, selon le DRSP II élevée, en dépit des politiques qui ont été entreprises durant la dernière décennie. Elle est passée de 55,2% entre 2001-2002, à 48,7% en 2005-2006 et à 46,7% en 2011. La pauvreté est

l'Etat vers les collectivités locales ne leur ont pas permis de prendre en charge de manière effective les besoins essentiels des populations².

Le transfert de compétences au niveau des collectivités locales se traduit par des transferts à travers lesquels l'État appuie les budgets locaux et le fonds de dotation de la décentralisation (FDD) ainsi que le fonds d'équipement des collectivités locales (FECL) constituent, les principaux instruments qui ont permis à l'État d'appuyer les collectivités locales.

A côté de ces deux mécanismes et afin de favoriser une appropriation par les collectivités locales des mécanismes de gestion budgétaire, l'État a procédé à la décentralisation du budget consolidé d'investissement dans les secteurs de la santé et de l'éducation.

C'est donc à travers un changement de cap que l'économie sénégalaise, qui dispose d'un cadre macroéconomique stable et d'énormes potentialités, décide de s'inscrire dans une nouvelle dynamique de croissance forte, durable et inclusive, de plus de 7% l'an, à travers **Le Plan Sénégal Émergent**.

Il s'agit d'un nouveau modèle de développement, à travers une stratégie qui vise l'émergence dans la solidarité à l'horizon 2035. Cette stratégie constitue le référentiel de la politique économique et sociale sur le moyen et le long terme. Elle met l'accent sur une plus forte impulsion dans la création de richesse et d'emplois, le renforcement de la gouvernance, le développement des secteurs stratégiques ayant des impacts significatifs sur l'amélioration du bien-être des populations, la protection des groupes vulnérables et la garantie de l'accès aux services sociaux de base.

La Vision Sénégal 2035 va au-delà de l'atteinte des OMD et cible une insertion réussie dans les chaînes de valeur mondiales.

Le Gouvernement a engagé, à cet effet, les ruptures qui lui permettront d'inscrire le Sénégal sur une nouvelle trajectoire de développement. Celle-ci devrait se traduire par des actions hardies, pour relever durablement le potentiel de croissance, stimuler

² Etude portant sur les mécanismes de financement de la décentralisation : Quelles stratégies pour un contrôle citoyen efficace (rapport provisoire), 2009

la créativité et l'initiative privée, afin de satisfaire la forte aspiration des populations à un mieux-être.

Cette aspiration à un mieux-être se décline en une vision qui est celle d'«**Un Sénégal émergent en 2035 avec une société solidaire dans un État de droit**». Les orientations stratégiques qui guident les initiatives à prendre pour traduire cette vision en actions et résultats tangibles pour le bénéfice des populations, doivent s'appuyer sur trois axes visant :

1. Une transformation structurelle de l'économie à travers la consolidation des moteurs actuels de la croissance et le développement de nouveaux secteurs créateurs de richesses, d'emplois, d'inclusion sociale et à forte capacité d'exportation et d'attraction d'investissements. Cet axe s'inscrit dans une option de développement plus équilibré, de promotion de terroirs et des pôles économiques viables afin de stimuler le potentiel de développement sur l'ensemble du territoire ;
2. Une amélioration significative des conditions de vie des populations, une lutte plus soutenue contre les inégalités sociales tout en préservant la base de ressources et en favorisant l'émergence de territoires viables ;
3. Le renforcement de la sécurité, de la stabilité et de la gouvernance, de la protection des droits et libertés et de la consolidation de l'État de droit afin de créer les meilleures conditions d'une paix sociale et de favoriser le plein épanouissement des potentialités.

Les trois axes de la Stratégie permettront, par leurs synergies et leurs effets convergents et cumulatifs, de créer les conditions de l'émergence.

La réussite du P.S.E. exige de fortes capacités d'impulsion de l'État et un leadership affirmé. Le Gouvernement va engager, à cet effet, un programme accéléré de réformes pour la modernisation de l'Administration publique, de manière à l'adapter aux exigences de performance induites par la Stratégie, à travers la mise en place de structures de planification et de suivi-évaluation, le renforcement des capacités des personnels, l'appropriation des politiques par toutes les couches de la société et l'exercice d'un contrôle citoyen.

Pour compléter cette dynamique de **bonne gouvernance**, l'État du Sénégal a décidé d'approfondir le processus de développement à la base, en posant l'**Acte III** de la décentralisation, dont l'objectif est d'**organiser le Sénégal en territoires viables, compétitifs et porteurs de développement durable**. Il s'agit en réalité d'un **projet de territoire qui offre l'espace adéquat, pour construire les bases de la territorialisation des politiques publiques**.

Il s'agit spécifiquement d'assurer un ancrage dans la cohérence territoriale, pour une architecture rénovée, qui vise à clarifier les compétences entre l'État et les Collectivités locales, à développer la contractualisation entre ces deux niveaux décisionnels et de veiller à la modernisation de la gestion publique territoriale, avec une réforme des finances locales et une promotion soutenue de la qualité des ressources humaines.

En termes de cadre organisationnel, l'article premier du Code Général des Collectivités locales dispose que les collectivités locales sont le **Département et la Commune**, lesquels disposent de la personnalité morale, de l'autonomie financière et de l'administration libre par des conseils élus au suffrage universel.

Les missions sont la conception, la programmation et la mise en œuvre des actions de développement économique et social.

Les Collectivités locales sont donc **seules responsables de leurs décisions**, et peuvent associer, en partenariat, à la réalisation de projets de développement économique et social, les mouvements associatifs, les groupements à caractère communautaire, dans le respect de l'équité de genre.

En vue de garantir une bonne participation des populations dans la gestion des affaires publiques, l'article n°7 du C.G.C.L. dispose que l'organe exécutif local peut instituer, au sein de la collectivité locale, un cadre de concertation consulté sur les plans et les projets de développement local, les conventions de coopération et les contrats plans. Le cadre de concertation peut, en outre, être consulté sur toute autre matière d'intérêt local.

En ce qui concerne la **protection sociale**, le dispositif retenu reste encore structurellement limité, **du fait de son caractère résiduel**, alors que les mécanismes

comme les filets de sécurité sociale, qui relèvent de mécanismes d'identification en matière de changement, illustrent surtout un greffage sur fond communautaire, et se révèlent incapables de réagir rapidement, encore moins, d'augmenter l'échelle et l'envergure des réponses à l'exclusion sociale et aux crises.

Le système formel de protection sociale n'offre l'opportunité de couverture contre les quatre risques retenus, qu'aux familles dont le chef est employé dans le secteur moderne, lesquelles ne représentent que 20% de la population, ce qui exclut de fait la majorité, soit 80% des sénégalais, relevant essentiellement du monde rural et du secteur informel suburbain.

C'est pour corriger cette situation que la nouvelle politique de santé et de nutrition vise à assurer la délivrance de soins de santé de qualité à des coûts accessibles, par la fourniture d'efforts supplémentaires pour atteindre les OMD en matière de santé. Il s'agit ensuite de renforcer les actions de lutte contre le VIH/SIDA, le paludisme et les autres pandémies. À cet effet, une attention particulière est accordée à la prévention, à l'hygiène et à la promotion d'attitudes et de comportements sains. Les partenariats public-privé dans la construction et l'exploitation des infrastructures de santé et la mutualisation des moyens et des risques sont encouragés. Dans cette dynamique, des pôles fonctionnels et accessibles pour les spécialités médicales et chirurgicales lourdes seront également implantés sur le territoire national.

L'amélioration de la santé et de la nutrition passe par la mise en œuvre adéquate du **Plan National de Développement Sanitaire (PNDS)** pour : (i) atteindre 80% d'enfants âgés de 0-11 mois, complètement vaccinés en 2017 (ii) réduire la morbidité et la mortalité maternelle et infanto-juvénile (iii) maintenir la prévalence du VIH/SIDA dans la population en dessous de 1% (iv) améliorer la gouvernance du secteur (v) avoir au moins 62% de la population inscrite à une mutuelle de santé en 2017 grâce à la Couverture Maladie universelle.

Cette situation a amené l'État à mettre en place le programme de **Couverture Maladie Universelle (CMU) lancé officiellement le 20 septembre 2013** pour garantir, à travers la mutualisation, l'accès de la population à un paquet minimum de soins. Il convient de préciser, le nombre de mutuelles de santé fonctionnelles est passé de 80, en 2003, à 237 en 2011, dont 217 mutuelles de santé communautaires

et 20 mutuelles d'envergure nationale, soit un taux de couverture d'environ 4% au niveau national. La mise en œuvre de programmes de gratuité et de filets sociaux a permis d'améliorer l'accès des groupes vulnérables aux services sociaux de base. Mais l'accroissement attendu des revenus des populations devrait se traduire par un renforcement des systèmes de prélèvement obligatoire et l'augmentation de la capacité contributive dans la prise en charge des besoins en matière de protection sociale. Des régimes simplifiés et adaptés seront développés pour le secteur informel.

Le Sénégal a pris l'option novatrice en Afrique de mettre en place le **Programme de Bourse de Sécurité familiale lancé officiellement le 4 octobre 2013**. La bourse est destinée à fournir des allocations trimestrielles de 25.000 FCFA à des ménages vivant dans une situation d'extrême pauvreté. La phase pilote a touché 50.000 familles et une phase de généralisation à partir de 2014 va permettre d'atteindre 250.000 familles vulnérables en 2017. Cette allocation favorisera l'inscription et le maintien des enfants à l'école, l'assurance de leur prise en charge vaccinale et de leur enregistrement à l'état civil. À travers la bourse de sécurité familiale, c'est une nouvelle bataille qui est engagée pour la scolarisation universelle, la protection de la santé des enfants et donc la baisse de la mortalité infantile.

Le Sénégal a adopté en outre **une stratégie nationale de protection de l'enfant** dont la mise en œuvre permettra la prise en charge des enfants en situation de vulnérabilité et de venir à bout des fléaux comme la mendicité infantile, les abus et exploitations sexuelles, le travail et la traite des enfants.

Le développement inclusif repose aussi sur un respect des besoins différenciés des femmes, des enfants et des groupes vulnérables, en leur assurant un accès équitable aux opportunités. Cela passe par leur autonomisation économique, sociale et politique ainsi que le renforcement des mécanismes de mise en œuvre des textes et règlements y relatifs. Avec le Plan Cadre national pour la prévention et l'élimination du travail des enfants, le Sénégal compte poursuivre le dialogue politique et social entre les différents intervenants, pour mener à bien cette lutte. Par ailleurs, il est admis que la protection sociale contribue directement à la croissance économique. Le Sénégal compte faire sienne l'Initiative pour un **Socle de Protection sociale (SPS)** qui vise à garantir un meilleur accès aux services essentiels et aux

transferts sociaux pour les plus pauvres et les plus vulnérables. La SNPS promeut la protection des droits des personnes handicapées, la parité entre hommes et femmes pour les postes électifs, l'équité et l'égalité de genre et la solidarité avec les groupes vulnérables. Il s'agit d'institutionnaliser un cadre de synergie des actions menées dans le cadre des bourses de sécurité familiale, de la couverture maladie universelle, des Instituts de Prévoyance Maladie (IPM) et des autres mécanismes de transfert monétaire conditionnel en relation avec le secteur privé (assurances, mutuelles, SFD, etc.). Dans le cadre de la mise en œuvre de la loi d'orientation sociale, les personnes handicapées devraient bénéficier de l'accès à divers services dont les soins médicaux au niveau des établissements publics grâce à la carte d'égalité des chances. Il est prévu d'atteindre une cible de 50.000 bénéficiaires à l'horizon 2017.

Au plan institutionnel la carte d'égalité des chances est délivrée par le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale sous la supervision technique de la Direction Générale de l'Action Sociale.

Enfin, la Direction Générale de l'Action Sociale développe des programmes d'autonomisation des groupes vulnérables (PAPA, PNRBC, PAPALF, PED, PCM)³ qui complètent les filets sociaux énumérés. Lesdits programmes ont des sources de financement variés et feront l'objet d'un diagnostic approfondi.

Cependant, des difficultés persistent dans la mise en œuvre de certains programmes de prise en charge des personnes vulnérables, liées à une insuffisance des ressources mobilisées, des systèmes d'information et du dispositif de suivi-évaluation des projets et programmes.

Les programmes et projets ont l'ambition noble de lutter contre la pauvreté, base de la vulnérabilité, mais de par son caractère multidimensionnel, la pauvreté des populations ne peut se réduire à des critères strictement monétaires. L'approche la plus globalisante du phénomène fait référence à la privation de bien-être et aux faibles capacités des populations à satisfaire les besoins fondamentaux, notamment l'accès à un revenu, à l'éducation, à la santé, à l'eau potable et, de façon générale, aux unités de production. Partant de ces considérations, réduire les inégalités

³ Lire les notes techniques et les projets d'établissement desdits programmes.

sociales dans le pays consiste essentiellement à corriger les disparités sociales et territoriales.

Une évaluation équilibrée des effets économiques de l'introduction de nouvelles mesures de protection sociale ne peut se limiter à une analyse de l'impact à court terme des cotisations de sécurité sociale ou des implications fiscales ou financières du régime, mais doit aussi tenir compte **des effets potentiels à long terme du programme de sécurité sociale sur les bases à long terme de la croissance et de réduction durable de la pauvreté.**

Le Sénégal ambitionne de réaliser une croissance forte et inclusive sur les dix prochaines années pour répondre aux aspirations des populations à un mieux-être. À ce titre, la mise en place des conditions favorables à un développement humain durable constitue une des pierres angulaires du P.S.E. Cela passera par l'extension de l'accès aux services sociaux de base, notamment à l'éducation et aux soins de qualité, à l'eau potable et à un cadre de vie sain. Il s'agira également de renforcer les dispositifs de protection sociale ainsi que les mécanismes de prévention et de gestion des risques et catastrophes.

CHAPITRE II : DIAGNOSTIC DE L'ACTION SOCIALE

Il sera question dans ce chapitre du diagnostic du secteur.

2.1. ORIENTATION ACTUELLE DU SECTEUR DE L'ACTION SOCIALE

Ce sous chapitre est consacré à la genèse et à la configuration actuelle de la Direction Générale de l'action sociale, au cadre légal de promotion et de protection des groupes vulnérables, aux formes de partenariat, ainsi qu'au dispositif de protection des groupes vulnérables en situation d'urgence.

2.1.1. Genèse et configuration actuelle de l'action sociale au Sénégal

2.1.1.1. Genèse de la politique d'action sociale

Le concept d'action sociale réfère au dispositif de mise en œuvre des politiques sociales, qui restent des construits sociaux, historiquement constitués à partir des réalités socio- culturelles et économiques de l'Occident. Elles relèvent, pour ce qui concerne le Sénégal, d'un simple phénomène d'acculturation, au service d'une stratégie d'exploitation coloniale, définie à l'avance.

Le fait est que les contours d'une politique sociale africaine résultent des dispositions des recommandations de la Conférence de Brazzaville tenue du 30 janvier au 8 février 1944, à l'effet de statuer sur les conditions d'évolution de l'ensemble des États sous administration française de l'Afrique, même si l'on peut relever des éléments de politique sociale, mis en place par le Front populaire au Sénégal, mais limités aux trois communes.

En matière de mise en place d'une configuration de politique sociale, Audibert (1977) précise en outre que la France n'a fait que suivre la recommandation du premier Congrès international de sociologie coloniale de 1906, qui disait en substance « *qu'il n'est pas désirable d'encourager les indigènes à solliciter individuellement le bénéfice des institutions juridiques européennes* » pour la simple raison, selon le premier Congrès de sociologie Africaine de 1906, que « **la société traditionnelle africaine constitue une société de maximisation de la sécurité et de la prévoyance sociale.** »

Le cadre théorique des politiques sociales en Afrique Noire Francophone réfère, en conséquence, à **la notion d'insuccès, de défaillance ou de faillite de l'individu, qui serait la cause des problèmes sociaux**, autrement dit, **les personnes créent leurs propres problèmes et n'ont pas la volonté de faire le maximum pour affronter leur situation.**

Globalement, il est surtout question **d'une production de dépendance au sein de relations asymétrique, associant une logique accumulative à une logique redistributive et communautaire.**

Le modèle de politique sociale imposé à l'Afrique, ne relève en réalité ni d'un contrat social sui generis, ni d'une solidarité entre classes, mais plutôt **de contraintes de valorisation et de reproduction propres au mode d'accumulation français en Afrique** ; Il suffit de retenir que des éléments aussi fondamentaux que l'assurance – vieillesse et les prestations familiales ne couvraient et ne concernent toujours que les agents de l'État et quelques ouvriers.

La première limite de cette perspective résiduelle en politique sociale en Afrique réside dans le fait qu'elle privilégie **l'individualisme** alors qu'elle se trouve en face d'un modèle d'aide basé sur la solidarité et **le concept de personne-groupe** ; mais la vérité est que cette situation réfère à **une stratégie de minimalisation des rémunérations de la force de travail**, dans le sens du ravitaillement de la France en matières premières à bon marché. **Le problème était d'aider le producteur qui a connu le risque de quitter son village, et non de supporter tout ou partie de la sécurité du revenu du paysan**, pour lequel les structures sociales « archaïques » remplissent correctement cette fonction au bénéfice de la métropole.

Toutes ces limites font que les populations, percevant les institutions sociales comme des structures étrangères, imposées par l'État et au bénéfice d'une logique qu'elles ne maîtrisent pas, aient développé des structures associatives et de solidarité, dans le sens d'une prise en charge effective de leurs problèmes sociaux.

La politique sociale se présente ainsi dans l'espace social sénégalais, comme le fruit de l'emprise partielle d'un système économique dominant, que les Autorités politiques sénégalaises ont reconduite comme telle, au moment de leur accession à l'indépendance.

C'est ainsi que les dispositions des arrêtés n°8002 du 03 décembre 1957 et 1090 du 15 février 1958 ont été reconduites par le décret n°60-108/MSAS du 09 mars 1960 portant réorganisation des Affaires sociales de la République du Sénégal, avec les attributions suivantes :

- l'étude des problèmes sociaux dans leur ensemble ;
- le contrôle, dans la limite des règlements en vigueur, des institutions ou œuvres sociales publiques, semi-publiques ou privées non contrôlées par d'autres départements ministériels ;
- tous les problèmes relatifs à l'enfance délinquante, moralement abandonnée et ou en danger moral, la gestion et le contrôle du Centre d'accueil et d'observation et du Centre de rééducation de Nianing ;
- la protection de la famille ;
- la protection des enfants (tutelle, adoption, pupilles du Sénégal, enfants secourus) ;
- la protection de l'adolescence ;
- la protection de la population (alcoolisme, toxicomanie, prostitution ;
- l'assistance aux catégories sociales les plus défavorisées de la population (indigents, infirmes, déficients...).

Le développement économique et social du Sénégal est plombé, jusqu'à l'adoption du Plan Sénégal Émergent, par le maintien d'un mode de régulation d'ensemble obsolète, car relevant d'un projet de société imposé et extraverti, dont l'objectif reste structurellement éloigné des préoccupations relative à la gestion des attentes sociales nationales.

Le modèle de politique sociale imposé et mis en place au Sénégal, découle d'une modélisation « économiste », qui ne peut déboucher que sur une **réduction des problèmes sociaux à des questions d'optimalisation sous contrainte**.

Dans ce contexte, le rôle des Affaires sociales était d'assurer, comme on le sait et de manière résiduelle, la prise en charge de problèmes sociaux générés par le schéma retenu, sur la base d'un modèle de développement qui privilégie le « **top down approach** » et son corollaire l'approche empirico-rationnelle dont le postulat de base voudrait que « *la personne soit avant tout un être pensant et que l'agent de*

changement se voit comme le dépositaire d'un savoir qui légitime son intention de changement ».

A cette approche résiduelle, adossée sur le culte de l'individualisme, est venue se greffer, dans les années quatre-vingt, d'autres structures, suivant une approche projet et aidé en cela par les Organisations non gouvernementales. Les nouvelles structures privilégient l'**approche- droit** dans le principe, et bénéficient de la manne internationale et nationale, pour intervenir pratiquement dans les mêmes domaines que la Direction de l'Action Sociale, laquelle maintient toujours une approche besoin, malgré des tentatives de réformes, qui ne remettent fondamentalement pas en cause sa philosophie d'action.

La non institutionnalisation de l'Approche- Droit en matière d'encadrement des jeunes filles, des Femmes, des Enfants, et des personnes handicapées, a débouché sur l'éclatement du champ d'intervention de l'Action Sociale, situation renforcée par le transfert de la dimension stratégique de la lutte contre la pauvreté au Ministère de l'Économie et des Finances, alors que le ministère en charge de la Pauvreté se limite à la gestion opérationnelle de l'exclusion

Il va de soi, que dans ce contexte, les structures d'intervention à la base que sont les Centres sociaux, créés en 1968, devenus Centres de Promotion et de Réinsertion Sociale, soient non seulement peu ou pas opérationnelles, mais sont doublées en matière d'encadrement des cibles et par des organisations non gouvernementales, ne disposant le plus souvent d'aucune lettre d'exécution technique, et paradoxalement par des projets relevant du même département ministériel, ou de différents autres ministères, sans aucun projet de renforcement des capacités des structures d'intervention en première ligne. Tout cela empêche pour l'essentiel, à l'État d'honorer ses engagements internationaux, tandis que le monitoring du secteur, de par une absence réelle de stabilité, se traduit pour l'essentiel à des problèmes d'évaluation, du fait de l'indisponibilité d'une banque de données et de l'absence d'un dispositif global de suivi et d'évaluation.

2.1.1.2. Configuration actuelle de l'Action sociale

L'adoption du Plan Sénégal Émergent à partir de 2012, s'est traduite par l'érection de l'Action sociale en Direction Générale, chargée de poursuivre et de renforcer la mise

en place du cadre global de protection sociale, de l'autonomisation des groupes vulnérables et de la gestion communautaire des risques et catastrophes.

Cette direction générale est structurée autour de directions techniques que sont la direction de la promotion et de la protection des groupes vulnérables, la direction de la promotion et de la protection des personnes handicapées et la direction de l'Action Médico-sociale.

Ce dispositif sert de réceptacle aux programmes retenus par l'État, à titre d'action sociale, adossés sur les Conventions des Nations ratifiés par le Sénégal, que sont :

1. Le programme d'autonomisation des personnes affectées par la lèpre et familles ;
2. Le programme d'Appui à la promotion des Aînés ;
3. Le programme Enfance déshéritée ;
4. Le programme de prise en charge médicale des indigents et groupes vulnérables ;
5. Le programme de Réadaptation à base communautaire des personnes handicapées.
6. Les programmes spécifiques de prise en charge des groupes vulnérables au niveau local.

Jusqu'à une période très récente, ces programmes s'inscrivaient dans une logique verticale qui permet de s'adresser à un grand nombre de bénéficiaire à la fois mais ne favorisant pas une proximité avec les populations, encore moins leur autonomisation.

2.1.2. Cadre légal de promotion et de protection des groupes vulnérables

Le cadre légal de la Direction Générale de l'Action Sociale est structuré autour de trois générations de textes.

- **Une première génération concerne la période allant de 1960 à 1970**, avec des dispositions législatives et réglementaires dont le maintien entrave le fonctionnement de la Direction Générale, constituant de fait, un réel facteur bloquant pour une mise en œuvre correcte des compétences transférées Santé et Action sociale. C'est ainsi que les dispositions

prévues par les articles n°31, 32, et 33 de la loi n°96-07 du 22 mars 1996, en matière de transfert de la compétence Action sociale, et reconduites comme telles par les articles n°306 et 307 de la loi n°2013 du 28 décembre 2013 portant Code Général des Collectivités locales, maintiennent l'Action Sociale dans une logique d'assistance, ainsi qu'on peut le relever dans le décret n°96-1135 du 27 décembre 1996 portant organisation et fonctionnement de la compétence transférés Santé et Action sociale.

Le droit positif sénégalais a très tôt introduit des dispositions appropriées relatives au statut des pupilles de la Nation dont la loi n°67-42 du 13 juillet 1967, suivie de la loi n°81-52 du 10 juillet 1981, précisées par le décret n°69-1054 du 23 septembre 1969, portant allocation des secours aux orphelins et enfants déshérités, toutes dispositions abrogées par le décret n°96-1155, d'où un vide juridique, comblé finalement par la Stratégie nationale de protection des droits de l'Enfant.

Le statut de pupille de la Nation repose sur les principes de la solidarité nationale et du respect par l'État des droits universels de l'enfant, qui permettent à la Nation de se substituer aux familles démunies, de manière à assurer partiellement ou totalement les besoins d'entretien et d'éducation de ces enfants, mais cette compétence, prévue par le décret n°60-108 précité, a été confiée à une agence nationale relevant du département en charge de la famille et de l'enfant.

- **Une deuxième génération de textes allant de 1970 à 1980** s'inscrit dans le cadre d'une stratégie de maîtrise des problèmes humains et sociaux appelés quelques fois encombrement humain. Il s'agissait de l'instauration d'une organisation méthodique tendant à recenser et à coordonner les actions afin de pouvoir agir efficacement sur les groupes-cibles en termes de protection sociale.

Il s'agit d'une stratégie qui consiste en la mise en place de dispositions générales par la création de structures et la promulgation de dispositions législatives et réglementaires mais aussi par des mesures spécifiques à chaque groupe-cible.

La première mesure consistera en la création d'un **Comité National d'Action Sociale (CNAS)**. Le Comité devait, avec l'aide de certaines professions spécialisées, donner des avis techniques circonstanciés et formuler des recommandations sur les sujets soumis à son appréciation par le Gouvernement.

La seconde phase devait déboucher sur la création d'une institution de nature philanthropique, dont l'action était être dirigée exclusivement vers la recherche de moyens capables de financer les projets identifiés, la Fondation Nationale d'Action Sociale créée le 1^{er} Mars 1972 et reconnue d'utilité publique par le décret n° 74 du 07 juin 1974, elle est placée sous le haut patronage du Président de la République. La FNASS devra consacrer ses moyens et ses efforts à la défense comme au soutien tant matériel que moral des êtres souffrants, contre les atteintes de la maladie ou de l'âge. Elle se propose également de travailler au reclassement social et professionnel des déshérités. Les institutions administratives, associations privées et philanthropiques devaient être indicatrices de projets, lesquels étaient examinés et soumis pour financement par le Comité National d'Action Sociale à la FNASS. Le problème est que la FNASS ne fonctionne plus depuis l'an 2000, malgré une directive présidentielle la rattachant au département en charge de l'Action sociale.

L'État devait par la suite s'atteler à la création de structures sociales orientées vers la protection de chaque catégorie de populations défavorisées.

Elle se fera par la reconnaissance de l'ASAL par le décret n°64-505 du 03 juillet 1964. Cette association est orientée vers le dépistage, des soins dispensés à l'Institut d'Hygiène Social, l'hébergement grâce à des baraquements édifiés à côté du cimetière musulman ainsi que par les tentatives d'implantation de villages de reclassement social de lépreux.

La loi n° 76-03 du 25 mai 1975 relative au traitement de la lèpre et au reclassement social de lépreux et mutilés, prévoit non seulement le traitement des lépreux, mais également et surtout la création de villages de

reclassement social pour les lépreux blanchis. Ces villages devaient être en mesure d'abriter confortablement cette catégorie de personnes, pour les rendre ensuite de moins en moins dépendantes de l'État et de l'assistance de l'ASAL.

En ce qui concerne les talibé-mendiants, le séminaire sur l'enseignement du Coran organisé à l'Institut Islamique de Dakar les 17 et 18 mai 1978 devait pour sa part déboucher sur l'instruction n° 87-PM du 07 octobre 1978 relative aux écoles coraniques, par laquelle le Gouvernement s'accorde un droit de regard sur son fonctionnement dans la mesure où ce sous-système pose des problèmes sociaux et moraux. Mais cette compétence est aussi partagée présentement avec la Direction de la Protection des Droits de l'Enfant et des Groupes vulnérables.

C'est dans cette même dynamique que la loi n° 75-77 du 9 juillet 1975 et son décret d'application n° 76-213 du 23 février 1976 prévoient la mise en cause des parents intéressés, sans complaisance, et le fichage des mineurs suivi du placement d'office du mineur interpellé en cas de récidive.

Pour faciliter la prise en charge des mineurs en danger moral et sur les recommandations du groupe de travail restreint du 9 février 1977, le Conseil interministériel du 14 juillet 1977 a pris des décisions de réformes structurelles suivantes :

- La transformation du service de l'Éducation Surveillée en Direction ;
- Transfert du Centre de Thiaroye au Ministère de la Justice ;
- Création de secteurs d'actions éducatives en milieu ouvert à Kaolack et à Saint-Louis ;
- Création à Dakar d'un Centre de Sauvegarde destiné aux enfants raflés non réclamés ;
- Achèvement de l'annexe du CAOMI 1.

Il faudrait ajouter à ces dispositions, le décret d'application N° 75-1092 du 23 octobre 1975 créant à Thiaroye, un établissement spécialisé de type fermé destiné à l'internement des malades mentaux ayant fait l'objet d'une décision

judiciaire, ainsi que le décret d'application N°75-1093 du 23 octobre 1975, fixant les conditions d'organisation et de fonctionnement des villages psychiatriques.

En ce qui concerne les personnes victimes de la lèpre, le décret n°78-547 du 16 juin 1978 permet l'application de la loi 76-03 du 25 mars 1976 relative au traitement de la lèpre et au reclassement social des lépreux guéris et mutilés.

Pour mettre fin à la prolifération des talibés-mendiants dans les artères de la capitale et des principales villes du pays, le Conseil National du 30 avril 1977 devait proposer aux pouvoirs publics, de doter l'école coranique d'un statut proche de celui de l'enseignement privé. L'objectif de cette proposition était de doter les autorités de moyens juridiques pouvant favoriser le contrôle des talibés et des conditions d'enseignement.

- **La troisième génération de textes, allant de 1980 à nos jours**, consacre l'abandon de l'approche holistique, basée sur les besoins, en termes de prise en charge des personnes et groupes vulnérables, pour une approche droit, fondée sur les catégories sociales que sont les enfants, les femmes, les personnes handicapées les personnes âgées et la famille.

Il s'agit, en principe, de la mise en place de politiques sociales sectorielles, matérialisées en réalité par des programmes développés, en application des Conventions et traités signés par le Sénégal.

Le cadre légal de l'Action sociale au Sénégal est structuré autour des Conventions que sont le Plan d'Action sur la famille Africaine, les engagements du NEPAD, les Objectifs du Millénaire pour le développement, le Plan d'Actions de Beijing, la déclaration du Sommet Mondial sur la Famille +5 de 2009 à Istanbul, la Convention des Nations Unies sur les Droits de l'Enfant, la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples, la Charte africaine pour l'Action sociale, la Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant, la Convention de Madrid sur les personnes âgées le Cadre stratégique de l'Union africaine du Plan d'action sur le vieillissement, la Convention des Nations Unies sur les droits des personnes handicapées.

Au niveau national, la Convention des Nations Unies sur les Droits des personnes handicapées a été précisée par la loi n°2010-15 du 6 juin 2010 portant loi d'orientation sociale et ses textes d'application dont le décret n° 2012-1038 du 2 octobre 2012 relatif aux commissions techniques et de l'éducation spéciale et l'arrêté n°2007-284 du 24 janvier 2007 portant le projet de réadaptation à base communautaire, JORS n° 6362 du Samedi 25 août 2007. Mais le niveau d'inclusion sociale de cette disposition légale pose problème du fait de l'absence de l'essentiel des décrets d'application, dont celui relatif à la Haute Autorité.

Le même problème se pose au niveau de la loi 2009-23 du 08 juillet 2009 portant code de la construction, laquelle loi prévoit à son article L5 que : « les dispositions architecturales et les aménagements des bâtiments servant :

- L'habitation collective ou destinée à habiter des travailleurs ;
- D'édifices publics destinés à la formation, notamment les locaux scolaire, universitaire ;
- Et les établissements sanitaires doivent être conformes aux normes de construction pour l'accès des personnes handicapées ».

En ce qui concerne l'Enfance déshéritée, le Sénégal a réaffirmé ses engagements en matière de protection des droits et du bien-être de l'enfant, comme le stipulent la Convention internationale des Droits de l'Enfant ratifiée le 26/06/1990 et la Charte Africaine des Droits et du Bien-être de l'Enfant du 26/08/1998, tout en faisant siennes les recommandations de la Conférence sur le Renforcement des systèmes de protection de l'Enfance en Afrique sub-saharienne, et celles de la Conférence des pays d'Afrique sub-saharienne sur la mobilisation autour du renforcement de la famille et de la prise en charge alternative.

C'est dans ce cadre que la Direction Générale de l'Action sociale a participé à la conception de la Stratégie nationale de protection de l'Enfant, validée politiquement le 27 décembre 2013, qui met l'accent sur la prise en charge intégrée, avec la famille et la communauté comme noyau dur des interventions.

La prise en charge des personnes âgées relève, sur le plan international du Plan d'action international de Vienne sur le vieillissement, adopté en 1982 par

l'Assemblée mondiale sur le vieillissement, confirmée par le Plan d'action international de Madrid sur le Vieillissement de 2002.

Il n'existe pas de politique sous-sectoriel, ni de plan d'action, mais les personnes âgées bénéficient au Sénégal, d'un programme sectoriel de prise en charge, axé essentiellement sur les bénéficiaires d'une pension de retraite des secteurs public et privé, représentant moins de 20% des personnes âgées

On peut relever cependant d'importantes initiatives en direction des personnes âgées parmi lesquelles on peut citer :

- Le Plan SESAME, pour la prise en charge médicale gratuite des personnes âgées de soixante ans et plus ;
- Un projet d'appui à la promotion des aînés a été initié par le Département en charge de l'Action sociale, et visant l'amélioration des conditions socio-économiques des personnes âgées par le financement de micro-projets et le renforcement de leurs capacités opérationnelles.

Le référentiel de la politique de la famille relève des recommandations et des déclarations issues du Sommet Mondial sur la Famille tenu à Sanya en 2004, du Sommet Mondial sur la Famille + 1, tenu à Aracaju en 2005, le Sommet Mondial sur la Famille + 2 de 2006 à Dead Sea, le Sommet Mondial sur la Famille + 3 tenu à Varsovie en 2007 et le SMF + 4 de 2008 au Caire.

Mais la Déclaration du Sommet Mondial sur la Famille + 5, sur l'Approche améliorée de l'OMD3, tenue à Istanbul du 4 au 7 décembre 2009, sur le thème « FAMILLES ÉQUILIBRÉES » - Réaliser l'Égalité de Genre et Renforcer les capacités des Femmes, dispose qu'il existe plusieurs solutions pratiques pouvant réduire les inégalités basées sur le genre, qui restreint le potentiel de réduction de la pauvreté et la réalisation d'un haut niveau de bien-être de la famille dans toutes les sociétés à travers le monde.

Le même Sommet précise cependant que la réalisation de l'Égalité de Genre et l'autonomisation de la Femme, constituent des problèmes pour lesquels le lieu le plus approprié pour en discuter est la famille, ce qui s'est traduit au Sénégal par la

Stratégie Nationale pour l'Équité et l'Égalisation de Genre, qui vise le renforcement de l'équité et l'égalité des sexes, en adéquation avec les recommandations de la Conférence de Beijing sur les femmes..

La mise en œuvre de ces dispositions est plombée au Sénégal, par une approche catégorielle, axée sur la femme à partir de 1985, favorisée par le maintien d'une politique d'assistance à la famille au niveau du département en charge de l'Action sociale. La mise en place d'un programme F.E.N.U. de promotion de la femme, a entraîné par la suite le transfert des lignes de crédits relevant de l'assistance à la Famille au département en charge de la Femme et de la Famille.

Cette approche empirico-rationnelle et catégorielle des attentes sociales est présentement remise en cause par les dispositions du **Plan national d'Aménagement du Territoire (PNAT)**, quia comme finalité le développement des territoires à partir de leurs ressources spécifiques pour réduire les disparités de développement socio-économique. Le Gouvernement a compris qu'il « Il existe un lien entre le découpage territorial, l'accès aux services sociaux, la réponse aux besoins des populations, la participation des citoyens à la gestion des affaires locales et le développement socioéconomique », renforcées parla loi n° 2013-10 du 28 décembre 2013portant Code général des Collectivités locales du 28 décembre 2013. L'axe III remet en effet en question « le top down approach », basé sur des programmes conçus au sommet, pour un« bottom up process », qui fait nécessairement des politiques sociales locales inclusives des produits transactionnels.

2.1.3. Protection des groupes vulnérables en situation d'urgence

Il n'existe présentement aucun dispositif institutionnalisé de prise en charge des groupes vulnérables en situation d'urgence. Les interventions se limitent à des aides ponctuelles en cas de sinistres ou de calamités naturelles. Une opportunité existe cependant avec la mise en place des politiques publiques locales, autant au niveau de la prévention que de la prise en charge communautaire des groupes vulnérables.

2.1.4. Le partenariat

Les formes de partenariat développées par la Direction Générale de l'Action sociale relèvent pour l'essentiel de partenariats de sous-traitance, dans des domaines, à l'origine propres à l'Action sociale et confiés présentement à d'autres départements ministériels, du fait d'une dynamique de parcellisation de la gestion de la demande sociale.

L'absence de politiques sociales dignes de ce nom a obligé la Direction Générale de l'Action sociale à développer des formes de partenariat de mise en cohérence des interventions, dans les domaines de l'Enfance, de la protection sociale, de la Solidarité, de la famille, perçue comme groupe vulnérable, de la Santé et des Personnes handicapées.

Aussi, important soit-il, le partenariat n'est pas perçu comme un élément d'élargissement du champ d'actions de la DGAS avec un système de responsabilités, de redevabilité et de suivi-évaluation des interventions.

L'analyse situationnelle a montré l'absence de répertoires des partenaires de la DGAS, la méconnaissance des conventions signées avec la DGAS au niveau déconcentré créant ainsi les conditions d'un déploiement d'initiatives sans aucun dispositif d'harmonisation.

L'instabilité institutionnelle de l'action sociale a conduit à une parcellisation de la gestion de la demande sociale gérée par plusieurs départements ministériels.

Ainsi, dans le cadre de la mise en œuvre de ses programmes d'autonomisation, la DGAS développe des stratégies partenariales avec diverses structures publiques et privées.⁴

L'analyse du réseau partenarial de la DGAS révèle des insuffisances dans certains domaines.

⁴Voir liste conventions de partenariat

Dans le domaine médical, les six (6) conventions signées avec des structures hospitalières pour la prise en charge médicale des indigents ne couvrent que la région de Dakar. Ce déficit doit être comblé par une généralisation des conventions dans l'ensemble du territoire national avec l'élargissement aux hôpitaux régionaux en articulation avec la CMU. L'atteinte d'un tel objectif passe nécessairement par l'apurement de la dette que la DGAS doit aux structures de santé, tel que mentionner dans la note technique de réorientation du programme de prise en charge médicale.⁵

Dans le domaine de la gestion des groupes vulnérables, la collaboration que la DGAS entretient avec les organisations non gouvernementales et les organisations faitières facilite la mise en œuvre des politiques publiques sectorielles. A cet effet, la DGAS a mis en place un comité scientifique⁶ comme cadre de partage avec ces différents acteurs.

Par ailleurs, sur le plan international et sous régional, le ministère de la santé et de l'action sociale participe régulièrement à diverses rencontres dans le cadre de la coopération bilatérale et multilatérale. C'est ainsi que des participations sont notées au niveau des Nations Unies et à l'union Africaine dans le domaine du développement social sur des thématiques concernant les groupes vulnérables⁷. La participation à ces rencontres offre des opportunités partenariales à capitaliser et consolider dans le cadre du présent plan stratégique.

Ces formes de partenariat ne peuvent relever, compte tenu des logiques sectorielles, que de **partenariat de coexistence** ou de **partenariat de complémentarité**, pour se

⁵Voir note technique de réorientation du PCM

⁶Voir note de service instituant ce comité scientifique

⁷Voir rapports de missions

limiter aux échanges d'information entre services, ou en fonction des préférences moyennes de la population, accepter de soutenir en partie les préférences minoritaires, prises en charge par les organismes communautaires.

Les avantages des services autogérés par ces organismes sont ainsi combinés à ceux de l'État, dans une réponse supplémentaire aux services publics, comme dans le cas de la Couverture Maladie Universelle. Cette approche est présentement remise en question par les limites du « top down approach » et la mise en exergue des politiques publiques locales, qui préfigure une approche participative qui transforme les politiques sociales en produits transactionnels.

Avec l'axe III, il devrait être possible, grâce aux C.P.R.S redynamisés de développer avec les communautés, responsables de la gestion de la demande sociale, des formes de partenariat de coconstruction.

2.2. CADRE ORGANISATIONNEL DE LA D.G.A.S

L'Action sociale est érigée au rang de Direction Générale, et rattachée au Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, conformément aux dispositions du décret n°2012-437 du 10 avril 2012, portant répartition des services de l'État.

Ce recadrage traduit la volonté du Président de la République de placer la lutte contre les inégalités sociales au cœur du Plan Sénégal Émergent, tout en faisant sienne la recommandation des Assises nationales de l'Action sociale, relative à l'érection de l'Action sociale en Direction Générale.

Le dispositif retenu à titre de Direction Générale de l'Action sociale comprend une Direction Générale, trois Direction nationales, des services régionaux, des Centres de Réinsertion sociale, des services départementaux et des Centres de promotion et de Réinsertion Sociale.

La Direction Générale est composée de trois directions nationales :

- La Direction de la Promotion et de la Protection des groupes vulnérables ;
- La Direction de la Promotion et de la Protection des Personnes handicapées ;
- La Direction de l'Action Médico-sociale.

On relève également quatorze services régionaux, quatre Centres de Réinsertion Sociale et quarante-cinq services départementaux, prévus par les Arrêtés n°2034 et 2035 du 03 août 2005.

En ce qui concerne les Centres de Promotion et de Réinsertion Sociale, créés suivant les dispositions de l'Arrête n°2033 du 03 août 2005, ils sont au nombre de 46 situés essentiellement en milieu urbain, et répartis sur toute l'étendue du territoire national.

La Direction Générale de l'Action Sociale est chargée de préparer et à mettre en œuvre la politique nationale d'Action Sociale par :

- la promotion, l'insertion socio-sanitaire et économique des groupes sociaux défavorisés ;
- la promotion et la protection des droits des personnes handicapées ;
- la promotion et la protection des personnes âgées ;
- l'impulsion et la coordination des programmes de recherche en matière d'action sociale ;
- l'élaboration des textes législatifs et réglementaires relatifs à l'action sociale et de veiller à leur application ;
- le suivi et l'accompagnement psycho-social des inadaptés sociaux.

En termes de capacité de réponse, le dispositif actuel de la Direction Générale de l'Action sociale permet difficilement de remplir ses missions actuelles, encore moins celles prévues par l'Acte III, en matière d'implantation de politiques sociales locales, d'autant plus qu'il n'existe aucune disposition relative à la formation continue des intervenant de première ligne et des groupes vulnérables.

2.3. PROGRAMMES DE PRISE EN CHARGE DES GROUPES VULNÉRABLES

Les programmes de prise en charge des groupes vulnérables comprennent, le Programme national de réadaptation à base communautaire, le programme d'autonomisation des personnes affectées par la lèpre et familles, le programme

d'Appui à la promotion des Aînés, le programme Enfance déshéritée, le programme de prise en charge médicale des personnes et groupes vulnérables.

2.3.1 La gouvernance des programmes

Il s'agit des problèmes et des propositions communs aux programmes développés présentement par la Direction Générale de l'Action Sociale.

Les problèmes de gouvernance

Suite à la tenue d'un atelier de réflexion sur les stratégies d'articulation des programmes d'autonomisation des groupes vulnérables tenu du 20 au 22 août 2013, la DGAS a orienté l'ensemble de ses programmes vers une gouvernance locale.

Sur le plan organisationnel, cela s'est traduit par la mise en place et l'animation d'organes locaux de gestion de la vulnérabilité composés de cadres régionaux de concertation, de comités et commissions techniques départementaux, placé sous la présidence des autorités administratives et impliquant divers acteurs dont les groupes cibles de l'action sociale et les élus locaux. Ces organes interviennent dans le processus de sélection et de validation des projets individuels et collectifs formulés par les groupes vulnérables. A l'issue de leurs délibérations, des procès-verbaux sont établis et transmis au niveau central.

Sur le plan de la gestion, la DGAS a initié d'importants outils⁸ et méthodes⁹ tels que le manuel de procédure, les cadres budgétaires et la revue annuelle des programmes. Aussi, des comptes régionaux cogérés par les autorités administratives et les SRAS ont été ouverts dans les quatorze (14) régions. Sur la base des procès-verbaux validés par les organes locaux de gestion, la DGAS procède à des transferts financiers dans les comptes.

Ces nouvelles orientations introduites marquent une volonté manifeste de rupture fondamentale avec les méthodes traditionnelles de gestion axées sur une logique verticale.

⁸Voir outils de gestion DGAS

⁹Voir rapport final revue 2013 des programmes de la DGAS

La principale limite observée sur le plan de la gouvernance demeure la faible appropriation des programmes d'autonomisation par les élus locaux. Cette dimension doit être prise en compte dans une perspective de pérennisation en cohérence avec l'acte III de la décentralisation.

C'est en cela que le Programme de Réadaptation à base communautaire constitue une innovation, dans la mesure où elle privilégie la résolution des problèmes sociaux de l'heure des communautés, par une intervention de proximité des services publics, lesquels sont investis de pouvoirs et de ressources. La limite se trouvant dans le recours aux experts pour identifier les problèmes prioritaires, pour concevoir des programme-cadre, et pour déterminer les modalités d'implantation de ces programmes dans les communautés locales.

En définitive les programmes revêtent les caractéristiques suivantes :

- **l'origine de tous les programmes d'intervention est** externe par rapport aux personnes qui vivent la situation ;
- **en termes de contenu des programmes**, le problème est défini et les solutions déjà choisies par des professionnels qui possèdent une expertise du problème.
- **En termes de rapports avec les citoyens**, les acteurs et les communautés sont confinés à des rôles de consommateurs, d'utilisateurs et d'exécutants

En termes de gouvernance, les programmes pilotés présentement par la D.G.A.S. confinent, malgré tous les efforts en matière d'implication des populations, les communautés à des rôles de consommateurs, bien loin des valeurs de transformation sociale et « **d'empowerment** » des communautés, tout en comportant une norme d'imposition normative.

Les limites liées à la mise en œuvre des programmes

Elles sont liées à la nature et aux types de services offerts, à la perception par les acteurs des services offerts, à la qualité et au niveau d'inclusion sociale (adaptabilité et accessibilité).

2.3.2 Le Programme national de réadaptation à base communautaire

Conformément aux directives issues du 1^{er} conseil interministériel sur le handicap du 30 octobre 2001, l'Etat du Sénégal a initié depuis 2006 un Programme National de Réadaptation à Base Communautaire (PNRBC). Ainsi par arrêté n° 2007-284 du 24 janvier 2007 portant projet de réadaptation à base communautaire, ledit programme a été placé sous la responsabilité de l'Action sociale, avec comme objectif général la promotion de l'inclusion et de l'insertion socio-économique des personnes handicapées, à travers la mise en œuvre de programmes multisectoriels à base communautaire.

Pour rappel, la Réadaptation à Base Communautaire (RBC) est définie actuellement comme une stratégie de développement local inclusif recommandée par le système des nations-unies. Sur le plan historique, suite à la Déclaration de Alma Ata en 1978 la stratégie RBC a subi une évolution conceptuelle validée dans plusieurs documents conjoints¹⁰ élaborés et validés par le système des nations unies dont le plus récent date de 2011. La RBC permet de répondre aux besoins à plus grande échelle des personnes handicapées, dans le but d'assurer leur participation et leur inclusion dans la société et améliorer leur qualité de vie.

Afin de consolider le PNRBC, l'article 5 de la loi d'orientation sociale N°2010-15 du 6 juillet 2010 relative à la promotion et à la protection des personnes handicapées recommande l'adoption de la RBC par décret présidentiel. En 2013 le PNRBC a fait l'objet d'une évaluation interne au cours d'un atelier national tenu à Dakar du 14 au 17 mai 2013.¹¹

Dans le cadre du suivi des recommandations de cet atelier, le PNRBC a été orienté dans le sens d'une gouvernance locale matérialisée par la lettre circulaire N°6847/MSAS/DGAS du 17 juin 2013¹² qui recommande la création d'organes locaux de gestion du handicap constitués au plan régional de cadres de concertation

¹⁰ Lire les documents conjoints du système des Nations-Unies relatifs à la RBC.

¹¹ Lire le rapport final de l'atelier national d'évaluation et d'orientation du PNRBC organisé à Dakar du 14 au 17 mai 2013 par la DGAS.

¹² Voir lettre circulaire du Ministre de la santé et l'Action Sociale N°6847/MSAS/DGAS du 17 juin 2013 relative à la gouvernance locale du PNRBC

et au niveau départemental de comités de réadaptation à base communautaire. Il s'en est suivi une phase de structuration desdits organes locaux de gestion du PNRBC qui a permis la création de 14 cadres régionaux et 45 comités RBC dans les départements.

Aussi, à la lumière des recommandations de l'atelier précédemment cité, la Direction Générale de l'Action Sociale (DGAS) a conçu un plan d'action quinquennal 2013-2017 de mise en œuvre du PNRBC¹³ d'un coût global de 5 milliards de francs CFA. A l'origine, le budget du PNRBC était fixé à 300 millions de francs CFA et a été augmenté en 2014 à la somme de 530 millions de francs CFA. Ce budget devra être revu à la hausse à hauteur de 1 milliard conformément à la directive primatoriale formulée le 4 mars 2014 lors de la réunion technique interministérielle relative à la production de la carte d'égalité des chances¹⁴. Pour le compte de la gestion 2012 et 2013 du PNRBC, le MSAS a réalisé au profit des personnes handicapées sous la supervision de la DGAS 3004 projets socio-économiques individuels et collectifs pour un montant cumulé en transferts financiers estimé à 398 391 826 francs CFA.

15

Présentement le PNRBC est structuré en 9 axes stratégiques et appuie la mise en œuvre de la carte d'égalité des chances à travers le SIG de la DGAS et le financement de l'avantage réadaptation. Sur ce point précis une articulation est recherchée entre les deux (02) programmes pour une efficacité des stratégies d'intervention. Le Plan d'accélération de la production de la carte d'égalité des chances (PAPCEC)¹⁶, faisant suite à la tenue de 14 CRD spéciaux relatifs à la carte d'égalité des chances de juin à août 2014 s'inscrit dans ce sens et vise en substance une articulation entre les missions des commissions techniques départementales dans le cadre d'une approche multisectorielle impliquant six (06) ministères clés.

¹³ Voir le plan quinquennal 2013-2017 du PNRBC validé au cours de l'atelier national d'orientation dudit programme en 2013.

¹⁴ Voir le compte rendu de la réunion technique interministérielle relative à la production de la carte d'égalité des chances présidée par le Premier Ministre Madame Aminata Touré.

¹⁵ Rapports périodiques de gestion 2012 et 2013 de la DGAS

¹⁶ Voir la lettre circulaire N°11239/MSAS/DGAS/NMB du 28 octobre 2014

En outre, il convient de noter que les financements des projets dans le cadre du PNRBC sont octroyés aux bénéficiaires suite à un processus de validation opéré par les comités RBC présidés par les préfets de départements.

L'évaluation du handicap est de recherche dans le cadre de la gestion du PNRBC et de la mise en œuvre des politiques publiques dans le domaine du handicap. Dans ce sens, dans le cadre de la production de la carte d'égalité des chances, le Ministre de la Santé et l'action sociale, conformément à l'article 6 du décret 2012-1038 a adressé une lettre circulaire aux gouverneurs de région pour la désignation de médecins agréés chargés de la délivrance du certificat d'invalidité¹⁷. Il s'agit là dans le mode opératoire d'une étape initiale vers une mesure globale du handicap.

Sur le plan de la gouvernance locale, PNRBC,

Le diagnostic du PNRBC a permis de ressortir trois principales limites relatives à la gestion du PNRBC et au processus de mise en œuvre des politiques publiques dans le domaine du handicap.

La première limite est caractérisée par une connaissance insuffisante du concept RBC par les acteurs institutionnels et communautaires d'où le fait que la quasi-totalité des intrants du programme sont fournis par le niveau central. Ceci n'est pas conforme au **principe de décentralisation des services recommandé par la RBC**.

Une deuxième limite a été notée dans le cadre de la mise en œuvre de la loi d'orientation sociale. Elle est liée à la signature du décret d'application n°2012-1038 du 2 octobre 2012, portant création des commissions techniques départementales chargées de l'élaboration de la carte d'égalité des chances et de l'éducation spéciale.

En effet, les dispositions prévues par l'Article n°27 du Code Général des collectivités locales sont en contradiction avec celles précisées par le décret d'application,

¹⁷ Voir la lettre circulaire N°5913/MSAS/DGAS du 22 mai 2014 du Ministre de la santé et de l'action sociale portant désignation des médecins agréés pour la délivrance du certificat d'invalidité.

notamment en ce qui concerne le rôle du Préfet et la composition des membres des commissions.

Enfin, **la troisième limite** réside dans l'absence d'un instrument validé de mesure médico-sociale du handicap. Présentement un certificat d'invalidité est délivré à titre provisoire par des médecins agréés en application des dispositions de l'article 6 du décret 2012-1038. Cette disposition est mise en œuvre par la circulaire N°5913/MSAS/DGAS du 22 mai 2014.

2.3.3 Le Programme d'Autonomisation des Personnes Affectées par la Lèpre et Familles (PAPALF)

Le Programme d'Autonomisation des Personnes Affectées par la Lèpre et Familles, s'oriente vers un processus d'autonomisation des populations des localités créées par La loi n° 76-03 du 25 mai 1976, relative au traitement de la lèpre et au reclassement social de lépreux et mutilés. Cette loi prévoit non seulement le traitement des personnes malades victimes de la lèpre, mais également et surtout la création de villages de reclassement social pour les personnes affectées par la lèpre. Ces villages devaient être en mesure d'abriter confortablement cette catégorie de personnes, pour les rendre ensuite de moins en moins dépendantes de l'État et de l'assistance de l'Association Sénégalaise d'Assistance aux Lépreux (ASAL). Une circulaire ministérielle demandait par ailleurs à tous les Gouverneurs de région de prévoir autour de chaque village de lépreux, une superficie suffisante de terre cultivable, judicieusement répartie entre les pensionnaires.

Mais force a été de constater l'incurie du dispositif qui s'est traduite par une extrême marginalité des dites localités, qui n'ont par ailleurs aucune existence juridique, tandis que les populations restent victimes de toutes les formes d'exclusion sociale. L'objectif général du PAPALF est justement de transformer ces villages en pôles de développement, à l'image des communautés dont elles dépendent.

Il s'agit d'un processus de transformation des villages de reclassement en terroirs reconnus juridiquement et viables, doublé d'une dynamique d'autonomisation des personnes victimes de la lèpre et leur famille. Mais cette volonté politique est plombée par l'absence d'une disposition légale portant abrogation de la loi n°76-03 du 25 mai 1976 même si des réflexions dans ce sens sont en cours, ce qui maintient

ces citoyens sénégalais dans un schéma institutionnalisé d'exclusion sociale, contraire aux dispositions des articles n°7 et n°8 de la Constitution du 07 janvier 2001, qui précise que « la construction nationale repose sur la liberté individuelle et le respect de la personne humaine, sources de créativité ».

La Direction Générale de l'Action Sociale a élaboré malgré tout, un programme quinquennal renouvelable d'autonomisation des personnes affectées par la lèpre et familles pour un coût global de **Quatre milliards cent onze millions trois cent soixante-quinze mille francs(4 111 375 000 F CFA).**

Ce programme, actuellement financé à hauteur de deux cent vingt cinq millions (225 000 000) par an par le Budget Consolidé d'Investissement (BCI) comporte cinq lignes d'action, qui ont permis d'introduire un processus de réduction de l'extrême pauvreté et de l'exclusion sociale des personnes victimes de la lèpre, par l'amélioration du cadre de vie, l'appui scolaire et la formation professionnelle, la création de richesses à travers des projets communautaires, les secours et l'appui alimentaire. En marge de la mise en œuvre de ces lignes d'action, le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale s'investit pour l'amélioration du cadre juridique à travers l'élaboration d'un projet de loi abrogeant la loi 76-03 du 25 mars 1976, instituant les villages de reclassement social.

La première limite de ce dispositif se trouve dans le maintien de l'approche programme, fondée sur les besoins et privilégiant de fait une logique verticale. Il s'agit d'une amélioration de la dynamique d'assistance qui maintient les populations dans la dépendance, s'inscrivant donc aux antipodes d'un processus de développement durable.

La deuxième limite est matérialisée par un partenariat de sous-traitance avec les partenaires, en lieu et place d'un partenariat de coconstruction en relation avec la communauté, grâce à des transactions cadrées.

La troisième limite se trouve dans la modicité des montants alloués au programme, du fait de la prééminence de l'approche besoin et de l'absence d'un instrument valide de mesure de la pauvreté, pour le choix des composantes du programme.

En définitive, l'articulation de ce programme au programme RBC devrait être renforcée pour une meilleure prise en charge de cette cible.

2.3.4 Le Projet d'Appui à la Promotion des Aînés

Dans le cadre de la déclaration de politique de population (DPP) adoptée par le Sénégal le 05 mars 2002, il a été retenu l'élaboration du 3ème Programme d'Action et d'Investissements Prioritaires en matière de Population (PAIP) qui comporte un certain nombre de projets et programmes sectoriels parmi lesquels le Projet d'Appui à la Promotion des Aînés (PAPA) piloté par la DGAS.

L'objectif de ce programme est d'améliorer les conditions de vie des aînés en suscitant leur pleine implication dans des actions de formation, d'encadrement, de réflexion et de partage d'informations ainsi que dans des activités génératrices de revenus en vue de favoriser leur autopromotion ou leur auto-prise en charge.

En d'autres termes, il est question de prendre des mesures hardies qui permettront aux personnes âgées de vivre harmonieusement dans leur société et vivre leur retraite ou leur gérontologie dans la paix et la quiétude et demeurer utiles à leur pays.

C'est dans ce cadre que s'inscrit l'action du Ministère de tutelle, en faveur de cette frange de la population, par l'élaboration du Projet d'Appui pour la Promotion des Aînés (PAPA), pour un budget global estimatif d'**un milliard neuf cent vingt-six millions de francs CFA (1.926.000.000 F CFA)** pour cinq ans renouvelables(2012-2016). Toutefois, ce projet est actuellement financé par le **Budget Consolidé d'Investissement (BCI) pour un montant de deux cent trente-cinq millions (235 000 000).**

Les axes d'intervention du PAPA sont :

1. Le renforcement des capacités opérationnelles des personnes âgées bénéficiaires et des intervenants ;
2. Assurer la Citoyenneté et Promotion des droits humains;
3. Assurer l'accès des personnes âgées aux ressources matérielles, financières et aux facteurs de production ;

4. Promouvoir la protection Sociale des aînés ;
5. Assurer la promotion sanitaire des aînés ;
6. Renforcer les capacités de gestion, de recherche et de suivi/évaluation par un appui en termes d'équipement conséquent.

Le projet PAPA intervient dans les quatorze (14) régions que compte le Sénégal, mais en privilégiant l'approche départementale.

La première limite de ce programme est l'absence d'un cadre général, visant l'amélioration des conditions de vie des personnes âgées, qui aurait permis d'en faire une politique publique au bénéfice des Aînés, ce qui peut se faire a posteriori, grâce aux recommandations des Assises nationales de l'Action sociale.

La seconde limite relève de l'éclatement du secteur à travers les départements de la Fonction publique, de la Santé et de la Famille, ce qui empêche une mise en cohérence des interventions du projet en faveur des aînés.

La troisième limite est liée aux difficultés de mise en œuvre des composantes santé et nutrition du fait de leur dissociation avec ce qui devrait être un système de protection sociale, qui non seulement harmoniserait le FNR et l'IPRES, mais prendrait en compte tous les aînés.

L'entrée des interventions au niveau départemental est une avancée, mais devrait être réarticulée au niveau communal, avec un ciblage familial communautaire, à partir d'une base locale de données.

2.3.5 Le Programme Enfance Déshéritée

Les droits de l'Enfant constituent au Sénégal un domaine de priorité du Gouvernement, qui trouve sa source dans une volonté manifeste de créer un environnement protecteur autour de l'Enfant, par la ratification de tous les instruments internationaux relatifs à la protection des droits de l'Enfant.

Malgré ces avancées significatives, on peut relever les insuffisances suivantes :

- La diversité des codes et l'éparpillement des dispositions relatives aux droits de l'enfant ;

- L'absence de dispositions particulières relatives aux droits de l'enfant dans le Code des collectivités locales et ses décrets d'application ;
- Le non-respect ou la faible prise en compte des observations et recommandations du Comité des droits de l'enfant, sur des aspects aussi importants que l'irresponsabilité pénale des enfants, la situation des enfants travailleurs du secteur informel, le renforcement de la lutte contre la mendicité des enfants, l'adoption d'un cadre juridique intégrateur et axé sur les droits, qui réponde aux besoins spécifiques des enfants handicapés entre autres ;
- l'absence d'un Code de l'Enfant ;
- le maintien de la perspective pénal, avec le concept « d'enfant en conflit avec la loi » ;
- l'absence de la famille et de la communauté au niveau du noyau dur de la protection de l'Enfant.

Le fait est que les problèmes d'application et d'effectivité des normes juridiques internationales se heurtent à un facteur bloquant se traduisant par le maintien d'un référentiel de politiques publiques hérité de la colonisation.

La problématique de l'Enfance s'inscrit en effet dans le cadre des orientations fixées par la Conférence de Brazzaville de 1944.

La politique de l'Enfance a été articulée autour de trois axes, qui restent toujours d'actualité, à savoir :

- L'axe de la protection maternelle et infantile, par la construction de Centres de Protection Maternelle et Infantile, mais uniquement dans les grands centres urbains, au détriment du monde rural, qui bénéficiait cependant épisodiquement des campagnes de vaccination de masses ;
- L'axe de scolarisation strictement liée à l'évangélisation et devant former pour l'essentiel des commis et quelques cadres pour l'administration et le commerce, qui n'a pu toucher qu'une infime partie des enfants du fait de l'opposition des populations musulmanes et animistes;
- L'axe Sauvegarde de l'Enfance illustré par la construction de structures de prise en charge d'enfants abandonnés comme les Œuvres Françaises de l'Enfance et les pouponnières principalement installées en milieu urbain,

tandis que les enfants considérés comme délinquants étaient incarcérés dans les Centres d'Adaptation et d'Observation de Mineurs Inadaptés.

Cadre général de la politique de l'Enfance

Le référentiel actuel de la politique de l'Enfance au Sénégal est la Stratégie Nationale de Protection de l'Enfant, à l'issue d'un processus encadré par les cinq structures opérationnelles que sont la Direction des Droits et de la Protection de l'Enfance et des Groupes Vulnérables (DDPEGV), la Direction de l'Éducation Surveillée et de la Protection Sociale (DESPS), la Direction Générale de l'Action Sociale (DGAS), la Direction du Développement Communautaire (DDC) et la Cellule d'Appui à la Protection l'Enfance (CAPE).

Elle est structurée autour des trois piliers que sont la prévention, qui vise La prévention de la violence, de l'exploitation et des mauvais traitements afin de garantir le droit des enfants à la survie, au développement et au bien-être ainsi que la garantie d'une accessibilité aux services sociaux de base et l'équité dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques et programmes.

Le second pilier est la prise en charge qui constitue une réponse à la vulnérabilité des enfants, tandis que le troisième pilier a trait à la promotion, qui consiste à améliorer la réalisation des droits de l'enfant en général, le bien-être des enfants, de leurs familles, et de leurs capacités.

Le Programme Enfance déshéritée de la Direction Générale de l'Action Sociale est orienté plus vers les piliers prise en charge et de promotion des droits de l'Enfant au sein de la famille et de la communauté. La mise en œuvre de ce programme est articulée autour des quatre rubriques que sont l'appui aux daaras pilotes, la subvention aux daaras traditionnels, la subvention aux structures de formation professionnelle des enfants déshérités et les projets économiques destinés aux veuves mères d'enfants déshérités.

Ces financements du projet-pilote d'un montant de 50.000.000 F issu de la ligne de crédit transfert de la DGAS sont répartis entre les quatorze (14) régions.

Force est de constater une réelle volonté d'orienter les interventions vers l'autonomisation et le renforcement des capacités de réponse des structures de promotion et de protection des enfants déshérités que sont les familles et les centres de formation professionnelle.

Mais cette dynamique est plombée par les limites suivantes :

- Les mesures de promotion devraient répondre à des préoccupations d'équité sociale et d'exclusion, tout en comprenant des changements du cadre réglementaire visant à protéger «les groupes socialement vulnérables» contre la discrimination et les abus, ainsi que la sensibilisation sociale sur les droits des enfants pour transformer les attitudes et les comportements du public et améliorer l'équité sociale, toutes choses qui semblent absentes du programme Enfance déshéritée ;
- Le programme ne s'inscrit pas dans un processus d'appropriation par la communauté des dynamiques d'intervention du programme, ce qui le met en déphasage avec les dispositions de l'Acte III ;
- La modicité des allocations budgétaires qui enlève tout impact significatif au programme, sur l'enfance déshéritée, tant au niveau national que local, notamment en matière d'appui aux structures qui offrent des services directs aux enfants ;
- L'octroi de subventions n'est pas lié à l'existence d'un dispositif de protection efficace des enfants contre toutes les situations les exposant à de mauvais traitements, telles que l'exploitation et les abus sexuels, la traite des enfants, les travaux dangereux, la violence, l'absence de logement et le travail de rue, les effets des conflits armés et notamment l'enrôlement par des forces ou groupes armés, les pratiques néfastes telles que les mutilations ou ablations génitales féminines et le mariage d'enfants, l'accès difficile à une assistance juridique adéquate et le placement en institution de façon inappropriée ;
- Il n'existe pas d'instrument comme le P.M.C. qui aurait permis d'analyser les minima concrets de consommation, donc d'indicateurs qui aurait permis, en relation avec les familles de suivre les enfants et de choisir les structures.

2.3.6 Le programme de prise en charge médicale des indigents

Le programme de prise en charge médicale des indigents et groupes vulnérables s'inscrit dans la dynamique de la multiplication des mécanismes institutionnels de prise en charge et des modes individualisés de gestion des risques et de la pauvreté, donc un recentrage des politiques publiques et sociales sur les marges, par le traitement de l'urgence, de la pauvreté, de la marginalité.

C'est ainsi qu'en matière de Gestion des sinistrés trois types d'intervention ont été mis en place par l'État sénégalais¹⁸ :

- ✓ une ligne de crédit de 10.000.000 F est logée à la DAS pour répondre aux sinistres éventuels qui deviennent de plus en plus fréquents (SONACOS, réfugiés, inondations) ;
- ✓ le CSA (Commissariat à la Sécurité Alimentaire) prend en charge le monde rural surtout pendant la période de soudure ;
- ✓ le plan ORSEC (Organisation Rapide des Secours) intervient en cas de catastrophes de grande envergure.

Toutefois, la prolifération des situations de sinistre et les lenteurs enregistrées dans la mise en œuvre des réponses parfois peu adaptées, nécessitent une reformulation des approches. En effet, les moyens dégagés pour la prise en charge des sinistres sont très insuffisants et il arrive que des dossiers de sinistres attendent deux ans avant d'être satisfaits.

Le plan ORSEC bien que codifié, reste très peu opérationnel : les services de l'Action Sociale et de la Santé sont souvent débordés, les réponses apportées ne sont que ponctuelles et laissent les sinistrés dans une situation traumatisante réduisant les chances de promotion sociale ; il n'a pas été prévu de mécanismes de prévention des catastrophes éventuelles.

En vérité, La prise en charge des problèmes sanitaires et sociaux du pays, en matière d'Action sociale, ne peut relever du seul État sénégalais, mais également et

¹⁸ Voir rapport symposium national sur les politiques sociales de 1996

surtout des collectivités locales et des populations, suivant les principes retenus par le Congrès de 1901 de Paris en matière d'aide sociale, qui postulent que les collectivités sont tenues de porter secours aux indigents et que ces secours devraient être portés par le cadre territorial le plus proche.

Pour le compte de la gestion 2014, le montant total des crédits alloués à l'Action Médico-sociale s'élève à 56 000 000 de Frs articulé autour de la rubrique prise en charge médicale des indigents.

Cette rubrique est mise en œuvre par la direction de l'Action médico sociale chargée de :

- Promouvoir la prise en charge sanitaire des groupes sociaux défavorisés ;
- Collaborer à la prise en charge des évacuations sanitaires ;
- Impulser les programmes de recherche en matière d'action médico-sociale.

La mise en œuvre de ce dispositif se heurte aux limites suivantes :

- L'absence d'un référentiel de politiques sociales, articulé autour des concepts de base du secteur que sont entre autres, la **vulnérabilité**, la **protection sociale et l'autonomisation**, qui représente en réalité respectivement les cibles, le parapluie de protection et l'approche stratégique ;
- L'absence des communautés dans le processus décisionnel d'allocation de ressources en matière de prise en charge médicale ;
- L'insuffisance des crédits qui ne permet pas la prise en charge des maladies à soins coûteux notamment les frais d'opération de groupes vulnérables;
- La définition des missions et la structuration du dispositif ne tiennent pas compte des indicateurs sociaux, alors que les dimensions prophylaxie sociale et recherche ont été oubliées dans la mise en œuvre.

Les facteurs bloquants de l'Action Médico-sociale se situent en réalité au niveau de la perception de l'Action sociale, matérialisée par le Document de Programmation pluriannuelle des Dépenses 2014-2016 du Ministère de la Santé et de l'Action sociale.

Après avoir constaté l'intégration non optimale du niveau communautaire dans la pyramide sanitaire, l'absence de synergie entre la Santé et l'Action sociale et de réponse adéquate à la demande sociale, mais aussi la non prise en compte de l'Action sociale dans le CDSMT-Santé, le Document de Programmation Pluriannuelle des Dépenses dispose :

« Le Gouvernement du Sénégal veille à l'équité dans l'accès aux soins préventifs, curatifs et promotionnels des populations, pour garantir leur productivité sociale, avec un focus sur les groupes vulnérables ».

Le DPPD a simplement ajouté aux quatre objectifs sectoriels de la Santé, un cinquième objectif intitulé « Améliorer les conditions socio-économiques des groupes vulnérables », avec trois orientations stratégiques :

1. Améliorer la situation des enfants déshérités ;
2. Accroître les capacités d'auto-prise en charge des indigents et groupes vulnérables ;
3. Améliorer l'assistance des personnes en situation difficile.

Cet objectif et ces orientations stratégiques présentent les limites suivantes:

- la persistance de l'approche assistance sociale, alors qu'il devrait être question d'assurer l'autonomisation des personnes et groupes vulnérables, par une politique de promotion et de protection ;
- il n'existe aucune articulation entre l'Action sociale et les politiques d'accès aux soins préventifs, curatifs et promotionnels des populations, ce qui enlève à l'Action sociale toute possibilités d'intervention dans les programmes comme la Couverture Maladie Universelle entre autres ;

Cette perception est déclinée en orientations stratégiques basées sur l'assistance sociale et les cibles des projets de l'ex action sociale qui n'ont d'impact ni sur l'accès aux soins, ni sur l'autonomisation des personnes et groupes vulnérables.

Les mécanismes de prise en charge des indigents et groupes vulnérables retenus dans la programmation opérationnelle à moyen terme, présente les limites suivantes :

- un cadre juridique orientée uniquement, vers les mutuelles ;
- sur dix activités prévues, huit concernent exclusivement le ciblage et l'identification des indigents ;
- les seules activités de l'Action sociale sont celles de ses projets et programmes confinés dans une logique d'assistance sociale ;
- aucune activité sanitaire n'implique l'Action sociale, sur la base de ses mécanismes et méthodes de promotion et de protection des groupes vulnérables, d'où l'inutilité de mettre à niveau les moyens matériels et humains de la DGAS par rapport à une gestion axée sur les résultats.

2.4. LES RESSOURCES

Il s'agit ici de l'évaluation des ressources humaines, des ressources financières et des ressources matérielles.

2.4.1 Les Ressources Humaines

Pour animer la Direction Générale, les trois(03) Directions techniques nationales, les quatorze(14) Services régionales de l'Action sociale, les quarante-cinq(45) départements, les quatre(04) Centres de Réinsertion Sociale et les quarante-six Centres de Promotion et de Réinsertion, la D.G.A.S. ne disposent que de **cent quarante-deux agents fonctionnaires (142)**, répartis comme suit :

Direction Générale : 23 agents dont ;

Services déconcentrés ; 119 agents répartis en termes de compétence comme suit :

Tableau n°1 : répartition des compétences/services déconcentrés DGAS.

NIVEAU	COMPÉTENCES	NOMBRE
Cadres	Conseillers	08
Intervenants de première ligne spécialisés	Travailleurs sociaux	57
	Assistants sociaux	27

	Aides sociaux	20
Autres corps	MEF et Enseignants	06
TOTAL		119

Source : recherche documentaire, DGAS, 2014

La Direction Générale, qui comprend les directions techniques ainsi que les services financiers et de gestion des ressources humaines, ne dispose que de 23 agents fonctionnaires, pour des besoins incompressibles en personnel qui s'élèvent à 57 agents au moins, si l'on vise l'efficacité technique, parce qu'il s'agit de la capacité à produire des services en quantité et qualité acceptables, d'où un besoin en personnel de 34 agents.

Pour pouvoir fonctionner, la DGAS a dû recruter 13 agents contractuels, composés essentiellement de comptables, d'informaticiens, de travailleurs sociaux et d'agents de service.

L'analyse du tableau portant répartition des compétences au niveau des structures déconcentrées de la DGAS révèle l'existence de 104 intervenants de première ligne qualifiés, complétés par 06 enseignants, le tout supervisé par 08 conseillers en travail social.

Par rapport à l'objectif d'autonomisation des groupes vulnérables, seuls 65 agents, soit 54,62% de l'effectif sont compétents, alors que les 45% devraient bénéficier soit d'une mise à niveau en termes de formation continue, soit d'une formation complémentaire.

Tableau n°2 : répartition des intervenants spécialisés dans les structures déconcentrées (conseillers, travailleurs sociaux, assistants sociaux et aides sociaux).

Intervenants Structures	Conseillers			Intervenants de première ligne		
	Existant	Prévision	Besoin	Existant	Prévision	Besoin
S.R.A.S	05	14	09	17	42	25
S.D.A.S	03	45	42	48	135	87
C.R.S	02	04	02	06	12	06
C.P.R.S	01	46	45	34	135	101
Total	11	109	98	105	324	219

Source : recherche documentaire, DGAS, 2014

La Direction Générale de l'Action Sociale dispose de 113 agents spécialisés en intervention sociale, pour l'animation de 109 structures déconcentrées, soit une moyenne d'environ 01 intervenant par structure et de 0,96 si l'on s'en tient aux seuls intervenants de première qui sont au nombre de 105.

Si l'on considère le modèle d'analyse de la fonction personnel en termes de processus d'opérations, les ressources humaines engagées et le quantum de travail ne peuvent aboutir à des résultats satisfaisants en matière de **performance sociale**, encore moins **d'efficacité**.

En outre, si l'on se base sur les dispositions de la Circulaire n°4226 portant organisation et fonctionnement des Centres sociaux, reconduites par celle de l'Arrêté n°2033 du 03 août 2005 portant organisation et fonctionnement des Centres de Promotion et de Réinsertion Sociale, qui prévoient un CPRS pour 30.000 habitants, le taux de couverture du territoire national en CPRS n'est que de 11,5%.

Et si l'on prend en compte les dispositions de la loi n°2013-10 du 28 décembre portant code général des Collectivités locales, notamment en ses articles n°3, 4, 7 et

27, notamment en ce qui concerne la conception, la programmation et la mise en œuvre des actions de développement économique et sociale, il faudrait aménager 411 C.P.R.S. avec une dotation en compétences spécialisées qui s'élève à **2555 agents, soit 411 conseillers et 2044 intervenants de première ligne.**

2.4.2 Les Ressources Financières

Sur le plan du financement, les interventions de la Direction de l'Action sociale sont entièrement prises en charge par l'État, à concurrence d'un milliard deux cent treize millions neuf cent trente-deux FCA (1.213.932.000 F), pour le compte de l'année budgétaire 2014.

Ce montant, représente 2,32% du chapitre transferts du département de la Santé et de l'Action Sociale, d'un montant global de 52.134.659.000 F, pour le financement de l'effort national en matière d'action sociale, en direction des groupes vulnérables que sont les personnes handicapées, les personnes âgées et de l'Enfance déshéritée.

L'insuffisance manifeste des crédits alloués pour la protection et la promotion des groupes vulnérables retenus, oblige la DGAS à opérer les ruptures suivantes :

- abandon des logiques d'assistance sociale qui entraîne une relation de dépendance et sans aucune efficacité économique, technique encore moins sociale, constituant de fait un **processus de pérennisation des situations d'exclusion, qui maintient les inégalités sociales** ;
- L'obligation de développer des **stratégies partenariales**, en relation avec les partenaires au développement, les collectivités locales et les communautés ;
- La nécessité de mettre en place de stratégies d'autonomisation, avec des indicateurs permettant de mesurer la performance sociale de la DGAS ;
- La recherche de modes de financement alternatifs, basés essentiellement sur des mécanismes de fiscalisation, et alimentés par des taxes additionnelles aux impôts existants et la création d'impôts nouveaux sur les activités génératrices de dépenses importantes dans le domaine de la santé, comme l'alcool, le tabac, mais aussi sur le ciment.

2.4.3 Les Ressources Matérielles

Il s'agit des conditions de base que sont les installations, le transport et la technologie propices à une bonne performance organisationnelle de la D.G.A.S.

En ce qui concerne les installations, l'Action Sociale n'a jamais bénéficié d'un programme national de construction d'infrastructures, l'essentiel des bâtiments étant soit mis à disposition par les communes, soit conventionnés par l'État.

Au niveau des Centres de Promotion et de Réinsertion sociale, 05 ont été construits et équipés par la Communauté Urbaine de Dakar en 1986, 02 ont été aménagés par la SICAP à Dakar que tandis que l'Etat n'a réalisé que 02 C.P.R.S., dans le cadre du P.N.D.S .

Il s'agit autant au niveau des services régionaux, départementaux et des CPRS, de villas impropres aux activités prévues, et peu accessibles aux groupes vulnérables.

En ce qui concerne la Direction Générale, elle a hérité de la villa conventionnée pour l'ex Direction de l'Action sociale, inaccessible avec un nombre insuffisant de pièces pour loger l'ensemble des services, dont deux directions nationales délocalisées au 5ème étage d'un autre immeuble.

En définitive les bâtiments ne sont pas adéquats pour soutenir et faciliter le travail quotidien, sans compter les entraves réelles non prises en compte dans la stratégie organisationnelle.

Le niveau technologique de la DGAS ne lui permet pas de s'acquitter de ses fonctions, dans la mesure où la technologie n'a pas fait l'objet d'une planification adéquate, ni d'une dotation budgétaire spécifique.

Les acquis, tant au niveau central qu'à celui des services régionaux et départementaux relève d'aménagements budgétaires opérés par les directions nationales et de l'appui de partenaires au développement comme L'UNICEF. Il reste que les services d'intervention de première ligne comme les CPRS, ne sont pas à niveau sur le plan technologique, ce qui constitue une entrave réelle à l'information et à la performance des services à tous les niveaux.

Les interventions de première ligne, comme d'ailleurs la supervision et la recherche, sont bloquées par l'absence de moyens de transport, qui se limitent à deux véhicules opérationnels au niveau de la Direction Générale.

Une dotation en véhicules légers ou en motos tous terrains, pourrait suppléer à l'insuffisance d'intervenants, en élargissant le champ d'intervention.

2.5. LES MÉCANISMES DE SUIVI ET D'ÉVALUATION

2.5.1 Le diagnostic

Les Assises nationales de l'Action sociale de 2008, ont permis d'identifier les insuffisances suivantes au niveau de l'Action Sociale:

- L'absence d'une banque de données permettant la mesure des inégalités sociales et la conception de projets et programmes qui répondent aux besoins des populations tout en tenant compte de leurs potentialités ;
- la nécessité de rationaliser le processus de décision en matière de gestion des problèmes sociaux ;
- l'exigence de maîtrise d'un système prospectif nécessitant des études et recherches multidimensionnelles et multidisciplinaires ;
- La nécessité de développer des outils de suivi et de supervision au niveau des structures de l'Action Sociale.

2.5.2 Le Système d'Information et de Gestion(SIG)

La mise en place d'un système de gestion axé sur les résultats a amené l'atelier de revue des programmes de la DGAS tenu du 25 au 27 Mars 2014 à recommander la définition et la mise en place d'un système d'information moderne et fiable de gestion de la vulnérabilité.

Le SIG comprend un masque de saisie qui permet la collecte des données sur toutes les personnes vulnérables encadrées par la Direction générale de l'Action sociale et ses services déconcentrés, composées spécifiquement de **l'enfance déshéritée, les veuves, les personnes handicapées, les personnes âgées, les personnes**

affectées par la lèpre vivant dans et en dehors des villages de reclassement social.

Ce masque donne un aperçu sur les trois fonctions attribuées au SIG que sont :

L'identification qui renseigne sur les données socio démographiques relatives à tous les groupes cibles encadrés par la DGAS et ses structures déconcentrées.

Le suivi – référence: cette fonction correspond à l'étape de la prise en charge des besoins de la cible, en tenant compte des services disponibles générés par les différents programmes exécutés par la Direction générale de l'Action sociale.

L'évaluation qui permet d'une part de mesurer à court et moyen termes les effets et d'évaluer à long terme l'impact des interventions sur les cibles. Cette fonction permet, en rapport avec la fonction de suivi, de mesurer le niveau de satisfaction de la demande sociale, car pouvant retracer toutes les actions de la DGAS sur chacune de ses cibles à travers ses programmes d'autonomisation. Elle facilite ainsi l'évaluation de leur niveau d'autonomisation.

Ce dispositif rejoint à tous points de vue le cadre organisationnel et financier que le Code Général des Collectivités locales, a attribué aux départements et communes, en ce qui concerne la conception, la programmation et la mise en œuvre des actions de développement économique et social par :

- l'évaluation de besoins locaux et l'identification des priorités locales pour l'élaboration de programmes locaux, tout en facilitant pour les élus locaux, la compréhension des tendances qui se dessinent en termes de priorité dans leur localité ;
- l'identification et l'exécution des programmes d'intervention à partir des priorités locales, en rapport avec les services techniques, les acteurs locaux et les populations.

Mais la mise en œuvre du dispositif passe par le traitement des contraintes suivantes:

- le recrutement et la mise à niveau de 395 intervenants de première ligne pour compléter le maillage des communes du pays ;
- l'équipement en matériel informatique des terminaux au niveau des Centres de Promotion et de Réinsertion sociale ;
- la création au niveau central d'une base de données, composante d'un Observatoire National des Inégalités sociales et de Prospective.

2.6. ENJEUX, ATOUTS ET OPPORTUNITÉS

2.6.1 Les enjeux

L'exclusion sociale ne provient pas en conséquence du seul fait des exclus, car son analyse renvoie à la nature des rapports sociaux entre les différents acteurs impliqués et au jeu des déterminants externes.

La création par le Président de la République d'une direction Générale de l'Action sociale au sein du Département de la Santé et de l'Action Sociale, sur la base du Plan Sénégal Émergent et des dispositions du Code Général des Collectivités locales, a révélé les enjeux suivants :

- La nécessaire mise en place d'un nouveau cadre de référence en matière de politique d'action sociale permettant l'autonomisation des personnes exclues et/ou marginalisées et de groupes sociaux vulnérables. Le traitement de cet enjeu passe par l'abandon du « top down approach » avec ses programmes étatiques et sa stratégie empirico-rationnelle, pour un « **bottom up process** », autrement dit une approche par le bas, qui mise sur le potentiel de changement social des communautés locales, à partir de l'identification de besoins ou de problèmes qui sont l'objet de tensions dans les communautés. Il s'agit d'une intervention sociale qui a une visée de transformation sociale et de démocratisation permanente, y compris à l'intérieur des organisations démocratiques qu'elle a elle-même contribué à mettre sur pied, plus conforme aux dispositions de l'Acte III de la décentralisation.
Une intervention qui se démarque de l'assistance sociale, et qui met l'accent sur les forces, les talents et les habiletés des membres de la communauté,

plutôt que sur les insuffisances, d'où la notion « **d'empowerment** » ou pouvoir d'agir.

Il s'agit en définitive de promouvoir une **approche stratégique socio-économique** qui promeut le droit des populations locales d'être soutenues dans leur volonté de participer au développement de leur propre communauté, sur des bases autonomes.

- Le second enjeu concerne la nécessaire mise en cohérence du cadre légal, autant au niveau des fondamentaux de l'Aide sociale au Sénégal par l'abandon de l'assistance sociale, réservée aux sinistres et calamités naturelles, qu'en ce qui concerne la gouvernance du secteur eu égard aux nouvelles dispositions du Code Général des collectivités locales.
- La promotion d'une santé véritablement communautaire, qui garantit l'accès aux soins et la productivité sociale, par un repositionnement de la DGAS, qui pourra développer ses programmes de développement communautaire, à travers les axes classiques d'intervention que sont la conscientisation, l'organisation et la mobilisation des personnes et groupes vulnérables.
- La prise en compte de l'insuffisance de ressources publiques, à l'origine du déficit en infrastructures et en ressources humaines, qui ne permet pas d'apporter une réponse correcte à la demande sociale.
- L'absence de l'Action sociale dans les axes stratégiques de la Santé que sont la prévention, le curatif et la promotion, ce qui la positionne comme une externalité.
- Le maillage du territoire national en Centres de Promotion et de Réinsertion Sociale équipés et animés par des intervenants de première ligne compétents en matière de développement communautaire, pour accompagner les communautés dans le processus d'appropriation des problèmes sociaux retenus comme la RBC, la CMU, l'Enfance déshéritée entre autres.
- La mise en place d'une dynamique partenariale au niveau national et local, pour la production de produits transactionnels en matière de santé et d'Action sociale.
- La mise en place d'un système intégré de gestion et de prospective, en termes de prise en charge de la vulnérabilité.

2.6.2 Les atouts et opportunités

- Une tradition d'économie sociale structurée, sous forme de coopératives, de mutuelles et d'associations, et d'un secteur informel, composante incontournable de l'économie nationale, véritable moteur d'inclusion sociale et d'emploi, dans les secteurs de l'artisanat, du commerce, du bois et de la mécanique.
- L'existence de niches d'emplois, autant en milieu rural, par la disponibilité de terres arables et l'élevage intensif, qu'en milieu urbain par le textile-confection, l'électronique et la machinerie, permettant l'accès de leur main d'œuvre non qualifiée à un emploi à sa portée.
- Le renforcement institutionnel de l'Action Sociale, en l'érigant en Direction Générale.
- L'existence de 14 Services régionaux de l'Action Sociale, de 45 Services départementaux, de 04 Centres de Réinsertion Sociale et de 46 Centres de promotion et de Réinsertion sociale.
- L'existence d'écoles de formation de travailleurs sociaux et de cadres de conception, offrant en moyenne 70 intervenants et cadres par année.
- L'existence d'organisations communautaires de base, d'organisations de personnes handicapées pour tous les types de handicap et de fédérations structurées d'encadrement des personnes vulnérables.

CHAPITRE III : LA POLITIQUE NATIONALE D'ACTION SOCIALE 2015-2024

La politique nationale d'action sociale est basée sur une vision tirée du Plan Sénégal Émergent, laquelle est déclinée en cadre institutionnel de mise en œuvre, avec son dispositif de suivi, des objectifs et des axes stratégiques.

3.1. LA VISION

La politique nationale d'action sociale se fonde sur les déterminants sociaux que sont « la société solidaire » et « l'Etat de droit » du Plan Sénégal Émergent, le Code Général des Collectivités locales et la vision de la politique nationale de santé, qui « veille à l'équité dans l'accès aux soins préventifs, curatifs et promotionnels des populations, pour garantir leur productivité sociale, avec un focus sur les groupes vulnérables », pour structurer la vision suivante:

Le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, à travers la Direction Générale de l'Action Sociale, développe par un processus global, participatif et inclusif, des stratégies de gestion de la demande sociale en vue de promouvoir l'autonomisation des personnes, des groupes et des communautés vulnérables.

3.2. LES ORIENTATIONS STRATÉGIQUES

Les orientations stratégiques qui guideront les initiatives à prendre pour traduire la vision en actions et résultats tangibles au bénéfice des populations sont la transformation de la configuration et du cadre juridique de la politique nationale d'action sociale, rendre opérationnel le dispositif d'intervention en vue de renforcer les capacités, d'organiser et de mobiliser les familles, les groupes vulnérables et les communautés, susciter une dynamique partenariale de prise en charge des groupes sociaux vulnérables et de gestion des catastrophes et calamités naturelles, mettre en place un dispositif de gestion de l'information et de prospective, de manière à rendre les interventions proactives.

3.2.1. La transformation de la configuration et du cadre juridique de la politique nationale d'Action Sociale

Le Plan décennal stratégique se fonde sur la vision du Sénégal Émergeant pour construire un référentiel, qui contribue à conférer davantage de poids à la politique de protection et de promotion des groupes vulnérables, tout en assurant les conditions optimales de mise en œuvre des programmes qui leurs sont destinés.

Il se traduit par approche fondée sur les droits humains, qui met l'accent sur la prévention et sur la responsabilité du gouvernement du Sénégal, des Collectivités locales, mais également et surtout des familles et des communautés.

Il s'agit d'abandonner la configuration de la politique sociale résiduelle, fondée sur l'approche besoins, qui entretient la dépendance par ses mécanismes d'assistance sociale, pour **une politique d'autonomisation des groupes sociaux vulnérables, dotée de mécanismes de création et de protection des revenus**, en phase avec les programmes de promotion et de protection des populations vulnérables.

L'objectif est de donner à chaque citoyen l'opportunité de se prendre en charge et d'assumer sa vie de façon responsable.

La seconde composante a trait à la remise en cause de l'approche empirico-rationnelle des problèmes sociaux et ses programmes conçus en dehors des populations, pour la mise en place de **politiques sociales locales inclusives, à partir de tables de concertations réunissant tous les acteurs et propres à l'approche participative.**

Les espaces de transaction ainsi créés, vont déboucher sur des **produits transactionnels que sont la Couverture Maladie Universelle, la Réadaptation à Base Communautaire entre autres, les programmes de prophylaxie sociale et de prophylaxie spécifique.**

La troisième composante concerne la mise en cohérence du cadre juridique de l'Action Sociale, dans la mesure où les dispositions du décret n°60-245 portant organisation des secours dans la République du Sénégal, et celle de la loi n°69-

1054 du 23 septembre 1969, sont toujours d'actualité et empêchent **une mise en œuvre correcte de la compétence transférée Action Sociale.**

L'Action Sociale est réduite, au niveau des communes à une politique de distribution de secours et à l'assistance ponctuelle aux nécessiteux conformément aux dispositions du décret n°96-1135 portant organisation et fonctionnement de la compétence transférée Santé-Action Sociale.

La mise en œuvre du présent Plan décennal d'Action Sociale passe par le vote d'une **loi de secours et de solidarité nationale** en phase avec les rôles assignés à l'Action Sociale dans le Plan Sénégal Émergeant, alimentée par **la création d'impôts nouveaux sur les activités génératrices de dépenses importantes dans le domaine de la santé, comme l'alcool, le tabac, mais aussi sur le ciment, ainsi qu'une disposition attribuant 1% des recettes générales annuelles de l'Etat au Fonds de secours et de solidarité.** Un dernier point concerne la mise en cohérence de tous les décrets d'application de la loi d'orientation sociale, ainsi que la signature des sept décrets relatifs à sa mise en œuvre.

3.2.2. La mise à niveau du dispositif et des mécanismes d'intervention

Le dispositif retenu à titre d'Action Sociale, ne concerne principalement que le cadre urbain, avec des structures sous-équipées, un personnel insuffisant et des mécanismes relevant de l'assistance sociale.

Le Plan décennal va opérer un changement de paradigme, en mettant les familles, les communautés et les collectivités locales au centre du dispositif, tandis que les structures d'Action Sociale se situeront au niveau de l'environnement protecteur et promotionnel.

Il s'agit de rendre l'aide plus efficace en **renforçant les capacités familiales et communautaires de prévention et de prise en charge de la vulnérabilité**, et la mise en exergue des mécanismes endogènes de protection et de promotion des groupes vulnérables, dans la prévention, le traitement, pour l'accès aux soins, sans contraintes financières à toute la population.

Un des mécanismes essentiels consiste en la mise en place d'un programme de sensibilisation des pouvoirs publics, des Collectivités locales et d'intégration du langage des signes et du braille dans les curricula de formation de tous les enseignants du Sénégal.

Le Plan Décennal Stratégique Décennal préconise, **une meilleure coordination des financements public, privé et communautaire des programmes et politiques coconstruits au niveau local, ainsi que la mobilisation de moyens financiers complémentaires**, pour la réalisation de programmes et projets pertinents d'Action Sociale, au niveau départemental et communal.

La mise à niveau du dispositif institutionnel passe idéalement par l'aménagement et l'équipement en moyens de locomotion et informatique de 395 C.P.R.S. avec une dotation en compétences spécialisées qui s'élève à **1580 agents, soit 395 conseillers et 1185 intervenants de première ligne**, pour compléter l'offre de services d'aide.

Ce dispositif sera complété par **un programme national de formation continue des intervenants et des superviseurs**, de manière à les garder opérationnels eu égard à la mouvance du secteur.

3.2.3. La mise en place d'une dynamique partenariale

L'insuffisance des résultats relevant de l'éclatement des mécanismes de prise en charge de la vulnérabilité, à travers plusieurs départements ministériels, impose désormais, l'Acte III de la décentralisation aidant, **l'instauration au niveau communal d'une dynamique partenariale pour une gestion concertée et efficace des groupes vulnérables**, avec trois nouveaux instruments de gestion :

- Le Plan décennal prône la mise en place au niveau communal, **d'espaces transactionnels, contexte et moyen d'un partenariat de coconstruction**, pour le diagnostic, la planification, le financement, la mise en œuvre et l'évaluation des mécanismes et programmes de prise en charge comme la Réadaptation à Base Communautaire, la Couverture Maladie Universelle, l'Enfance déshéritée, le Programme d'Appui aux Personnes Âgées, l'habitat social, la Nutrition entres autres.

- Une approche holistique de la vulnérabilité, par la définition d'un **Panier Minimum de Consommation au niveau local**, comprenant les minima concrets de consommation que sont la nutrition, la santé, l'habitat, l'habillement, la formation et les conditions de travail, autrement la définition d'un seuil de vulnérabilité qui permettra de diagnostiquer les familles vulnérables et de mieux assurer la coordination des interventions des acteurs au niveau local.
- Impulser une dynamique partenariale pour **la création de tables de concertation** autour de la prévention et du financement de la santé des populations, et la prise en charge des problèmes sociaux liés aux catastrophes naturelles et des calamités. Intégrer.

3.2.4. La mise en place d'un dispositif de gestion de l'information et de prospective

Le Système actuel d'Information et de Gestion de la Direction Générale, constitue une avancée significative, mais requiert pour bien fonctionner la mise à niveau des structures de base, autant en termes d'équipement, qu'en dotation en ressources humaines spécialisés et formés.

Sa mise en place passe par la constitution d'une base de données régulièrement actualisée et la création d'un Observatoire des inégalités et de prospective.

3.3. Les Axes stratégiques du Plan décennal

Le plan d'action est échelonné sur dix ans (2015-2024) et repose sur 4 axes stratégiques qui constituent les priorités en matière de promotion et de protection des personnes et des groupes vulnérables.

3.3.1. Axe stratégique n°1 : Orientation générale du secteur

Assurer la transformation du référentiel et du cadre juridique de la politique nationale d'action sociale, par l'instauration d'une posture méthodologique descendante en matière de mise en place de politiques publiques inclusives, se traduisant par une approche qui cherchera à revitaliser la société par le bas, en relation avec les

collectivités locales et les communautés, en phase avec la politique de territorialisation intégrale.

Lignes d'actions prioritaires:

- Mise en place d'un processus de transformation du référentiel de l'action sociale, par l'instauration de politiques sociales locales inclusives, qui placent les familles et les communautés au centre du dispositif d'intervention.
- Promouvoir d'une approche stratégique socio-économique qui promeut le droit des populations locales d'être soutenues dans leur volonté de participer au développement de leur propre communauté, sur des bases autonomes, basée sur une politique de création et de protection de revenus.
- Instauration une dynamique participative gestion de la vulnérabilité et d'appropriation des programmes de la DGAS.
- Mise en place avec les communautés et les collectivités locales d'une **stratégie de prévention et d'intervention rapide par pilier**, qui assurerait la prise en charge des catastrophes et calamités naturelles.
- Mettre en cohérence le cadre légal de la politique d'action sociale;

3.3.2. Axe stratégique n°2 : La mise à niveau du dispositif d'intervention

La mise à niveau des structures de la Direction Générale de l'Action Sociale, et le renforcement des capacités des Organisations communautaires de base, pour répondre aux exigences de mise en place de politiques sociales locales et de soutien à une dynamique d'autonomisation des groupes vulnérables, de manière à donner à chaque citoyen, l'opportunité de se prendre en charge et d'assumer sa vie de façon responsable.

Lignes d'actions prioritaires

- Mise à niveau des mécanismes d'intervention et des moyens de la Direction Générale de l'Action Sociale en fonction de ses nouvelles missions;
- Mise à niveau des capacités des acteurs locaux ;
- Mise en place d'un système de protection sociale pour les groupes vulnérables.
- Actualisation et mise en cohérence des programmes de la DGAS ;

3.3.3. Axe stratégique n°3 : La mise en place d'une dynamique partenariale

Il s'agit l'instauration au niveau communal, sous l'impulsion des services départementaux de l'Action Sociale, d'une dynamique partenariale, pour une gestion concertée et efficace des groupes vulnérables.

Lignes d'actions prioritaires

- Mise en place d'un programme d'accompagnement et de supervision pour la création, au niveau de chaque commune, d'espaces transactionnels de gestion de la vulnérabilité (Tables de concertation), pour transformer les programmes nationaux en produits transactionnels locaux ;
- Élaboration et mise en place d'un cadre partenarial au niveau de chaque commune, pour la coordination des interventions sectorielles et des Organisations non Gouvernementales, destinées aux personnes et groupes vulnérables ;
- Élaboration et mise en place, au niveau de chaque commune, d'un plan local de prévention et de gestion des catastrophes et calamités naturelles.

3.3.4. Axe stratégique n°4 : La mise en place du dispositif de gestion de l'information et de prospective

Il s'agit de la définition d'un système d'information moderne et fiable de gestion de la vulnérabilité, à partir d'un masque de saisie qui prend en compte toutes les personnes vulnérables encadrées par la Direction générale de l'Action sociale et ses services déconcentrés, dans une perspective d'élaboration de la **cartographie de la vulnérabilité, d'évaluation** des actions de la DGAS sur les cibles et de création de nouveaux programmes spécifiques à la localité, en prenant en compte les particularités locales.

Les lignes d'actions prioritaires

- Établir la cartographie de la vulnérabilité à tous les niveaux ;
- Structurer une base de données sur la vulnérabilité et le système de protection sociale ;

- Mettre en place un dispositif de supervision et d'évaluation des interventions à tous les niveaux ;
- Mettre en place un système prospectif, qui permettra une prise en charge effective des attentes sociales et la prévention des crises sociales.

3.3.5. Risques liés à la mise en œuvre du plan décennal

Les risques d'ordre institutionnel :

- l'instabilité institutionnelle de la DGAS ;
- les résistances administratives liées au mode d'implantation ;
- la faible appropriation du Plan par les Autorités ministérielles ;
- l'absence des ressources humaines requises pour conduire les réformes et les projets ;
- les retards dans la mise en œuvre des réformes liées à la territorialisation des politiques sociales, notamment le vote d'une loi d'orientation familiale, pour la mise en route du programme familles déshéritées.

Les risques d'ordre financier :

- la faible dotation en ressources budgétaires du fait du maintien de la perspective de l'assistance sociale,
- l'absence de rupture dans le mode de financement de l'Action sociale, par le retard du vote de la loi portant création d'un fonds de solidarité.

La faible impulsion des réformes :

- les résistances et pesanteurs provenant de l'administration,
- l'absence d'opérateurs intellectuels spécialisés capables de porter le Plan décennal au niveau des premiers cercles de décision.

CHAPITRE IV : PLAN STRATÉGIQUE DÉCENNAL DE LA POLITIQUE NATIONALE D'ACTION SOCIALE (2015-2024)

4.1. PRÉSENTATION DES PLANS D'ACTION

4.1.1 Orientation générale du secteur

AXE N° 1 : ORIENTATION GÉNÉRALE DU SECTEUR																	
Lignes d'action prioritaires	Objectifs	Activités	Indicateurs de résultat	Partenaires	Sources de financement	Échéancier							Coût en CFA				
						2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021		2022	2023	2024	
1. Mise en place d'un processus de transformation du référentiel de l'Action sociale	1. Promouvoir une dynamique locale de gestion de la vulnérabilité	1. Partager le plan stratégique de la DGAS avec les acteurs	Plan stratégique de la DGAS partagé avec les acteurs	État, Collectivités locales, Groupes vulnérables, Partenaires au développement	État, Collectivités locales	17 ML	10 ML	0	0	0	0	0	0	0	0	0	27.000.000
						0	15MML	15MML	15MML	135.000.000							
		2. Renforcer les mécanismes locaux de gestion de la vulnérabilité	Organes locaux de gestion de la vulnérabilité renforcés	État, Collectivités locales, Partenaires au développement, Groupes vulnérables	État, Collectivités locales	0	15MML	15MML	15MML	15MML	10.000.000						
						0	10 ML	0	0	0	0	0	0	0	0	0	15.000.000
3. Elaborer un plan de communication sur les programmes de la DGAS	3. Elaborer un plan de communication sur les programmes de la DGAS	Consultant	Un plan de communication est élaboré		État, Collectivités locales et Partenaires	0	10 ML	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10.000.000
						0	0	15 ML	0	0	0	0	0	0	0	0	15.000.000
4. Organiser un atelier de validation du plan de communication sur les programmes de la DGAS	4. Organiser un atelier de validation du plan de communication sur les programmes de la DGAS		plan de communication validé	État, Collectivités locales et Partenaires	État, Collectivités locales et Partenaires	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	15.000.000
						0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

		5 Organiser annuellement 14 CRD et 45 CDD sur les programmes de la DGAS	14 CRD et 45 CDD sont organisés	DGAS, PARTENAIRE, CL	Etat, Collectivités locales et Partenaires	19 ML	41,5 ML	392 500 000							
		6. Signer des conventions de partenariats avec les collectivités locales	Conventions de partenariats avec toutes les communes et départements signées	ETAT Collectivités locales	Etat Collectivités locales	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		7. Actualiser le décret 60-245 portant attribution des secours au Sénégal	Le décret 60-245 est actualisé	Etat, Collectivités locales, assemblée Nationale	Etat	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		8. Concevoir et soumettre au vote un projet de Loi portant organisation de l'aide sociale dans la République du Sénégal.	La loi portant organisation de l'Aide sociale est adoptée	Etat, Collectivités locales, assemblée Nationale	Etat	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		9. Organiser un atelier de partage des nouveaux textes de l'action sociale	atelier de partage des nouveaux textes de l'action sociale organisé	Etat, Collectivités locales, assemblée Nationale	Etat	0	0	0	15 ML	0	0	0	0	0	15 000 000
		10. Rédiger et faire signer l'arrêté portant création de la carte d'égalité des chances.	L'arrêté portant création de la carte d'égalité des chances est signé	Etat, MSAS	Etat	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		11. Concevoir et adopter le texte portant création du comité interministériel de suivi de la production de la carte d'égalité des chances	Le texte portant création du CIM est adopté	Etat, MSAS	Etat	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		12. Concevoir et signer les textes d'application de la Loi d'Orientation sociale.	Les textes d'application de la LOS sont adoptés	Etat, MSAS	Etat	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		13. Concevoir et signer le texte portant organisation et fonctionnement des C.R.S.	Le texte portant organisation et fonctionnement des CRS est adopté	Etat, MSAS	Etat	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2. Modification et restructuration du cadre légal de la politique d'action sociale	2. Modifier et mettre en cohérence les dispositions législatives et réglementaires relatives au fonctionnement de l'Action sociale.														

			14. Abroger la loi 76-03 du 25 mars 1976 sur les VRS	loi 76-03 du 25 mars 1976 sur les VRS est abrogée	Etat, MSAS	Etat	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SOUS TOTAL AXE 1																			
594 500 000																			

4.1.2 La mise à niveau du dispositif d'intervention

AXE N° 2 : LA MISE A NIVEAU DU DISPOSITIF D'INTERVENTION

Lignes d'action prioritaires	Objectifs	Activités	Indicateurs de Suivi	Partenaires	Sources de financement	Échéancier										Coût en CFA					
						2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024						
3. Mise à niveau des mécanismes d'intervention étatique	3. Mettre en cohérence de l'organigramme	15. Actualiser l'organigramme de la DGAS	Organigramme actualisé	DGAS	État	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
		16. Doter la DGAS d'un siège fonctionnel	La DGAS dispose d'un siège fonctionnel	Etat	Etat	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	
	4. Mettre à niveau les infrastructures, les équipements et les moyens logistiques	17. Réfectionner les 46 CPRS	Les 46 CPRS sont réfectionnés	État, Collectivités locales	État, Collectivités locales, partenaires	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	460.000.000
		18. Construire et réhabiliter les 45 SDAS	Les 45 SDAS sont construits ou réhabilités	État, collectivités locales, partenaires	État, collectivités locales, partenaires	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM
		19. Construire 511	511 nouveaux CPRS sont construits	État, Collectivités locales, Partenaires	État, collectivités locales, partenaires	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	40.880.000.000

4.1.3 La mise en place d'une dynamique partenariale

AXE N° 3 : LA MISE EN PLACE D'UNE DYNAMIQUE PARTENARIALE

Lignes d'action prioritaires	Objectifs	Activités	Indicateurs de Résultat	Partenaires	Sources de financement	Échéancier								Coût en CFA		
						2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022		2023	2024
6.Élaboration d'un Cadre partenarial	18. Renforcer le cadre partenarial de la DGAS	49.Élaborer le plan directeur de partenariat	Plan directeur élaboré	Etat, Collectivités locales, Partenaires	Etat, Partenaires, C.L.	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	15 000 000
		50. Signer des conventions de partenariat avec les collectivités locales et les partenaires au développement	Conventions signées	Etat, Collectivités locales, Partenaires	Etat, Collectivités locales, Partenaires	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7.Élaboration et mise en place d'un Plan local de gestion et de prévention des catastrophes et calamités naturelles	19. Mettre en œuvre des plans sectoriel de gestion des catastrophes et calamités naturelles articulés au plan national (ORSEC).	51.Élaborer 3 plans de contingence sectoriels articulés au plan national	Plans de contingence sectoriels élaborés	Etat, partenaires au développement, Collectivités locales	Etat, Partenaires, Collectivités locales	8,730 M	PM	PM	30 000 000							
		52. Mettre en place un fonds de secours d'urgence pour les groupes vulnérables	Un fonds de secours d'urgence est mis en place	Etat, partenaires au développement, Collectivités locales	Etat, Partenaires, Collectivités locales	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM
SOUS TOTAL AXE 3																5 045 000 000

4.1.4 La mise en place du dispositif de gestion de l'information et de prospective

AXE N° 4 : LA MISE EN PLACE DU DISPOSITIF DE GESTION DE L'INFORMATION ET DE PROSPECTIVE

Lignes d'action prioritaires	Objectifs	Activités	Indicateurs de Suivi	Partenaires	Sources de financement	Échéancier										Coût en CFA	
						2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024		
8.Elaboration d'une cartographie de la vulnérabilité	20.Disposer de données fiables et actualisées sur la vulnérabilité.	52.Effectuer des microanalyses au niveau de toutes les collectivités locales	Seuil de pauvreté et nombre de ménages vulnérables connus dans chaque collectivité.	Etat, Collectivités locales et Partenaires	Etat, Collectivités locales et Partenaires	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	50.000.000
		53.Mettre en cohérence les bases de données sectorielles en rapport avec le registre national unifié (RNU) 54.Elaborer le plan directeur du SIG de la DGAS	Bases de données sectorielles mises en cohérence avec le RNU Plan directeur élaboré	Etat DGAS	Etat DGAS	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM
9.Mise en place du Système d'Information et de Gestion (SIG) performant	21.Renforcer le SIG de la DGAS	55.Equiper les services centraux et déconcentrés de l'action sociale de matériels informatiques	Les services centraux et déconcentrés de l'action sociale sont dotés de matériels informatiques	Etat, Collectivités locales, Partenaires	Etat, Collectivités locales, Partenaires	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	262 500 000

SOUS TOTAL AXE 4

327 500 000

TOTAL BUDGET PLAN STRATÉGIQUE

85 495 200 000

4.2 BUDGET DU PLAN STRATÉGIQUE DÉCENNAL DE LA DGAS

Le coût du présent plan stratégique décennal est de quatre-vingt cinq milliards quatre cent quatre vingt- quinze millions deux cent mille francs CFA (95.495.200.000 FCFA).

Le financement, outre le budget de l'État Sénégalais, sera assuré par les Collectivités locales et les Partenaires au développement.

ANNEXES

ANNEXE N°1 : INDICATEURS DE SUIVI-ÉVALUATION DU PLAN STRATÉGIQUE DÉCENNAL 2015-2024 DE LA DGAS

Le processus de conception, planification des politiques sociales et des programmes

- Existence et modalités de fonctionnement d'espaces transactionnels locaux de conception et de planification des politiques publiques
- Niveau de responsabilité et profil des acteurs locaux dans le processus de conception et de planification des politiques publiques
- Qualité de la participation et perception par les groupes vulnérables parties prenantes, de leur niveau d'implication au processus de planification des politiques sociales locales.
- Nombre d'acteurs accompagnant le processus
- Type et nombre de partenariats conclus entre l'État et les acteurs.
- Existence d'orientations stratégiques spécifiques à l'inclusion sociale dans la lettre de politique sectorielle
- Nombre de mesures dites de discriminations positives en faveur des personnes et groupes vulnérables
- Montant alloué aux programmes prioritaires de l'Action sociale.

Cadre juridique et réglementaire

- Nombre de dispositions légales relatives au niveau d'inclusion sociale, votées dans le secteur.
- Dispositions spécifiques prises pour contextualiser et rendre les textes nationaux plus inclusifs
- Existence de dispositions pour harmoniser le cadre juridique nationale aux normes internationales et régionales
- Dispositions spécifiques prises en compte en termes de bonne gouvernance dans le secteur.
- Nombre d'initiatives législatives et réglementaires prises pour rendre les politiques sociales plus inclusives.

Suivi-Evaluation

- ✓ *Cadre de suivi planifié et participatif*
- ✓ *Dispositif d'évaluation des politiques sociales*
- ✓ *Enquêtes de satisfaction*
- ✓ *Initiatives pour évaluer l'impact des politiques sociales au double niveau processus et résultat*
- ✓ *Feuille de route nationale pour le suivi des recommandations relatives à la conception, à la mise en œuvre et au suivi des politiques et programmes.*

ANNEXE N°2 : RAPPEL DE DATES CLES

6 juillet 2010 : adoption de la loi d'orientation sociale 2010-15 relative à la promotion et à la protection des personnes handicapées

2 octobre 2012 : signature du décret d'application 2012-1038 portant création des commissions techniques chargées d'instruire les demandes de cartes d'égalité des chances et de la promotion de l'éducation spéciale

22 Septembre 2013 : lancement du Programme de Couverture Maladie Universelle : destiné à garantir, à travers la mutualisation, l'accès de la population à un paquet minimum de soins.

4 Octobre 2013 : lancement du Programme National de Bourse de Sécurité Familiale : destiné à favoriser des allocations trimestrielles à des ménages vivant dans une situation d'extrême pauvreté.

Décembre 2013 : validation de la Stratégie Nationale de Protection des Droits de l'Enfant.

4 mars 2014 : réunion technique interministérielle relative au suivi de la production de la carte d'égalité des chances

1^{er} Avril 2014 : inauguration des centres de réinsertion sociale (CRS) de Kaolack et Bambey

30 avril 2015 : lancement officiel de la carte d'égalité des chances par Son Excellence Monsieur Macky Sall Président de la République du Sénégal

ANNEXE N° 3 : LES CONCEPTS

Action sociale : c'est le processus d'éradication et/ou de diminution d'un problème social.

Exclusion sociale : Le terme exclusion met l'accent sur l'extension des franges de population reléguées hors du jeu social et le plus souvent identifiées en terme de manque de qualification, de travail, de logement, de ressources, entre autres.

L'exclusion traduit l'échec des formes de médiation sociale et institutionnelle, mises en place pour parer à la nature des rapports sociaux inégalitaires.

Famille : La famille est une communauté basée sur les liens de sang et d'alliance, qui rendent légitime la solidarité familiale et constituent le ciment de la famille élargie. La famille est définie, en termes d'intervention, comme une unité sociale assurant les fonctions de production, de socialisation, de promotion de la protection sociale, et de renforcement de la solidarité.

Gouvernance : la bonne gestion des affaires publiques et de la démocratie, aussi bien au plan politique, économique qu'administratif, avec comme principaux indicateurs, la transparence, l'éthique, et le respect de la déontologie dans la conduite des affaires. On a privilégié ici une approche dynamique qui intègre tous les facteurs susceptibles de contribuer à la gestion des affaires publiques.

La gouvernance comprend trois composantes, dont la gouvernance économique, la gouvernance politique et la gouvernance administrative.

Enfance déshéritée : il s'agit d'enfants dont les conditions de vie sont caractérisées par l'extrême précarité en termes de protection, du fait de la crise du système de reproduction sociale et qui sont identifiés en termes d'enfants en danger moral, de talibés-mendiants et d'enfants travailleurs, pouvant être victimes de châtements corporels, et de mauvais traitements.

L'aide sociale : c'est un dispositif de mise en relation entre une personne, une famille, un groupe ou une communauté ayant un besoin d'aide et un professionnel, dans un processus d'autonomisation, basé sur leurs ressources, leur définition et leurs valeurs socioculturelles, dans le cadre de mécanismes formels ou informels

d'insertion ou de réadaptation propres à une société donnée à un moment déterminé..

Le système d'aide sociale en faveur des groupes vulnérables désigne l'ensemble des dispositifs de capacitation et de protection sociale institués par une société, en vue d'assurer le respect de leurs droits et le bien-être de la famille.

L'Autonomisation : en termes d'intervention, l'autonomisation est une intervention qui se démarque de l'assistance sociale, pour mettre l'accent sur les forces, les talents et les habiletés d'une personne, des groupes vulnérables et des communautés, fondée sur la notion d' « **empowerment** » ou pouvoir d'agir.

Il s'agit de rendre les personnes et les groupes, capables de prendre en charge leur destinée et de développer des actions collectives autonomes.

En matière d'intervention auprès des communautés, le principe d'autonomisation présuppose deux facteurs essentiels :

- Une mobilisation réelle et l'implication des intéressés ;
- Une voie méthodologique nouvelle de critique institutionnelle et de créativité collective, dans une perspective de fonctionnement autonome, qui refuse le diagnostic réalisé par des spécialistes.

En matière de développement, l'autonomisation privilégie l'approche microsociale des relations sociales construites, de marges de manœuvres possibles, de l'autonomie relative des acteurs dans les initiatives de développement local.

Personnes handicapées : par personnes handicapées, on entend toutes les personnes qui présentent des incapacités physiques, mentales intellectuelles ou sensorielles durables dont l'interaction avec diverses barrières peut porter atteinte à leur pleine et effective participation à la société sur la base de l'égalité (loi O.S.)

Le handicap est une question de développement en raison de son lien étroit à la pauvreté. En effet le handicap peut augmenter le risque de pauvreté et la pauvreté peut accroître les situations de handicap. C'est ainsi que les personnes handicapées et leurs familles sont plus susceptibles d'éprouver des désavantages économiques et sociaux et de pratiques néfastes que celles sans handicap.

Prospective : toute assertion, raisonnablement scientifique, sur les choix et les problèmes qui attendent l'avenir. Le besoin de prospective est rattaché au degré de murissement de la science, à l'accélération supposée du changement économique, social, technologique, à l'aggravation de l'incertitude du lendemain qui en découle, à l'accroissement considérable des dimensions des centres de décisions, à la socialisation et la collectivisation de la vie économique et sociale et l'exigence de planification à long terme.

Système de protection des personnes handicapées : dans le cadre du Plan stratégique décennal, un système de protection des personnes handicapées désignera un ensemble de politiques, de dispositions légales et réglementaires, ainsi que de services nécessaires à l'égalité des chances dans tous les secteurs sociaux – en particulier l'aide sociale, la santé, l'éducation, les infrastructures et le transport... Il entre dans le cadre de leur promotion et de leur protection sociale, conformément aux dispositions de la Convention des Nations Unies relatives aux droits des personnes handicapée, précisée au Sénégal par la Loi d'orientation sociale.

La prévention : en termes d'intervention sociale, la prévention est structurée autour du concept de **risque**, qui est le produit d'une situation et non le résultat des caractéristiques d'une population. La prévention ne vise donc pas à changer les comportements d'une population, mais plutôt à changer la situation facteur de risque, ce qui revient en matière de santé, à agir principalement sur les déterminants sociaux, relevant du champ de compétence de l'Action sociale. Dans le même sillage, la notion de prévention devrait s'inscrire non pas sur tradition négative, faite d'interdits et de menaces, mais plutôt sur une politique de promotion de la santé. Cette dernière sera considérée, à la fois comme l'épanouissement de chacun et de tous, comme une réduction des inégalités et comme la possibilité donnée à chacun de gérer les contradictions de la vie, sans trop d'atteinte à ses capacités personnelles .Il s'agit enfin d'une approche holistique, qui passe nécessairement par le développement des connaissances et des compétences, mais également et surtout, par le renforcement de la capacité globale de la communauté, à protéger et à s'occuper des groupes vulnérables, en partenariat de coconstruction avec les services destinés aux familles et aux personnes vulnérables, confrontés à des difficultés, en vue de changer leurs situations.

Système formel : Désigne les organisations gouvernementales, internationales et les ONG locales (y compris les organisations communautaires et confessionnelles) participant à la protection et à la promotion des groupes vulnérables, reconnues et approuvées par le gouvernement, qui les supervise et les réglemente ?

Système informel : désigne les initiatives de protection et de promotion des personnes et groupes vulnérables entreprises par les familles, les communautés et les personnes elles-mêmes

L'intervention sociale : désigne l'ensemble des dispositifs de capacitation, de protection sociale et d'autonomisation institués par une société, en vue d'assurer le respect des droits des personnes, familles, groupes et communautés vulnérables.

La vulnérabilité se définit en termes de risques particuliers et d'exposition des populations. Il s'agit d'identifier la probabilité d'une personne, qu'elle soit pauvre ou non, à subir une perte significative de bien-être en conséquence d'un changement de situation (ou d'un choc). Elle porte donc tant sur la nature des forces agissant sur le bien être d'une personne que sur son aptitude sous-jacente à se protéger des risques auxquels elle est exposée.

Problème social : un problème social est une situation ou un groupe de situations, perçus avec crainte ou dégoût par certains membres d'une communauté, qui estiment qu'une intervention est nécessaire pour l'éradiquer.

La Pauvreté : une définition opérationnelle, devrait tenir compte des seuils de basculement, pour être comprise comme « **la précarité qui affecte plusieurs domaines de l'existence, perçus comme essentiels localement, de manière persistante et qui compromet les chances de réassumer ses responsabilités et de reconquérir par soi-même, ou en relation avec les autres ses droits** ». (Mbodj, 2008)

La Protection sociale est l'organisation de solidarités professionnelles, communautaire ou nationales dont le but est de garantir l'accès aux biens et services essentiels, de conduire une politique de protection et de prévention contre les risques sociaux et naturels, de promouvoir les capacités et les potentialités de chaque individu, conditions nécessaires pour une croissance durable et inclusif.

Le concept social n'a pas de sens dans une société territoriale, dans la mesure où les problèmes des pauvres et des indigents sont traités localement, par l'intermédiaire de la charité et de l'assistance.

C'est en conséquence la naissance du salariat en Occident, et l'affaiblissement des solidarités locales qui ont débouché sur le développement d'une nouvelle forme de solidarité ou de lien social, qui vient apporter une réponse à la fin de l'ordre territorial, en offrant à chaque groupe non territorial une place et une protection minimale dans la société, par la technique assurantielle.

Les assurances sociales : elles marquent le **passage** d'une protection sociale organisée **sur une base territoriale vers** une protection sociale organisée **sur une base professionnelle**, permettant ainsi au social de se développer comme secteur spécifique et faire l'objet de politiques adaptées.

Il convient à ce niveau, de rappeler que l'émergence de la société sectorielle a provoqué une dissociation de la sphère de la production familiale, de celle de la reproduction sociale. La cellule familiale va ainsi cesser d'être le lieu principal de l'activité économique, pour se limiter progressivement à la sphère de la reproduction et du hors travail.

Le partenariat : le partenariat est une relation d'échanges structurées entre un ou des organismes et une ou des composantes du réseau public, engagés dans une démarche convenue entre eux, et visant la conception, la planification, la réalisation ou l'évaluation d'activités ou de services.

Le partenariat est rendue nécessaire par l'instauration d'une nouvelle donne du fait des facteurs suivants:

- le désir de l'État de faire autrement du fait de la crise;
- la nécessité de créer des plans locaux sectoriels;
- la décision prise par l'Autorité de faire passer les activités de service du statut de pratique marginale et peu normé à celui d'élément central et standardisé des rapports entre services publics et O.C.

Les pratiques du partenariat peuvent s'articuler autour d'une problématique, d'un cycle de vie, ou d'une population-cible, ou en fonction d'un territoire.

Le partenariat territorial favorise une approche globale du milieu, dans ses dimensions économique, et sociale, et permet une action globale, donc moins sectorisée, qui implique des acteurs en provenance de secteurs différents.

Les types de partenariat avec moins d'ouverture au pluralisme, avec des rapports de pouvoir à l'avantage de l'État ou de la Collectivité:

1. **Le partenariat de sous-traitance:** l'État, tout en demeurant un acteur important, délègue des opérations à des organismes communautaires pour la prestation de certains services ;
2. **Le partenariat de coexistence:** l'État est sympathique aux activités des organismes communautaires, mais est peu proactif pour les soutenir; le rapport se limite à l'échange d'information ;
3. **Le partenariat de complémentarité:** l'État met en place des services publics En fonction des préférences moyennes de la population, mais accepte de soutenir en partie les préférences minoritaires, prises en charge par les organismes communautaires. Les avantages des services autogérés par ces organismes sont ainsi combinés à ceux de l'État, dans une réponse supplémentaire aux services publics ;
4. **Le partenariat de coconstruction:** l'État ou la collectivité locale, partage ses responsabilités et ses opérations avec les organismes communautaires, avec conservation par chaque partenaire de sa mission, son autonomie et ses valeurs; ainsi que la participation des O.C.B. à l'élaboration des politiques publiques locales ou organisationnelles.

La politique sociale : la politique sociale, perçue comme le référentiel des politiques sociales, dépend de son contexte de production :

- Dans un contexte de marché autorégulé, où le marché est le mode normal de socialisation, c'est l'ensemble des interventions définies en dehors des règles du marché, pour satisfaire à des situations de besoin.

- Dans le contexte de la globalisation, avec son mode de régulation pluraliste, c'est un compromis social dynamique, entre les intérêts des acteurs en présence, pour le contrôle des orientations de la société. (M. Mbodj, 1992)

L'inclusion sociale :« un processus par lequel les efforts sont faits pour assurer l'égalité des chances pour tous, indépendamment de leur origine, afin de permettre une participation pleine et active dans tous les aspects de la vie, y compris des activités civiques, sociales, économiques et politiques, ainsi que la participation aux processus de prise de décision" (UNDESA, 2009:13).

Les inégalités sociales : le concept de l'inégalité revêt des fonctions différentes suivant la perspective considérée et c'est ainsi que le thème politique de l'égalité constitue **le postulat de départ de l'idéologie libérale**, alors qu'il constitue **un objectif à conquérir dans l'idéologie social-démocratique**.

Pour les sociétés libérales, il s'agit de l'inégalité des chances au départ, et l'objectif de la politique à mener est d'assurer pour tous une plus grande égalité de chances, en laissant à l'initiative et aux efforts de chacun, le soin de tirer parti des chances ainsi données.

Pour les sociétés socio-démocrates, il s'agit de l'inégalité des situations à l'arrivée, et la politique doit chercher à réaliser l'égalité des situations.

La Solidarité : le concept n'est pas neutre parce que plein d'une charge émotionnelle, avant d'être un ensemble de techniques redistributives de nature administrative qui évoque un contenu philosophique précis d'entraide et d'altruisme qui en fait avant tout une valeur morale.

Si les inégalités se subissent et se constatent, les **solidarités elles, se construisent à partir de volontés nettement individualisées et selon des schémas qu'il convient d'élaborer avec patience, sans certitude aucune de l'efficacité et du résultat**.

Il faut dire enfin que la mise en œuvre de la solidarité correspond à différents espaces :

- **un espace de fondation qui impose une clarification conceptuelle ;**
- **un espace d'investissement des subjectivités et des représentations assurées par les techniques de répartition ;**
- **un espace de doute qui traduit la perpétuelle interrogation sur l'utilité éventuelle du sacrifice pour autrui.**

La solidarité n'est pas séparable du **cadre dans lequel elle s'exerce** et il en résulte des types variés de réseaux solidaires courts ou de groupe de vie, des solidarités nées du groupe de travail, des solidarités longues et de la communauté nationale.

La solidarité familiale : La famille est sans doute, pour la quasi-totalité des individus le premier lieu d'exercice de la solidarité et sa fonction première est toujours l'assistance et la protection de ses membres. C'est au sein de la famille que s'intègrent presque partout les personnes âgées et les personnes handicapées entre autres.

La famille demeure irremplaçable comme moyen et contexte de socialisation et c'est bien la raison pour laquelle le législateur l'a organisée et transformée en dispositif de solidarité obligatoire.

Les solidarités locales : l'individu fait partie simultanément de plusieurs groupes, et l'on évoque à ce titre la solidarité locale qui s'exerce de manière privilégiée dans le cadre de la commune.

D'une manière générale, les solidarités locales ne se bornent pas à la constatation d'un intérêt commun aux personnes réunies dans un même lieu, mais sont au centre des politiques sociales et de la décentralisation réactive.

La solidarité nationale : La solidarité nationale se situe dans le prolongement des solidarités de proximité et constitue incontestablement une forme d'expression du concept de nation qui prend corps dans un principe d'organisation sociale. Elle peut s'exprimer sous la force d'un État providence, lieu privilégié où se conçoit, se pratique et se revendique la solidarité entre les individus devant la maladie, la vieillesse, le chômage, les handicaps et les risques professionnels.

Le Développement social : Le développement social, sous sa forme la plus complète désigne l'ensemble des actions menées pour l'amélioration du bien-être d'une collectivité généralement retardée ou confrontée à des difficultés d'adaptation, et qui revêtent deux caractéristiques principales:

- ces actions associent aux efforts de pouvoirs publics les efforts propres de la communauté et de ses leaders dont on stimule la prise de conscience de leurs problèmes et leur participation aussi active que possible;

- elles visent une promotion globale de la communauté et s'intègrent dans un plan de développement équilibré, appelant le concours d'administrateurs et de techniciens de diverses disciplines.

Le Développement communautaire: est un processus grâce auquel une communauté identifie ses besoins ou ses objectifs, leur donne un ordre de priorité, accroît sa confiance en elle et sa volonté de travailler à satisfaire ces besoins ou ses objectifs, trouve les ressources internes et/ou externes nécessaires à leur accomplissement ou à leur satisfaction, agit en fonction de ces besoins ou objectifs, manifeste des attitudes et des pratiques de coopération et de collaboration dans la communauté.

La communauté dont l'implication est souhaitée dans les interventions à divers titres, désigne, en termes d'intervention sociale, une collectivité fortement intégrée, dans un espace social délimité, où existe une organisation de vie sociale, fondée sur des réseaux d'entraide ouverts.

ANNEXE N°4 : OFFRE TECHNIQUE.

REPUBLIQUE DU SENEGAL

Un Peuple - Un But - Une Foi

OFFRE TECHNIQUE

ELABORATION DU PLAN STRATEGIQUE DECENNAL 2015-2024

DE LA DIRECTION GENERALE DE L'ACTION SOCIALE

MINISTERE DE LA SANTE ET DE L'ACTION SOCIALE

Consultant : M. Moustapha Mbodj

Socio-économiste

Expert-consultant en politiques sociales

- Août 2014

SOMMAIRE

- I. COMPREHENSION DE L'OFFRE ET JUSTIFICATION
- II. OBJECTIFS
- III. RESULTATS ATTENDUS
- IV. SCHEMA ORGANISATIONNEL
- V. SUIVI EVALUATION

I. COMPREHENSION DE L'OFFRE ET JUSTIFICATION

Le modèle républicain d'intégration Sénégalais actuelle, est caractérisé par un Etat central fort, doté de mécanismes d'intégration peu inclusifs, qui exclut de fait les citoyens qui ne peuvent se maintenir dans le système normatif institutionnalisé et à les stigmatiser. C'est que ainsi de plus en plus de preuves démontrent que les chiffres de la croissance laissent derrière et/ou mettent à la marge des millions d'individus issus des segments les plus pauvres et les plus vulnérables de la population.

Il en résulte une incapacité pour les couches sociales marginalisées à se définir comme disposant d'intérêts spécifiques à défendre, à affirmer leur existence sociale, à exercer un pouvoir social et à se positionner dans le champ des rapports sociaux. Tout cela se traduit par une exclusion sociale structurelle, qui met l'accent sur l'extension de franges de population reléguées hors du jeu social et le plus souvent identifiées en terme de manques de qualification, de travail, de logement, et ou de ressources.

C'est pour faire face à cette situation que le Gouvernement de la République du Sénégal a érigé la protection des groupes vulnérables en axe stratégique majeur en matière de lutte contre la pauvreté, pour s'engager ensuite dans un processus d'élaboration d'un cadre de référence des politiques publiques.

Ce processus est articulé progressivement autour des documents que sont les Documents Stratégiques de Réduction de la Pauvreté (DSRP I et II), le Document de Politique Economique et Social (DPES), la Stratégie Nationale de Développement Economique et Social (SNDES), la Stratégie Nationale de Protection Sociale (SNPS), et tout récemment le Plan Sénégal Emergent (PSE).

Ces documents de référence ont été conçus cependant sur la base du principe de la dialectique global/sectoriel, donc le passage d'une logique horizontale (celle des territoires) à une logique verticale (celle des secteurs). Ainsi les logiques de développement, les indicateurs et les paradigmes sont conçus dans un cadre mondialisé, suivant une approche économiste et quantitative, qui privilégie le « top down approach », incompatible avec une société involutive où le rapport salarial ne domine pas.

Cependant le nouveau référentiel de marché mondialisé repose sur trois changements de normes:

- Une ré-articulation du social et de l'économique, avec l'affirmation d'une norme de limitation des dépenses sociales et **la mise en place de nouveaux moyens d'intervention;**

- Une redéfinition de la frontière public-privé, avec **la mise en veilleuse du rôle moteur de l'Etat** et l'alignement sur les politiques économiques libérales;
- Une nouvelle transaction entre le centre et la périphérie, avec **la politique de décentralisation**.

C'est pour opérer les changements permettant de mettre le développement social en cohérence avec la nouvelle donne, que les Autorités Sénégalaises se sont engagées très tôt dans une dynamique de décentralisation, qui a donné naissance à l'Acte III de la décentralisation. Son objectif est d'organiser le Sénégal en territoires viables, compétitifs et porteurs de développement durable. Il s'agit en définitive, d'un projet de territoire, qui offre l'espace adéquat pour construire les bases de la territorialisation des politiques publiques.

Il s'agit en conséquence d'accepter les limites des politiques publiques sectorielles, pour promouvoir des politiques publiques locales inclusives, qui viseraient la croissance économique et le bien-être des populations, avec un nouveau mode de régulation, en phase avec **le Plan Sénégal Emergent** notamment en matière de **protection sociale**.

Le présent travail consiste, pour la Direction Générale de l'Action Sociale à construire, de manière participative, un nouveau référentiel qui permettrait la mise en place de programmes et projets de protection sociale plus inclusifs, visant l'autonomisation des groupes vulnérables.

Par conséquent la construction du Plan stratégique de la Direction Générale de l'Action Sociale se présente comme un processus de révision des cadres stratégiques et réglementaires, l'identification des obstacles et des lacunes existants, la formulation d'options politiques plus inclusives, ainsi que la définition des modalités idoines pour la révision ou la réforme desdits cadres,

Il s'agit en définitive de conformer le cadre générale aux préoccupations de la Direction Générale de l'Action Sociale, d'opérationnaliser et de soutenir la mise en œuvre d'orientations programmatiques en matière de politique sociale.

II. OBJECTIF

Objectif général

Elaboration d'un plan stratégique décennal de la Direction Générale de l'Action Sociale (2015-2024)

III. RESULTATS ATTENDUS

Le diagnostic global du secteur de l'action sociale réalisé

Le cadre général du plan stratégique est défini

Les stratégies possibles de financement du plan stratégique sont identifiées

IV. SCHEMA ORGANISATIONNEL

Pour la réalisation de ce travail, l'approche méthodologique que voici sera utilisée :

Phase 1 : collecte de données

La recherche documentaire

- le rapport final des concertations nationales sur la santé et l'action sociale.
- les nouvelles orientations des programmes d'autonomisation de la DGAS.
- Le rapport national sur l'évaluation du niveau d'inclusion des politiques publiques.
- Les Conventions, Chartes et Traités relatifs aux groupes vulnérables
- Les dispositions législatives et réglementaires nationales relatives aux groupes vulnérables.
- Les contributions et rapports produits par les associations de groupes vulnérables.

Les entretiens

- focus groupe (personnes handicapées et personnes âgées, structures d'encadrement (classiques et daaras) des enfants, veuves bénéficiaires).
- entretiens semi-directifs (un fiscaliste désigné par la D.G.I.D., le Directeur Général de l'administration et de l'équipement du M.S.A.S., le Directeur Général de l'Action Sociale, Chef de service départemental, Directeur de C.P.R.S, bénéficiaires, deux maires de Commune.)

Phase 2 : rédaction du premier draft du Plan stratégique, en relation avec le Groupe de travail de la D.G.A.S.

Phase 3 : atelier de validation technique du plan stratégique.

Phase 4 : rédaction du rapport final.

Phase 5: transmission à la DGAS de la version finale numérique intégrale et résumé exécutif du plan stratégique au plus tard le 31 décembre 2014.

V. ORGANISATION DE LA MISSION

La mission sera effectuée par une équipe de deux (03) experts internationaux ayant tous une expertise avérée en matière de politiques sociales et publiques, de planification, d'analyse et d'évaluation de projet à travers des approches participatives.

Le consultant principal est socio-économiste et spécialisé sur les questions d'analyse des politiques publiques. Il sera appuyé par un spécialiste en éducation aux droits humains, avec une parfaite connaissance de l'approche basée sur les droits humains et des instruments internationaux relatifs à la protection et à la promotion des droits humains, ainsi qu'un spécialiste en matière de promotion et de protection des personnes handicapées.

VI. MECANISMES DE SUIVI ET D'EVALUATION

Il sera proposé :

- des indicateurs d'évaluation du niveau d'inclusion sociale du cadre et des programmes de la Direction Générale.
- un projet d'observatoire des inégalités sociales.

ANNEXE N°5 : TERMES DE REFERENCE



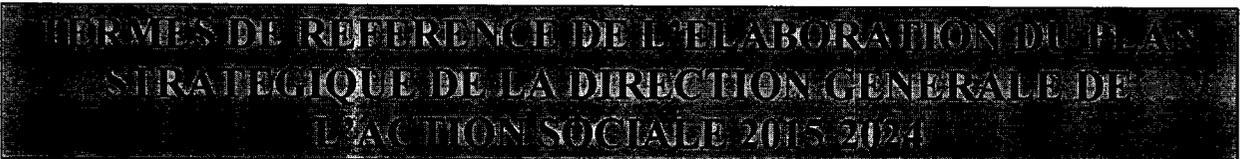
Un Peuple-Un But-Une Foi

★★★

MINISTRE DE LA SANTE ET DE L'ACTION SOCIALE

★★★

DIRECTION GENERALE DE L'ACTION SOCIALE



1. CONTEXTE

La protection des groupes vulnérables à travers la lutte contre la pauvreté constitue un objectif stratégique et politique majeur du Gouvernement du Sénégal. Cela a conduit à l'élaboration de plusieurs documents de référence au rang desquels, on peut citer : les Documents Stratégiques de Réduction de la Pauvreté (DSRPI et II), le Document de Politique Economique et Social (DPES), la Stratégie Nationale de Développement Economique et Social (SNDES), la Stratégie Nationale de Protection Sociale (SNPS), et tout récemment le Plan Sénégal Emergent (PSE). Ces documents qui ont pour principal objectif la réduction de la pauvreté d'ici 2015 et au-delà, conformément aux Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), constituent un cadre de référence en matière de Politique économique et sociale.

Par ailleurs, de nombreuses insuffisances et défis sont notés dans le domaine de la protection sociale liés en partie à la structuration du nouveau cadre institutionnel de l'Action sociale, la définition de politiques publiques locales, la modernisation des outils de gestion, le développement des ressources humaines. Ces faiblesses notées dans le secteur résultent fondamentalement de l'inexistence d'un plan stratégique de l'Action sociale ; ce qui justifie l'élaboration du présent document.

2. OBJECTIFS

2.1. OBJECTIF GENERAL

-élaborer un plan stratégique décennal de la Direction Générale de l'Action Sociale (2015-2024)

2.2. OBJECTIFS SPECIFIQUES

-diagnostic global du secteur de l'action sociale
-définir le cadre général du plan stratégique

-définir des stratégies de financement du plan stratégique

3. RESULTATS ATTENDUS

- diagnostic global du secteur de l'action sociale réalisé
- le cadre général du plan stratégique est défini
- des stratégies de financement du plan stratégique sont identifiées

4. METHODOLOGIE

Phase 1 : collecte d'informations pertinentes sur le secteur de l'action sociale (le rapport final des concertations nationales sur la santé et l'action sociale doit servir de document de base. Cette collecte doit aussi tenir compte des nouvelles orientations des programmes d'autonomisation de la DGAS. A cet effet, une documentation sur ces programmes leur sera fournie.)

Phase 2 : désignation du groupe de travail au sein de la DGAS par note de service du directeur général de l'action sociale. Ce groupe contribue à l'élaboration du plan stratégique sous la coordination du consultant.

Phase 3 : élaboration du plan stratégique

Phase 4 : validation du plan stratégique par les participants de l'atelier de restitution

Phase 5: transmission à la DGAS de la version finale numérique intégrale et résumé exécutif du plan stratégique au plus tard le 31 décembre 2014.

5- DUREE DE L'ELABORATION DU PLAN STRATEGIQUE

Le consultant aura 5 mois pour faire tout le travail demandé. Les activités de la consultation démarreront au mois d'août 2014. Le rapport final du plan stratégique 2015-2024 devra être déposé à la DGAS le mercredi 31 décembre 2014 à 12H.

6- PROFIL DU CONSULTANT

Le consultant devra disposer d'une expertise dans le domaine de la protection sociale (politiques publiques, politiques sociales, analyse des politiques publiques). Il devra s'adjoindre une équipe restreinte de la DGAS pour une meilleure prise en compte de ses orientations actuelles dans ce domaine. Il peut aussi s'adjoindre toute compétence jugée utile pour un bon déroulement du travail.

En outre, sur la base d'un instrument de recueil de données élaboré par le consultant, les responsables des services déconcentrés de l'Action sociale peuvent être mis à contribution pour des compléments d'information en rapport avec le thème de la recherche.

7- FRAIS DE CONSULTANCE

- Versement d'un 1^{er} acompte au démarrage de la collecte des données
- Versement 2^{ème} acompte au dépôt du pré rapport
- Versement 3^{ème} acompte au dépôt du rapport validé et corrigé

8- LISTE DES DOCUMENTS A METTRE A LA DISPOSITION DU CONSULTANT

- Rapport final des concertations nationales sur la santé et l'action sociale
- Tableau récapitulatif des nouvelles orientations de la DGAS
- Fiches techniques des programmes d'autonomisation de la DGAS
- Manuel de procédures de la DGAS
- Cadres budgétaires des programmes 2014
- Fiche technique de la Carte d'Egalité des Chances
- Note d'information sur le système d'information et de gestion de la DGAS
- Lettres circulaires
- Tout autre document utile pour le bon déroulement.