



Rapport Analytique sur le travail domestique non rémunéré (TDNR) au SENEGAL – Base 2019



2021

Pour citer: Dramani et al. CREG



RESUME EXECUTIF

Les travaux domestiques non rémunérés sont au cœur du débat sur la contribution effective des hommes et des femmes à l'économie. En effet, longtemps ignoré du champ de l'analyse économique en particulier et des autres disciplines sociales en général, les travaux domestiques non rémunérés font partie des éléments non pris en compte dans la comptabilité nationale, critique plus connue sous le terme de « l'angle mort du PIB ».

Dans un contexte de développement économique et social ne laissant personne en rade, les travaux domestiques non rémunérés font de plus en plus l'objet de recherche et sont considérés comme un élément central de la lutte contre les inégalités de genre. La division sexuelle du travail dans le ménage confère à la femme le rôle traditionnel des travaux domestiques non rémunérés et en particulier des activités de soins aux membres du ménage. Les femmes jouent ainsi un rôle important dans le processus de formation du capital humain et contribuent au bien-être subjectif des membres du ménage. Toutefois cette contribution n'est pas captée par le marché.

Le « care » ou soins aux personnes est défini comme l'ensemble des activités concourant au bien-être physique et mental de la personne et à l'amélioration des capacités cognitives de l'enfant. Ces activités s'accompagnent en générale d'une implication émotionnelle et d'une interaction directe entre les donneurs de soins et les bénéficiaires. Dans sa globalité, le « Care » comporte des aspects formels et informels. Le « care » formel regroupe l'ensemble des activités de soins délivrés dans un cadre marchand ou public. L'aspect informel du « care » fait référence aux soins non rémunérés, le plus souvent effectué dans le cadre du ménage en particulier par les femmes, ou à travers le bénévolat. Ces activités de soins aux personnes concernent à majorité les dépendants, en particulier les enfants et les personnes âgées.

Le Gouvernement du Sénégal dans le cadre de son plan de développement économique et social, a mis en œuvre un certain nombre d'initiatives pour une augmentation du bien-être des jeunes et des adultes au Sénégal. Entre autres initiatives, il a le plan SESAME implémenté depuis 2008, la Politique Nationale de Vieillesse en bonne Santé en 2017, la politique de gratuité des soins des enfants de moins de 5 ans qui est une composante de la couverture maladie universelle, le Plan stratégique intégré Santé Maternelle, Néonatale, Infanto-juvénile et des Adolescents (SRMNIA) 2016-2020. De nombreux efforts sont ainsi notés dans le secteur de la santé, en termes d'augmentation des infrastructures mais aussi du personnel de santé. Toutefois les normes de l'OMS sont loin d'être atteintes. Dans le secteur de l'éducation, les différents programmes pour encourager l'éducation pour tous ont permis de noter une grande fréquentation scolaire. Toutefois, le taux brut d'accès à l'enseignement préscolaire est encore faible (18,1% pour la petite section en 2018).

Parallèlement au secteur formel des soins, le secteur informel est ici défini comme le travail de soin non rémunéré. Les tentatives de valorisation ont permis de donner une définition spécifique à ce type d'activité, considérée comme toute activité domestique (les soins y compris) non

rémunérés, non prise en compte dans la comptabilité nationale et respectant le principe du tiers (pouvant être effectuée par une tierce personne).

Au Sénégal, peu d'études se sont intéressées à la question de la valorisation du travail domestique non rémunéré en général et des soins aux personnes en particulier. Dramani et al, en 2016 ont évalué le coût du travail domestique non rémunéré au Sénégal à partir de la base ESPS 2011. Ils ont trouvé que la contribution du travail domestique non rémunéré est à hauteur de 29% du PIB à majorité réalisée par les femmes 19%. Le travail des soins représente 11,2% du PIB dont 7,8% pour la contribution des femmes en 2011.

Ce travail entre dans le cadre de la collaboration entre le CREG et le ministère de l'économie des finances et de la coopération du Sénégal. L'objectif est de faire une évaluation du travail domestique non rémunéré au Sénégal en 2018. La méthodologie utilisée est celle des comptes nationaux de transferts de temps (NTTA) qui présentent les comportements de consommation et de production de temps de travail domestique sur tout le cycle de vie ainsi que les transferts de temps reçus et versés aux différents âges. La valorisation du temps de travail domestique dans les NTTA privilégie celle du remplacement au coût du spécialiste.

Les résultats trouvés montrent qu'à la jeunesse comme à la vieillesse, la population sénégalaise est en déficit en ce qui concerne les soins. Les individus à ces âges reçoivent plus de soins qu'ils n'en produisent. Les femmes produisent plus de temps de soins comparativement aux hommes. Le niveau de la valorisation du travail des soins au Sénégal en 2018 s'élève à 952 milliards de FCFA dont 90% pour les femmes et 10% pour les hommes. Il représente ainsi 8% du PIB dont 7 % pour la contribution des femmes. Ces résultats militent pour une meilleure prise en compte des questions de soins dans les politiques publiques pour une meilleure autonomisation de la femme et l'amélioration du bien-être des jeunes et des adultes.

SOMMAIRE

RAPPORT D'ANALYSE NTA DU SENEGAL	1
RESUME EXECUTIF	2
SIGLES ET ABREVIATIONS	5
LISTES DES TABLEAUX ET GRAPHIQUES	6
1. INTRODUCTION	7
2. FAITS STYLISES SUR LE CADRE SOCIO ECONOMIQUE ET DE LA LEGISLATION DES SOINS AUX ENFANTS ET AUX PERSONNES AGEES AU SENEGAL	7
2.1 Contexte socioéconomique des soins aux enfants et aux personnes âgées	7
2.1.1 Structures sanitaires, ressources humaines et disponibilité des services de soins de base	7
2.2 Cadre législatif des soins aux enfants et aux personnes âgées	18
3. REVUE DE LITTÉRATURE SUR LE TRAVAIL DOMESTIQUE (CARE ECONOMY)	22
3.1 Cadre formel du soin aux enfants et aux personnes âgées	22
3.2 Le travail domestique non rémunéré	24
3.3 Les soins non rémunérés aux personnes	25
4. METHODOLOGIE	26
5. PRINCIPAUX RESULTATS	29
5.1 Production et consommation de temps de soins aux personnes	29
5.2 Profils de transfert de temps de soins aux personnes	30
6. RECOMMANDATIONS :	33
7. CONCLUSION	33
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	34

SIGLES ET ABREVIATIONS

NTA : Comptes Nationaux de Transfert

NTTA : Comptes Nationaux de Transfert de Temps

PSE : Plan Sénégal Emergent

PNDS : Plan National de Développement Sanitaire

ANSD : Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie.

ONG : Organisation non gouvernementale

RHS : Ressources Humaines de la Santé

IST : Infections Sexuellement Transmissibles

ECPSS : Enquête Continue sur la Prestation des Services de Soins de Santé

IRA : Infections Respiratoires Aigües

PEV : Programme Elargi de Vaccination

BCG : vaccin Bacilles Tuberculeux Vivants

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

IPRES : Institut de Prévoyance de Retraite du Sénégal

FNR : Fond National de Retraite

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

PNDSS : Plan National de Développement Sanitaire et Sociale

PNDIPE : Politique Nationale de Développement Intégré de la Petite Enfance

PNPJE : Programme National de Protection des Jeunes Enfants

CMU : Couverture Maladie Universelle

SRMNIA : Plan stratégique intégré Santé Maternelle, Néonatale, Infanto-juvénile et des Adolescents

ODD : Objectifs de Développement Durable

LPSD : Lettre de Politique Sectorielle de Développement

SSP : Déclaration d'Astana sur les Soins de Santé Primaires

CSU : Couverture Sanitaire Universelle

OIT : Organisation Internationale du Travail

CEDAW :

P.A.P.A : Projet d'Appui à la Promotion des Aînés

CESCR

CADBE : Charte Africaine sur les Droits et le Bien-être de l'Enfant

DTPJJ : Directions Territoriales de Protection Judiciaire de la Jeunesse

ASE : Aide Sociale à l'Enfance

PJJ : Protection Judiciaire de la Jeunesse,

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

ICATUS : International Classification of Activities for Time Use Statistics

LISTES DES TABLEAUX ET GRAPHIQUES

Graphique 1: Profils de production et de consommation de temps de soins aux personnes	30
Graphique 2: Transferts de temps domestique	31
Graphique 3 : Profils moyens de production et de consommation de soins non rémunérés aux personnes selon le sexe	32
Graphique 4: Profils agrégés de production et de consommation des soins non rémunérés aux personnes selon le sexe	32
Graphique 5: Valorisation de la production agrégée de soins selon le sexe (en milliards de FCFA)	33
Graphique 6: Part des soins des hommes et des femmes dans la production totale et en % du PIB	33

1. INTRODUCTION

Le travail non rémunéré correspond à la production, par les membres du ménage, de biens et services non commercialisés sur le marché. Les soins consacrés aux enfants et aux personnes âgées prennent beaucoup de temps (environ 5 h par semaine) font partie de ces activités non rémunérées. Selon Becker, 1965, le travail non rémunéré génère une augmentation de la consommation totale de biens et services et représente un revenu implicite.

Le travail domestique, y compris les soins accordés aux enfants et aux personnes âgées, accroît la valeur des revenus disponibles destinés à l'achat de biens et services mais aussi, il contribue à la formation et à l'entretien du capital humain. Cependant, la valeur ajoutée générée par ces activités n'est pas prise en compte dans la comptabilité nationale.

Pour remédier à cette insuffisance, ce travail se fixe comme objectif général de cerner les différentes activités inhérentes aux soins des enfants et personnes âgées afin de mesurer leurs coûts selon l'angle de la production et de la consommation.

De manière spécifique l'étude valorise le temps de travail domestique, mesure le volume de transfert en temps reçu selon l'âge et le sexe et calcul son impact sur le PIB.

Pour traiter de la valeur d'un tel sujet, le document est structuré en 4 parties :

- La première partie, consacrée au contexte, identifie les structures sanitaires, les ressources humaines, la disponibilité des services de soins de base ; la situation des soins aux enfants et personnes âgées au Sénégal et renseigne sur les programmes initiatives publics/privées pour les soins aux enfants et personnes âgées au Sénégal.
- La deuxième partie met en exergue la revue de la littérature sur l'offre de soins des enfants et des personnes âgées
- La troisième partie donne la méthodologie de construction des comptes nationaux de transfert de temps (NTTA)
- La quatrième partie s'étale sur les différents résultats de l'étude

2. FAITS STYLISES SUR LE CADRE SOCIO ECONOMIQUE ET DE LA LEGISLATION DES SOINS AUX ENFANTS ET AUX PERSONNES AGEES AU SENEGAL

2.1 Contexte socioéconomique des soins aux enfants et aux personnes âgées

2.1.1 Structures sanitaires, ressources humaines et disponibilité des services de soins de base

L'amélioration de la santé de la population a toujours représenté un défi primordial des programmes et politiques de l'Etat du Sénégal. Les différents plans mis en place tels que le Plan

National de Développement Sanitaire (PNDS 2009-2018) mais aussi le Plan Sénégal Emergent (PSE) dans sa composante « santé », illustrent d'ailleurs cet intérêt accordé à ce secteur.

L'importance accordée à ce secteur de la santé s'explique également par l'obligation qu'à l'Etat, de garantir le droit à la santé comme en atteste la politique de santé qui a comme fondement la Constitution sénégalaise en son article 8. De plus, cette Constitution dispose en son article 17 que : « l'Etat et les Collectivités publiques ont le devoir de veiller à la santé physique et morale de la famille et, en particulier, des personnes handicapées et des personnes âgées. L'Etat garantit aux familles en général et à celles vivant en milieu rural en particulier l'accès aux services de santé et au bien-être... ». Preuve de la nécessité pour l'Etat d'élaborer et de mettre en place des programmes avec des objectifs et des cibles bien précis pour garantir à la population, ce droit fondamental.

De ce fait, des efforts ont été faits notamment en termes d'accès facile aux structures sanitaires, de ressources humaines et de disponibilité des services de soins de base. Ainsi concernant la couverture en structures de santé, le Sénégal comptait en 2017, 36 établissements de santé ayant un statut d'hôpital, 1423 postes de santé et 101 centres de santé (CS) dont 78 CS de niveau 1 et 23 CS de niveau 2 avant de connaître une légère amélioration de ces structures en 2018 avec 37 établissements de santé ayant un statut d'hôpital, 1435 postes de santé, 106 centres de santé dont 80 CS de niveau 1 et 26 CS de niveau 2 et 2126 cases de santé (ANSD, 2020). A cela s'ajoutent, d'après les résultats de la « Cartographie du secteur privé de la santé au Sénégal 2016-2017 », les structures privées qui sont au nombre de 3 hôpitaux privés, 118 cliniques privées, 359 cabinets médicaux privés, 443 cabinets paramédicaux privés, 132 services médicaux d'entreprise et 111 postes de santé (dispensaires) privés. En plus des structures sanitaires du public et du privé, il existe l'offre de soins et de prestations des ONG et des associations ainsi que des offres privées en matière d'aide au diagnostic avec 26 laboratoires d'analyse médicale et une dizaine de services d'imagerie médicale à Dakar.

Tableau 1: Structure de santé en 2017 et 2018

Structures de santé	2017	2018
District sanitaire	77	77
Poste de santé	1423	1435
Centre de santé niveau 1	78	80
Centre de santé 2 (bloc fonctionnel)	23	26
EPS (établissement public de santé) 1	11	10
EPS 2	15	17
EPS 3 Général	10	10
EPS spécialisé	2	3

Source : MSAS. Carte sanitaire 2018¹

Le développement des ressources humaines est aussi crucial que celui des structures de santé dans l'offre de la santé. C'est ainsi que, malgré une insuffisance dans la couverture, des efforts notables sont aussi consentis dans le recrutement de ressources humaines de toutes les

¹ ANSD: Situation Economique et Sociale du Sénégal 2017-2018 (SES 2017-2018)

catégories professionnelles. De ce fait, il est globalement observé entre 2017 et 2018, une hausse du personnel de la santé et particulièrement dans les catégories socio-professionnelles ayant des rapports avec la santé de la mère et de l'enfant. De 2017 à 2018, le nombre de sages-femmes est passé de 2551 à 2677 individus ; le nombre de gynécologues obstétriciens, bien que faible, a également connu une hausse, passant de 108 à 115 ; le nombre de pédiatres a aussi évolué positivement, passant de 65 à 107 individus. Toutes les autres catégories socio-professionnelles (médecins, assistants infirmiers, infirmiers d'Etat ...) ont également toutes connu une évolution positive entre 2017 et 2018 tout comme les autres personnels de santé à savoir les spécialistes, les techniciens supérieurs, les assistants etc. (ANSD, 2020). Malgré ces efforts pour renforcer les effectifs, les indicateurs de couvertures en personnel sont encore loin des normes édictées par l'OMS.

Tableau 2: Evolution des Ressources Humaines de la Santé (RHS) de 2017 à 2018

Catégories socio-professionnelles	Année 2017	Année 2018	Normes OMS	Couverture / RHS 2017	Couverture / RHS 2018
Médecins	476	776	1/10 000 habitants	1/32 051 habitants	1/20 266 habitants
Sage-Femme d'Etat (SFE)	2 551	2 677	1/300 FAR	1/1 441 FAR	1/1 414 FAR
Infirmier Diplômé d'Etat (IDE)	2 000	2 245	1/300 habitants	1/7 628 habitants	1/7 005 habitants
Assistant infirmier	2 106	2 207			
Gynécologue obstétricien	108	115			
Pédiatre	65	107			

Source : MSAS, Carte sanitaire 2017 et 2018 ; Source (Normes) : PNDS/MSAS 2009-20182

Concernant la disponibilité des services de soins de base, il est observé que celle-ci facilite l'accessibilité générale au système de soins de santé et contribue à l'utilisation de ces services dans une structure de santé. Ces services de bases se composent principalement au Sénégal : des soins curatifs ambulatoires pour enfant malade, des services de vaccination infantile dans la structure, du suivi de la croissance infantile, des méthodes modernes de planification familiale (PF), des services de consultations prénatales et des services pour les infections sexuellement transmissibles (IST). De manière générale, 75% des structures en 2017 contre 68% en 2018 offrent tous les services de base, soit une baisse de 9% sur la période. Cette baisse est toutefois imputable à la grève qu'a connue le secteur durant l'année 2018. Aujourd'hui, un peu plus de six structures sur dix (62%) offrent tous les services de base ; cette disponibilité est nettement plus élevée dans les structures du secteur public que dans celles du privé (97 % contre 4 %). Aussi, les postes de santé (64 %) offrent plus fréquemment tous ces services de base que les hôpitaux (19 %) (ANSD 2020).

² ANSD. Situation Economique et Sociale du Sénégal 2017-2018 (SES 2017-2018)

Tableau 3: Disponibilité des services de santé de base selon le type de structure de santé en 2017 et 2018

	2017			2019		
Disponibilité des services de base	Hôpital	Centre de santé	Poste de santé	Hôpital	Centre de santé	Poste de santé
Tous les services de base	31%	59%	78%	19%	63%	64%
Soins curatifs infantiles	90%	93%	91%	82%	91%	81%
Suivi de la croissance des enfants	60%	68%	85%	43%	69%	72%
Vaccination infantile	42%	70%	82%	35%	67%	68%
Méthodes modernes de PF	68%	74%	86%	61%	77%	69%
Consultations prénatale	83%	74%	87%	84%	79%	76%
Services d'IST	93%	99%	93%	97%	95%	87%

Source : ANSD. Enquête sur la prestation des services de soins de santé 2017 & 2018³ et Sénégal : Enquête Continue sur la Prestation des Services de Soins de Santé (ECPSS) 2019

Malgré cette baisse observée, les services de base mis à la disposition des populations présentent des chiffres relativement satisfaisants.

2.1.2 Situation des soins non rémunérés aux enfants et personnes âgées

La période allant de la grossesse à la grossesse à l'âge de 3 ans est la période la plus sensible de l'enfant notamment en raison des influences de son environnement direct. En effet, les découvertes scientifiques de diverses disciplines ont convergé pour conclure que les éléments essentiels de la santé, du bien-être et de la productivité pour toute la vie (des enfants, des adolescents et des adultes) sont établis pendant la grossesse et les trois premières années de la vie. C'est donc durant cette temporalité que les bases de la santé, du bien-être, de l'apprentissage et de la productivité future de l'enfant doivent être posées pour le bon développement de l'enfant. Ce qui se soldera même à long terme par un impact sur la santé et le bien-être des générations futures. Cependant, la réalisation de cette tâche se heurte à de nombreux obstacles tels que l'extrême pauvreté des ménages, l'insécurité, les inégalités entre sexe, la violence, les toxines environnementales et une mauvaise santé mentale. Toutes ces menaces affectent ainsi les soignants parmi lesquels nous retrouvons les parents, les familles et autres personnes s'occupant des enfants, le plus souvent sans aucune rémunération. Ces diverses menaces entraînent une réduction des capacités de ces soignants non rémunérés à

³ ANSD. Situation Economique et Sociale du Sénégal 2017-2018 (SES 2017-2018)

protéger, soutenir et promouvoir le développement des jeunes enfants. Il est donc évident que pour améliorer le développement du potentiel des enfants de manière considérable, il faut un environnement propice matérialisé par des politiques, programmes et services qui donnent aux familles, parents et soignants, les connaissances et les ressources nécessaires pour prodiguer des soins attentifs aux jeunes enfants. Les soins attentifs faisant référence aux conditions mises en place par les politiques, programmes et services publics et permettant aux communautés et aux soignants de garantir aux enfants une bonne santé et une bonne nutrition et de les protéger contre les menaces. Les soins attentifs impliquent également d'offrir aux enfants des opportunités pour l'apprentissage précoce, par des interactions qui répondent aux besoins et apportent un soutien affectif. C'est d'ailleurs dans ce sens qu'une feuille de route pour l'action intitulée Cadre pour les soins attentifs a été proposée en s'appuyant sur dernières données du développement de la petite enfance et sur la façon dont les politiques et les interventions peuvent l'améliorer. Ce cadre indiquera ainsi : i) les raisons pour lesquelles les efforts visant à améliorer la santé, le bien-être et le capital humain doivent débiter dès les premières années, de la grossesse à l'âge de 3 ans ; ii) les principales menaces pour le développement de la petite enfance ; iii) la façon dont les soins attentifs protègent les jeunes enfants contre les pires effets de l'adversité et favorisent le développement physique, affectif, social et cognitif ; iv) et ce dont ont besoin les soignants pour prodiguer des soins attentifs aux jeunes enfants. Le cadre décrit aussi comment une approche pangouvernementale et une approche pansociétale permettent de promouvoir les soins attentifs pour les jeunes enfants et indique les principes directeurs, les actions stratégiques et les méthodes pour suivre les progrès et par conséquent améliorer les soins non rémunérés accordés aux enfants. Les premières expériences résultant de cette action sont d'ailleurs plutôt satisfaisante car ayant eu un profond impact sur le développement de l'enfant, avec une incidence sur les apprentissages, la santé, le comportement et, finalement, les relations sociales, le bien-être et les revenus à l'âge adulte. Ce qui montre l'importance de ces soins non rémunérés pour l'équilibre physique et mental de l'enfant. D'autant plus que dans ce monde de plus en plus numérique dans lequel nous sommes, on accorde encore plus d'importance aux capacités qui ont leur origine dans la petite enfance, telles que la capacité à raisonner, à apprendre continuellement, à communiquer efficacement et à collaborer avec les autres. Sachant que des millions de jeunes enfants n'atteignent pas leur plein potentiel en raison d'une mauvaise santé, d'une nutrition inadéquate, d'une exposition au stress, d'un manque d'amour et de stimulation précoce, ou d'opportunités limitées pour l'apprentissage précoce, le changement de situation vient apporter de l'espoir, grâce aux connaissances scientifiques actuelles et aux connaissances sur la mise en œuvre, associées à un engagement croissant des acteurs au niveau national et international. Il est donc plus que jamais temps et urgent d'accompagner les familles, les parents et soignants dans leur lourde tâche d'octroi de soins non rémunérés à la petite enfance et de travailler en toute harmonie pour atteindre ces objectifs du développement de la petite enfance qui sont communs à de nombreuses organisations internationales telles que l'UNICEF, le groupe de la Banque Mondiale, ou encore l'Organisation Mondiale de la Santé. A noter que les soins attentifs recherchés comprennent cinq composantes à prendre en considération à savoir : la bonne santé des enfants ; la nutrition adéquate ; les soins répondant aux besoins ; les opportunités pour l'apprentissage précoce et la sécurité et sûreté des enfants.

Les personnes âgées sont aussi confrontées à divers obstacles contraignant la qualité des soins non rémunérés qui leur sont attribués. En effet, en raison principalement de la faiblesse des revenus de retraite (seules 30% des personnes âgées bénéficient d'une « couverture sociale » répartie

entre l'Institut de Prévoyance de Retraite du Sénégal (IPRES) et le Fond National de Retraite (FNR)), la majeure partie des personnes âgées sont prises en charge par les familles. Ce qui représente un réel fardeau pour ces dernières dans le sens où c'est dans les 70% de personnes âgées sans couverture sociale que l'on retrouve la population la plus démunie constituée en majorité d'agriculteurs, d'éleveurs, de pêcheurs etc. Ces populations vivent souvent en zone rurale ou semi-urbaine où les conditions de vie surtout sanitaires sont très précaires. Aussi, d'après les résultats de l'enquête sur l'indice de pauvreté au Sénégal, l'incidence de la pauvreté croît systématiquement avec l'âge du chef de ménage : de 37,7% pour la tranche d'âge 15- 29 ans, il atteint son maximum, (56,1%) à 65 ans et plus (rapport ANSD 2004). Ce qui rend les soins de santé rémunérés des personnes âgées difficilement accessibles et les soins de santé non rémunérés réalisés par les familles plutôt pénibles.

2.1.3 Situation des soins rémunérés aux enfants et personnes âgées au Sénégal

Ces nombreux efforts de l'Etat dans l'amélioration du secteur de la santé, bien que devant être augmentés, ne sont toutefois pas à négliger. En effet, ils ont contribué à rendre plus disponibles et plus efficaces, les services et soins de santé pour les populations notamment les populations vulnérables et particulièrement pour les enfants.

En effet, il est observé en 2019, que parmi les structures de santé, 66% offrent les trois services de santé infantile de base à savoir les soins curatifs infantiles, le suivi de la croissance et de l'état nutritionnel et la vaccination infantile. De ces trois services, les soins curatifs pour les enfants est le plus souvent disponible avec 81% tandis que le service de vaccination infantile est le moins fréquemment offert dans les structures de santé avec 67%. En outre, 72% des structures de santé offrent des services de supplémentation de routine en vitamine A (ANSD, 2020). A noter que l'offre de ces trois services infantiles de base est très élevée dans les structures du secteur public (97%) et très faible dans le secteur privé (15%) ; mais aussi que les hôpitaux sont moins nombreux à fournir tous les services de base (28%), sauf en ce qui concerne les soins curatifs infantiles disponibles dans 82% d'hôpitaux.

Tableau 4: Disponibilité des services de santé infantiles en 2019

Disponibilité des services de base	Hôpital	Centre de santé	Poste de santé	Sénégal
Soins curatifs infantiles	82%	91%	81%	81%
Suivi de la croissance des enfants	43%	69%	72%	71%
Vaccination infantile	35%	67%	68%	67%
Les 3 services de santé infantile de base	28%	65%	68%	66%
Supplémentation de routine en vitamine A	48%	75%	73%	72%

Source : ANSD. Enquête Continue sur la Prestation des Services de Soins de Santé (ECPSS) 2019

Par ailleurs, il est observé une tendance à la hausse de l'offre des trois services infantiles de base et de la supplémentation en vitamine A entre 2018 et 2019 dans les structures de santé du secteur public avec par exemple le pourcentage de structures de santé offrant les trois services infantiles de base qui est passé de 92 % en 2018 à 97 % en 2019 (**voir tableau 5**).

Tableau 5 : Disponibilité des services de santé infantile de base dans les structures de santé du secteur public de 2017 à 2019

Disponibilité des services de base	ECPSS 2017	ECPSS 2018	ECPSS 2019
Soins curatifs infantiles	99%	98%	99%
Suivi de la croissance des enfants	96%	95%	98%
Vaccination infantile	95%	94%	97%
Les 3 services de santé infantile de base	94%	92%	97%
Supplémentation de routine en vitamine A	91%	96%	98%

Source : ANSD. Enquête Continue sur la Prestation des Services de Soins de Santé (ECPSS) 2019

Toutefois, dans le secteur privé, la tendance observée est plutôt une tendance à la baisse entre 2018 et 2019 des trois services infantiles de base pour une tendance à la hausse de l'offre de la supplémentation en vitamine A. On constate de ce fait, que le pourcentage de structures de santé qui offraient les trois services infantiles de base est passé de 34 % en 2018 à 15 % en 2019. L'offre de la supplémentation en vitamine A est passée de 24 % en 2018 à 29 % en 2019 (**voir Tableau 6**).

Tableau 6 : Disponibilité des services de santé infantile de base dans les structures de santé du secteur privé de 2017 à 2019

Disponibilité des services de base	ECPSS 2017	ECPSS 2018	ECPSS 2019
Soins curatifs infantiles	65%	62%	52%
Suivi de la croissance des enfants	37%	52%	25%
Vaccination infantile	25%	35%	15%
Les 3 services de santé infantile de base	24%	34%	15%
Supplémentation de routine en vitamine A	25%	24%	29%

Source : ANSD. Enquête Continue sur la Prestation des Services de Soins de Santé (ECPSS) 2019

Nous avons aussi les soins postnatals du nouveau-né qui ont fait l'objet d'évolution avec en 2018, 78% des nouveau-nés qui ont reçu des soins postnatals dans les premières 48 heures dispensés par un prestataire de santé qualifié contre 70% en 2017. Les examens les plus fréquemment effectués en 2018 dans le cadre des soins postnatals sont la prise de poids (74%) suivie des soins du cordon ombilical (71%) et de la prise de température (69%). Cependant, l'observation de l'allaitement (mis au sein précoce) est encore très faiblement effectuée avec seulement 26% (ANSD, 2020).

Entre autres soins procurés aux enfants, nous avons la vaccination mais aussi la prévalence et le traitement de certaines maladies comme les Infections Respiratoires Aigües (IRA) et les maladies diarrhéiques. Concernant la vaccination des enfants, 63% des enfants de 12-23 mois en 2011 contre 77% en 2019 ont reçu tous les vaccins de base. La quasi-totalité des enfants de 12-23 mois ont reçu le BCG (95%), 81% la dose de polio 0 et 86% ont été vaccinés contre la rougeole en 2019. Toutefois, seulement 3% des enfants n'ont reçu aucun des vaccins du Programme Elargi de Vaccination (PEV) en 2019 (ANSD, 2020). Parmi les enfants de 24-35 mois, Seulement 37% ont reçu tous les vaccins appropriés pour leurs âges. A noter que la couverture vaccinale est influencée de manière importante par le niveau de bien-être économique du ménage, avec dans le quintile le plus bas, seulement deux tiers des enfants de 12-23 mois ayant reçu tous les vaccins de base (66%) contre 82% dans le second et dans le quatrième quintile. S'agissant de la prévalence et du traitement des maladies de l'enfance, les infections respiratoires aigües (IRA), la fièvre et la déshydratation provoquée par des diarrhées sévères constituent les principales causes de décès d'enfants dans la plupart des pays en développement. D'ailleurs, au Sénégal, il est observé dans l'ensemble que 5% ont présenté des symptômes d'IRA, 13% de la diarrhée et 15% de la fièvre en 2019 (ANSD, 2020). D'où la nécessité d'une prise en charge médicale rapide et appropriée pour l'atteinte de l'objectif de réduction de la mortalité infantile. De ce fait, concernant les IRA et particulièrement la pneumonie, qui constitue selon l'OMS, la principale cause de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans dans les pays en développement, il est constaté que parmi les enfants ayant présenté des symptômes d'IRA, des conseils ou un traitement auprès d'un établissement ou d'un prestataire de santé ont été recherchés dans 54% des cas en 2019 contre 60% des cas en 2017 ; et pour 29% des enfants malades en 2018 contre 31% en 2017, la recherche de traitement ou de conseils s'est faite le même jour ou le jour suivant. Les garçons ont été plus souvent traités que les filles (59% contre 49%) (ANSD, 2020).

La diarrhée est aussi une maladie à prendre en compte car étant la deuxième cause de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans selon l'OMS. Les soins relatifs à cette maladie doivent donc être tout comme ceux relatifs aux IRA, les plus accessibles possibles. Les résultats de la prévalence et du traitement des maladies diarrhéiques montrent que sur 13% d'enfants ayant présenté un épisode de diarrhée au cours des deux semaines avant l'interview, des conseils ou traitement ont été recherchés pour 45,4% des enfants de moins de 5 ans en 2019. Pour traiter cette maladie, les enfants malades reçoivent dans 26% des cas, des liquides préparés à partir des sachets SRO (Sels de Réhydratation par voie Orale) ou des liquides SRO préconditionnés ; dans 32%, des suppléments de zinc et dans 19% des cas, une SRO et des suppléments de zinc (ANSD, 2020).

En plus de cela, la situation nutritionnelle des enfants au Sénégal montre aussi la nécessité d'améliorer les soins aux enfants. En effet, 14% des enfants de moins de 5 ans sont atteints d'insuffisance pondérale, y compris 3% sous la forme sévère. Cette insuffisance pondérale est un peu plus fréquente chez les garçons que chez les filles (16% contre 13%). Aussi, les résultats selon le niveau socioéconomique du ménage montrent que la prévalence de l'insuffisance pondérale varie de 5% dans le quintile le plus élevé à 23% dans le quintile le plus bas (ANSD, 2020).

Concernant la malnutrition chronique, 18% des enfants sont considérés comme souffrant de malnutrition chronique, y compris 5% sous la forme sévère. Cette forme de malnutrition chronique est souvent

manifestée par un retard de croissance et touche autant les garçons que les filles (19% contre 17%) (ANSD, 2020).

Concernant la malnutrition aiguë caractérisée par l'atteinte d'émaciation ou de maigreur, 8% des enfants sont émaciés, y compris 1% sous la forme sévère. La proportion de garçons atteint de cette forme de malnutrition est un peu plus élevée que celles des filles (10 % contre 7 %) (ANSD, 2020).

Malgré des efforts encore notables à réaliser par l'Etat particulièrement dans le traitement des maladies infantiles, il convient de noter, à travers les résultats obtenus, l'importance accordée à la santé infantile et aux soins destinés aux enfants dans les actions de l'Etat. Malheureusement, nous ne pouvons pas en dire autant concernant une autre part des populations vulnérables à savoir les personnes âgées alors qu'au même moment, le vieillissement de la population, phénomène mondial, interpelle plus particulièrement les pays en voie de développement.

Cette tranche d'âge (60 ans et plus) pourtant minoritaire de la population (3,65% de la population sénégalaise en 2013 et 5,5% de la population sénégalaise totale en 2019) souffre pourtant de leur état de santé car ne disposant pas pour la majeure partie d'entre eux de revenus de retraite (seules 30% des personnes âgées bénéficient d'une « couverture sociale » répartie entre l'Institut de Prévoyance de Retraite du Sénégal (IPRES) et le Fond National de Retraite (FNR)) leur permettant de disposer convenablement des services de soins rémunérés disponibles.

De plus, Ces personnes âgées sont fréquemment confrontées à la coexistence de pathologies aiguës et de pathologies chroniques mais aussi à l'atteinte de maladies plus ou moins graves. En effet, les personnes âgées de plus de 60 ans sont souvent les plus touchées par certaines maladies recensées dans les centres de santé et postes de santé. C'est le cas des Accidents Vasculaires Cérébraux (AVC) avec 1 037 cas, du diabète avec 6 357 cas, de l'hypertension artérielle essentielle avec 137 179 cas ou encore du rhumatisme avec 17 635 cas (MSAS, 2020). Ces maladies et pathologies entraînent généralement chez les personnes âgées, une perte d'autonomie et ont comme conséquence, un coût élevé de prise en charge rarement supportable sur le plan financier par la personne âgée et les familles.

Ajouté à ce constat de difficulté d'accès aux soins rémunérés, la gestion des personnes âgées notamment dans le secteur de la santé étant répartie entre plusieurs départements ministériels sans une réelle coordination ; ne donne pas une bonne visibilité, ni une grande force à l'action gouvernementale malgré les efforts consentis. A cela s'ajoute le fait que certaines préoccupations spécifiques aux personnes âgées ne sont pas prises en compte par les ministères concernés.

Néanmoins, l'accès aux soins notamment formels est matérialisé par les résultats sur les soins aux personnes âgées observables dans l'Annuaire des Statistiques Sanitaires et Sociales de 2018. De ce fait, il est observé que, sur 7 605 081 consultants et 7 926 341 consultations au niveau national, les personnes âgées de plus de 60 ans représentent 540 476 consultants pour une population sénégalaise de plus de 60 ans estimée à 894 899 individus et 599 099 consultations (MSAS, 2020).

2.1.4 Programmes et initiatives publics / privés pour le soin des enfants et des personnes âgées

C'est d'ailleurs au vu de tous ces obstacles et difficultés rencontrés par les personnes âgées dans leurs soins de santé qu'un grand nombre de politiques et plans ont été mis en place notamment par l'Etat sénégalais afin d'améliorer l'accessibilité aux soins de santé des Seniors. Entre autres politiques et plans, il convient de noter :

- **Le Plan Sésame (2008)** : instituant un système d'assistance « sésame » en faveur des personnes âgées de 60 ans et plus, le plan Sésame a été adopté par le décret n° 2008- 381 du 7 avril 2008. Ce plan

a donc pour mission, d'assurer aux sénégalais âgés de 60 ans et plus, une prise en charge des soins de santé éligibles, au niveau des structures de santé publiques. Cette prise en charge qui est de 100% pour les Personnes A leur Frais (PAF), ne concerne que la part dévolue au patient pour ceux bénéficiant d'une autre prise en charge (IPRES, FNR). Pour être éligible à ce plan, il faut en plus d'être âgé de 60 ans ou plus, disposer d'une carte nationale d'identité sénégalaise numérisée et respecter la pyramide sanitaire : consulter au niveau périphérique (poste ou centre de santé) et ne se présenter à l'hôpital que s'il y est référé ou en urgence. Cette gratuité des soins pour les personnes âgées ne s'appliquent toutefois pas à tous les types de soins ; sont ainsi gratuits pour les bénéficiaires du Plan Sésame : les consultations, les médicaments essentiels, les examens complémentaires, les actes médicochirurgicaux et les hospitalisations.

- **La Politique Nationale de Vieillesse en bonne santé (2017):** il s'agit d'une politique en totale cohérence avec la dynamique internationale reposant sur « un monde où chacun a l'opportunité de vieillir en bonne santé c'est-à-dire, vieillir tout en restant autonome et préserver ses capacités fonctionnelles ». L'objectif de cette politique est de réduire la mortalité liée au vieillissement avec une bonne intégration dans la cité, grâce à un maintien durable de l'autonomie et de l'indépendance de la personne. Plus spécifiquement, il consiste à : mettre en place un système de protection sociale inclusif pour les personnes âgées, intégrer la dimension vieillesse dans tous les programmes de santé et développement, créer un cadre juridique et institutionnel pour l'encadrement et la coordination des initiatives en faveur des personnes âgées et promouvoir un processus de vieillissement dans le cadre d'une société pour tous les âges.

La réalisation de ces objectifs s'est faite à partir de la mise en opération de 4 orientations stratégiques que sont : l'amélioration de la santé des personnes âgées, la promotion de la formation et recherche en gériatrie gérontologie, l'amélioration des conditions de vie et du pouvoir d'achat des personnes âgées et la promotion et valorisation de la personne âgée.

La mise en œuvre de ces diverses mesures au plan socio sanitaire en faveur des personnes âgées traduit ainsi la réelle volonté politique du Sénégal de prendre en charge le vieillissement de sa population.

En outre, des documents de politiques stratégiques et documents normatifs sont également établis dans le cadre de la petite enfance et particulièrement des soins attentifs. De ce fait, il existe des documents cadres à savoir :

- **Les documents de politiques et stratégiques prenant en compte la multisectorialité** (PSE, PNDSS, PS SRMNIA PNDIPE, Plan Stratégique de Développement de la Petite Enfance, Plan stratégique de protection sociale, Plan Multisectoriel Nutrition ...) ;

- **Les documents Normatifs et Protocoles des différents secteurs** (Santé, Education, Jeunesse, Famille, Développement local ...) ;

- **Les conventions entre secteurs sous forme d'accord de partenariat** (Santé Petite Enfance et Santé-Education) pour mettre en pratique les stratégies.

De manière détaillée, nous avons parmi ces politiques mises en place dans le cadre de la petite enfance afin d'améliorer le bien-être des enfants mais également leur santé :

- **La Politique Nationale de Développement Intégré de la Petite Enfance (PNDIPE) au Sénégal :** adoptée en 2007, cette politique a pour but d'assurer une bonne base de départ au citoyen de type nouveau du troisième millénaire dont le Sénégal a besoin pour affronter les défis de la mondialisation et du sous-développement. La mise en œuvre de cette politique porte sur quatre programmes que sont : i) le Programme de Renforcement des Structures de

Développement Intégré de la Petite Enfance (PNRS/DIPE), ii) le Programme de Renforcement des Capacités des Parents et des Familles (PRCPF), iii) le Programme National de Protection des Jeunes Enfants (PNPJE), iiiii) et le Programme d'Appui à la PNDIPE (PA/PNDIPE).

- **La Stratégie Nationale de Protection de l'Enfant (SNPE 2013)** : cette stratégie a pour but de mettre en place un système national qui permet de tirer les leçons des pratiques existantes et des limites des politiques sénégalaises en matière de protection de l'enfant. Elle participe également à l'impulsion d'une philosophie d'action, basée sur un consensus national dans le domaine de la protection de l'enfant, déclinée suivant les deux objectifs stratégiques suivants : mettre en place un système national intégré de protection ; appuyer et promouvoir le changement social positif.
- **Le Plan Sénégal Emergent (PSE-2014)** : Cadre de référence de la politique du Sénégal, le PSE s'intéresse logiquement au secteur de la santé en visant des objectifs permettant d'assurer des services performants de santé publique. Ces objectifs sont : améliorer l'offre et la qualité des services de santé ; améliorer les performances en matière de prévention et de lutte contre les maladies ; améliorer la santé de la mère et de l'enfant ; améliorer l'état nutritionnel de la mère et de l'enfant ; renforcer le dispositif de santé communautaire ; améliorer la gouvernance sanitaire.
- **La Politique de gratuité des soins des enfants âgés de moins de cinq ans** : avec la création de l'agence de la Couverture Maladie Universelle (CMU) en Janvier 2015, a été mise en place la politique de gratuité des soins des enfants de moins de cinq ans. Cette politique est valable et accessible à tout enfant sénégalais qui se présente avec un carnet de santé, un extrait de naissance, un carnet de vaccination ou tout autre document d'état civil pouvant attester l'âge de l'enfant. Les services gratuits sont principalement : les tickets de consultation, les médicaments génériques, les tickets de vaccination, les frais d'hospitalisation, les tickets de consultation en urgence, les tickets de consultation pour les cas référés. A noter que toutes les structures de santé publiques du pays (poste de santé, centre de santé et hôpital) sont concernées par cette gratuité.
- **Le Plan stratégique intégré Santé Maternelle, Néonatale, Infanto-juvénile et des Adolescents (SRMNIA) 2016-2020** : c'est au vu des leçons apprises, des nouveaux engagements du pays et des cibles fixées en 2030 (ODD, stratégie mondiale de la santé de la mère et de l'enfant 2.0, PSE, PNDSS) que le Sénégal a élaboré ce plan stratégique intégré. Ce dernier a pour objectifs spécifiques de : i) réduire la mortalité maternelle, ii) réduire la mortalité des néonatales, iii) réduire la mortalité infanto juvénile et iiiii) améliorer la santé des adolescent(e)s et des jeunes. Les principales cibles de ce plan étant : les femmes en âge de reproduction, les femmes enceintes et allaitantes, les nouveau-nés, les enfants de 0 à 5 ans, les adolescent(e)s et jeunes.
- **Le Plan National de Développement Sanitaire et Social (PNDSS 2019-2028)** : plus récent, ce plan a pour enjeu fondamental l'avancée du pays vers la Couverture Sanitaire Universelle (CSU) pour la réalisation de l'Objectif de Développement Durable (ODD) numéro 3. A ce titre, sa conception est arrimée aux orientations stratégiques du Plan Sénégal Emergent (PSE) et de la Lettre de Politique Sectorielle de Développement (LPSD). Outre les engagements internationaux relatifs aux ODD, il prend également en compte les autres engagements du pays en matière de santé, notamment : le Programme d'action de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement, tenue du 5 au 13 septembre 1994 au Caire ; la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement en date du 02 mars 2005 ; le Règlement Sanitaire International (RSI) de 2005 ; l'Agenda 2063 de l'Union Africaine ; la Déclaration de Libreville sur la santé et l'environnement du 29 août 2008 et, la Déclaration d'Astana sur les Soins de Santé Primaires (SSP), lors du sommet sur les 40 ans de la déclaration d'Alma Ata en Octobre 2018. La mise en œuvre de ce plan sera matérialisée par les interventions visant les trois

déterminants majeurs de la CSU que sont : la gouvernance et le financement du secteur ; l'offre de santé et d'action sociale ; la protection sociale dans le secteur.

2.2 Cadre législatif des soins aux enfants et aux personnes âgées

Les soins apportés aux personnes âgées et aux enfants n'ont pas une législation spécifique à ce domaine. Le cadre législatif de ce domaine est de ce fait lié au cadre normatif de la protection des personnes âgées et à celui de la protection des enfants.

Concernant ainsi les personnes âgées, nous avons la législation relative à la protection des droits des personnes âgées au Sénégal qui est consacrée par plusieurs instruments internationaux, régionaux et nationaux.

Au niveau international, la réalisation des droits des personnes âgées est en pratique contrainte par une vaste discrimination envers les personnes âgées. C'est soucieux de cela que le système des Nations Unies a notamment mis en œuvre un certain nombre d'instruments internationaux non contraignants pour la protection des personnes âgées. Et parmi les diverses normes internationales consacrées à la protection des droits des personnes âgées, on peut ainsi citer comme entre autres instruments :

- La Déclaration universelle des droits de l'homme ;
- Les Principes des Nations Unies pour les personnes âgées ;
- Le Pacte international relatif aux droits civils et politiques ;
- Le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels ;
- La Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes ;
- Convention internationale sur la protection des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leur famille ;
- Convention relative aux droits des personnes handicapées ;
- Convention 102 de l'OIT concernant la sécurité sociale (norme minimum) ;
- Convention 128 de l'OIT concernant les prestations d'invalidité, de vieillesse et de survivants.

A cela, nous pouvons également y ajouter les observations générales et recommandations des organes de traités et de l'OIT à savoir :

- CEDAW, Recommandation générale No.27 sur les femmes âgées et la protection de leurs droits ;
- CESCR, Observation générale No.6 concernant les droits économiques, sociaux et culturels des personnes âgées ;
- CESCR, Observation générale No.14 sur le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint ;
- CESCR, Observation générale No. 20 sur la non-discrimination dans l'exercice des droits économiques, sociaux et culturels ;
- OIT, Recommandation No. 162 sur les travailleurs âgés ;

- OIT, Recommandation No. 131 concernant les prestations d'invalidité, de vieillesse et de survivants.

Les Nations Unies s'impliquent également dans la réalisation des droits des personnes âgées à travers notamment le Plan d'action international de Madrid sur le vieillissement ou encore le Plan d'action international de Vienne sur le vieillissement.

Au niveau régional, trois principaux instruments peuvent être cités en ce qui concerne la consécration des droits des personnes âgées en Afrique. Il s'agit de :

- La charte africaine des droits de l'homme et des peuples adoptée à Nairobi au Kenya le 27 Juin 1981 avec la particularité d'avoir cité nommément les personnes âgées comme des personnes protégeables sous l'angle des droits de l'Homme ;
- Le protocole à la charte africaine sur les droits de la femme en Afrique adopté à Maputo en 2003 qui s'intéresse à la situation particulière des femmes du troisième âge.
- Le protocole à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits des personnes âgées adopté le 31 Janvier 2016.

Au niveau interne, le Sénégal a ratifié, au niveau international et régional, tous les mécanismes et instruments de protection des droits des personnes âgées. De ce fait, les droits des personnes âgées sont garantis par la constitution et par des décrets et arrêtés ministériels. La constitution de la république du Sénégal dans article 17 aliéna 2 dispose que « l'Etat et les collectivités publiques ont le devoir de veiller à la santé physique et morale de la famille et, en particulier des personnes handicapées et des personnes âgées. ».

En plus des dispositions de la constitution, nous pouvons également citer :

- le décret n° 2008- 381 du 7 avril 2008 instituant un système d'assistance « sésame » en faveur des personnes âgées de 60 ans et plus.
- l'arrêté ministériel n° 664 en date du 8 février 2007 portant création et fixant les règles d'organisation et de fonctionnement du Projet d'Appui à la Promotion des Aînés (P.A.P.A).

Pour le cas des enfants, le cadre législatif est lié à celui des droits de l'enfant avec comme base, la première Déclaration internationale relatives aux droits de l'enfant adoptée en 1924 par la Société des Nations. Toutefois, suite à un consensus international ressortant la nécessité d'un nouvel instrument établirait expressément les droits spéciaux et particuliers des enfants, il a été adopté en 1989 par l'Assemblée générale des Nations Unies, la Convention relative aux droits de l'enfant. Celle-ci devient l'instrument relatif aux droits de l'homme, le plus largement ratifié de l'histoire, sa ratification ayant été quasiment universelle. La Convention relative aux droits de l'enfant fait progresser les normes internationales en matière de droits de l'enfant sur plusieurs plans. Elle contient de nouvelles dispositions relatives à l'enfant, notamment en ce qui concerne son droit à la participation, et établit le principe selon lequel, dans toutes les décisions qui concernent les enfants, l'intérêt supérieur de l'enfant doit être une considération primordiale. Elle a également créé, et pour la première fois, un organisme international chargé de veiller au respect des droits de l'enfant : le Comité des droits de l'enfant. Cependant, la reconnaissance du droit de l'enfant n'est pas l'unique fait de la Convention relative aux droits de l'enfant ; d'autres instruments provenant des Nations Unies ou d'autres instances internationales consacrent également ce droit. Parmi ces instruments, nous avons :

- Les Conventions de Genève sur le droit international humanitaire (1949) et leurs Protocoles additionnels (1977) ;

- La Convention internationale du travail No. 138 (1973), qui dispose que, d'une manière générale, les personnes de moins de 18 ans ne doivent pas être employées à des tâches dangereuses pour leur santé ou leur développement ;
- La Convention sur la protection des enfants et la coopération en matière d'adoption internationale conclue le 29 Mai 1993 ;
- La Convention internationale du travail No. 138 (1999) concernant l'âge minimum ;
- La Convention internationale du travail No. 182 (1999) concernant l'interdiction des pires formes de travail des enfants et l'action immédiate en vue de leur élimination ;
- Le Protocole facultatif à la CDE, concernant l'implication d'enfants dans les conflits armés ;
- Le Protocole additionnel à la Convention des Nations Unies contre la criminalité transnationale organisée visant à prévenir, réprimer et punir la traite des personnes, en particulier des femmes et des enfants (2003).

Au niveau régional, divers instruments ont été consacrés aux droits de l'enfant. C'est le cas de :

- La Charte africaine des droits de l'homme et des peuples adoptée le 27 Juin 1981 et entrée en vigueur le 21 Octobre 1986 ;
- La Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant, de l'Organisation de l'unité africaine (devenue depuis l'Union africaine), adoptée le 11 Juillet 1990 ;
- La Charte africaine de la Jeunesse adoptée le 2 Juillet 2006 ;
- La Stratégie continentale de l'éducation pour l'Afrique 2016-2025 adoptée en 2016 ;
- La Stratégie de l'Union africaine pour l'égalité des genres pour la stratégie continentale de l'éducation pour l'Afrique 2016-2025 ;

Concernant le niveau national, Le Sénégal a réaffirmé dans le préambule de sa Constitution de 2001 son adhésion à la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen et aux instruments internationaux et régionaux adoptés par les Nations Unies et l'Unité Africaine. A cet effet, à l'état actuel, le pays a signé et/ou ratifié la plupart des instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme et a pris des mesures pour intégrer les droits de l'enfant dans la législation en conformité avec la CDE et la CADBE ou toute autre convention ou accord international en vigueur dans l'Etat, d'abord à travers l'article 98 de la Constitution du 2001 qui stipule que «les instruments juridiques internationaux ratifiés ou approuvés ont, dès leur publication une autorité supérieure à celle des lois nationales, sous réserve pour chaque accord ou traité de son application par l'autre partie». C'est ainsi que nous avons parmi les instruments des droits des enfants au Sénégal :

- La Convention des droits des enfants au Sénégal ;
- La Charte Africaine sur les Droits et le Bien-être de l'Enfant (CADBE) au Sénégal ;
- L'Examen Périodique Universel (EPU) du Sénégal de 2013.

Des lois nationales relatives à la protection de l'enfance sont également de rigueur au Sénégal avec notamment :

- Le Code de la Famille (Bien-être de l'enfant et de la famille, Enregistrement à la naissance, Garde à vue des enfants, Violence domestique, Droits d'héritage, Adoption) ;

- Le Code du travail ; Arrêté n°3748 relatif au travail des enfants ; Arrêté n°3749 fixant et interdisant les Pires formes de travail des enfants; Arrêté n°3750 fixant la nature des travaux dangereux interdits aux enfants ; Arrêté n°3751 fixant les catégories d'entreprises et travaux interdits aux enfants (Travail des enfants) ;
- Le Code Pénal (Art. 52 et 53) ; Code de Procédure Pénale (Art. 565-607) (Enfants en conflit avec la loi) ;
- Le Code de Procédure Pénale (Art. 565-607) (Enfants victimes/témoins dans les poursuites judiciaires) ;
- La Loi 02-2005 visant à combattre la traite des êtres humains et à protéger les victimes ; Plan national d'action de lutte contre la traite 2008-2013 (Traite des enfants) ;
- La Loi sur l'excision de 1999 (Mutilation génitale féminine)

A noter aussi que les soins attentifs font l'objet d'une institutionnalisation. De ce fait, la mise en œuvre du paquet intégré de soins attentifs nécessite une approche multisectorielle avec un ancrage institutionnel favorisant la participation de tous les acteurs à tous les niveaux. L'ancrage institutionnel devra être relevé au niveau des différents secteurs impliqués permettant une effectivité de leur mobilisation et leur redevabilité.

Ainsi, l'institutionnalisation des soins attentifs passera par la prise de décret et d'arrêtés ministériels.

- La prise d'un décret d'attribution des soins attentifs à une institution :

Le décret précisera entre autres :

- L'entité supra ministérielle qui assurera le portage de la coordination entre les différents secteurs ;
- La porte d'entrée sectorielle nécessaire pour assurer le leadership et la participation effective des autres secteurs ;
- La description de la responsabilité et du rôle de chaque secteur ;
- La composition du comité de pilotage/coordination, cadre de synergie entre les ministères ;
- La création d'un comité multisectoriel des soins attentifs.
- Les arrêtés et notes circulaires de mise en œuvre des soins attentifs :
 - Elaboration d'une note circulaire par chaque secteur ;
 - Diffusion de la note circulaire à tous les niveaux ;
 - Mise à jour du protocole (convention) entre le MSAS et ANPECTP ;
 - Intégration des soins attentifs dans les Politiques, Normes et Protocoles des différents secteurs (Santé, Education, Jeunesse, Famille, Développement local ...) ;
 - Orientation des secteurs sur les soins attentifs.

L'opérationnalisation du décret et des arrêtés se fera par chaque secteur avec la désignation des « points focaux cadre de soins attentifs » et des notes circulaires diffusées à tous les niveaux. Ces notes devront être suivies d'une révision des documents de Politiques, Normes et Protocoles des différents secteurs (Santé, Education, Jeunesse, Famille, Développement local ...) pour la prise en compte des soins attentifs.

3. REVUE DE LITTÉRATURE SUR LE TRAVAIL DOMESTIQUE (CARE ECONOMY)

3.1 Cadre formel du soin aux enfants et aux personnes âgées

L'offre de soins de santé aux personnes vulnérables que sont entre autres les enfants et les personnes âgées est un aspect primordial de la santé dans les pays et particulièrement dans les pays en voie de développement. Elle a d'ailleurs, depuis longtemps, fait l'objet de travaux approfondis de la part des chercheurs et scientifiques.

De ce fait, concernant, dans un premier temps, l'offre de soins de santé aux enfants, nous avons l'exemple d'Euillet et al. Dans leur travail sur « l'accès à la santé des enfants pris en charge au titre de la protection de l'enfance : accès aux soins et sens du soin » de 2016, ils cherchent à répondre à la question : « Comment est pensée la santé des mineurs placés au titre de la protection de l'enfance ? ». Structurant leur recherche autour de trois axes principaux que sont : i) les relations institutionnelles afin de repérer comment les institutions (Aide Sociale à l'Enfance (ASE), Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ), Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM)) se coordonnent et fonctionnent afin de garantir l'accès aux droits à la santé des enfants protégés, ii) la prise en charge de la santé par le dispositif de protection de l'enfance et ses partenaires du soin, dans l'objectif de comprendre le jeu des acteurs, les représentations et les pratiques professionnelles relatives à la santé des enfants et iii) l'accès à la santé et le sens du soin, du point de vue des enfants protégés et de leurs parents ; les auteurs ont menés simultanément une enquête quantitative avec comme outil de collecte, un questionnaire à toutes les CPAM, les Directions Territoriales de Protection Judiciaire de la Jeunesse (DTPJJ) et les services départementaux de l'ASE et une enquête qualitative menée dans cinq départements choisis et a consisté à réaliser un total de 41 entretiens auprès de cadres des CPAM, des DTPJJ et de l'ASE, auprès de soignants, et de professionnels, enfants, parents, concernés par l'ASE ou la PJJ. A la suite de leurs travaux, ils en ont ressorti comme principaux résultats que les enfants protégés bénéficient d'une couverture santé, mise en place par les services de protection dès leur prise en charge (une Couverture Maladie Universelle (CMU) dans 88% des situations d'enfants dépendant de l'ASE, et dans la moitié des situations concernées par la PJJ). Ces adaptations pour ce public considéré comme vulnérable a fait l'objet de conventions ou de protocoles dans 24 % des cas entre l'ASE et la CPAM, et dans 35 % des cas entre la PJJ et la CPAM.

Haddad et al se sont également intéressés en 2019 à la question des soins de santé aux enfants par le biais d'une étude intitulée « la gratuité des soins de santé contribue à améliorer la santé des enfants de moins de cinq ans ». L'objectif principal de leur étude est de mesurer chez les enfants de moins de cinq ans, les impacts de l'exposition à la gratuité. Le contexte particulier de l'étude permet de vérifier si ces impacts augmentent avec la durée de l'exposition à la gratuité. Le second objectif de l'étude consiste quant à lui à vérifier dans quelle mesure la gratuité bénéficie davantage ou non, aux enfants qui, en raison de leur genre, leur milieu de vie ou leur pauvreté, sont les plus vulnérables. Afin de réaliser convenablement ces objectifs, l'équipe a mené une étude longitudinale dans le district sanitaire de Kaya. Depuis 2007, l'organisme Save the Children International et les autorités de santé y mènent un projet de lutte contre la malnutrition aiguë. Grâce au concours de l'Union Européenne, une composante visant à fournir des soins gratuits aux enfants de moins de cinq ans et aux femmes enceintes a été introduite en juillet-août 2011. La mise en œuvre de la gratuité s'est poursuivie à l'exception d'une interruption de courte durée en décembre 2013. C'est à partir de ce moment que l'évaluation a commencé avec le suivi

des enfants des cohortes de naissances postérieures à 2007 d'un échantillon de 2000 ménages depuis 2011. Aussi, des examens cliniques, anthropométriques et biologiques ont été réalisés annuellement, toujours à la même période. L'indice de la taille pour l'âge et le retard de croissance étaient les mesures de résultat principales. Le ralentissement de la croissance est un indicateur de la vulnérabilité de l'enfant de moins de cinq ans. Il est influencé par un ensemble de facteurs infectieux, nutritionnels et sanitaires. Les mesures secondaires de résultats sont l'indice poids-taille, le degré d'émaciation (maigreur), l'hémoglobininémie et la présence d'une anémie. Les analyses ont fait appel à des modèles statistiques permettant de tenir compte de l'évolution naturelle des indicateurs de résultats d'année, des facteurs de confusion et des co-variations entre l'âge et la durée d'exposition. A la suite de leur étude, ils en ont ressorti comme principaux résultats qu'à elle seule, la gratuité permet de réduire de plus de 6.5 points de pourcentage la prévalence du retard de croissance quand elle est mise en œuvre de manière durable et qu'elle rejoint effectivement les enfants pendant leurs cinq premières années de vie. Ces résultats ont ainsi des implications importantes, d'autant plus que les progrès enregistrés pour réduire les vulnérabilités de l'enfant et lutter contre le retard de croissance sont lents et peu probants. Le second résultat principal ressorti nous révèle que la gratuité bénéficie davantage aux enfants défavorisés (7,5 points d'effets en milieu rural et 8,7 points pour les non loti contre 4,3 points en milieu urbain ; 7,6 points d'effets sur les enfants à besoins de base moins satisfaits contre 3,0 points sur les enfants à besoins de base plus satisfaits ; 7,9 points d'effets sur les enfants à sécurité alimentaire moins élevée contre 1,9 points sur les enfants à sécurité alimentaire plus élevée) du fait de leur milieu de résidence, leur condition sociale ou environnement de vie. Une implantation effective des mesures de gratuité contribue ainsi aux objectifs nationaux de justice et de développement social.

En 2021, Manoufi et al étudient l'amélioration de l'offre et de la demande de soins de santé maternelle et infantile au Tchad : une étude quasi-expérimentale ». Cette étude fait suite au constat de mortalité maternelle et infantile la plus élevée du monde, observée au Tchad. De ce constat, une intervention visant l'amélioration de l'utilisation des services de santé maternelle et infantile a été mise en œuvre de 2016 à 2019 dans trois districts sanitaires ruraux au Sud du Tchad, avec une importante collaboration des communautés, pour améliorer la santé des mères et des enfants en renforçant l'offre et la demande de soins de manière concomitante. L'objectif de cette étude de Manoufi et al est donc d'évaluer les effets de cette intervention sur l'utilisation des services de santé. Pour la réalisation de cet objectif, des analyses de séries chronologiques interrompues avec groupe contrôle ont été utilisées pour mesurer les effets de l'intervention selon une approche quasi-expérimentale. Les données mensuelles de fréquentation ont été collectées à partir des registres de 18 centres de santé ayant participé à l'intervention et de 18 centres sans intervention extérieure (groupe contrôle), avant (18 mois) et après (24 mois) le début de la mise en œuvre de l'intervention. L'application de cette méthode a permis de ressortir comme résultats qu'en moyenne, il y a eu 10,98 consultations pédiatriques et 0,68 accouchements supplémentaires chaque mois dans le groupe d'intervention comparé à l'évolution dans le groupe contrôle. L'implication des communautés a eu un rôle déterminant dans cette évolution. L'intervention aura donc permis, au cours des 24 mois de mise en œuvre, d'accroître significativement l'utilisation des services de santé essentiels à la santé des mères et des enfants au Tchad. Cette étude met ainsi en évidence les avantages d'un fort partenariat avec les communautés formées et impliquées dans le système de santé pour promouvoir la couverture santé universelle.

Des travaux ont également, dans un second temps, été réalisés sur l'offre des soins de santé aux personnes âgées. C'est le cas de l'étude de Hien et al en 2015 qui porte sur le « trajet de soins des personnes âgées à Bobo-Dioulasso, au Burkina Faso : une enquête transversale ». Partant du constat de non maîtrise du trajet de soins des personnes âgées en Afrique pour construire des modèles de soins adaptés afin d'améliorer leur prise en charge, l'étude s'est fixée comme objectif de décrire le trajet de

soins des personnes âgées à Bobo-Dioulasso. Pour cela, les auteurs ont réalisé une étude transversale à prédominance qualitative avec des personnes âgées vivant dans les ménages dans la ville de Bobo-Dioulasso de Septembre à Novembre 2012. Sur 30 personnes âgées sélectionnées de manière raisonnée dans 22 secteurs, des entretiens qualitatifs ont été réalisés. De même, le recours aux soins formels, informels et mixtes a été analysé. Cela a apporté comme résultats que le trajet des soins des personnes âgées à Bobo-Dioulasso était à prédominance mixte : elles utilisaient à la fois pour le même épisode de maladie, les services publics et privés et l'automédication à domicile, la médecine traditionnelle, l'utilisation des médicaments du marché informel de la rue. Les premiers recours aux soins étaient à l'initiative des personnes âgées elles-mêmes et les recours aux soins formels étaient largement utilisés par les personnes âgées qui avaient un revenu de pension. Ils concluent de ces divers résultats que, devant la complexité de la prise en charge des personnes âgées présentant plusieurs pathologies et ayant différents recours des soins, il y a une nécessité d'orienter le système d'offre de soins vers une coordination dite « collective ».

En 2020, Kanté s'est aussi intéressé à la situation des personnes âgées en termes de santé par le biais de la cybersanté à travers son étude sur la « Contribution à l'amélioration des prestations des soins de santé aux personnes âgées au Mali à travers l'Internet des objets médicaux ». La recherche sur la gériatrie et l'Internet des objets médicaux – Internet of Medical Things – (IoMT) a récemment attiré l'attention de nombreux universitaires et chercheurs. En effet, l'IoMT peut, entre autres, aider à la prise en soin des maladies chroniques qui augmentent avec le vieillissement de la population et pallier l'insuffisance de personnel qualifié dans le secteur de la santé. Cependant, l'implémentation et l'utilisation de l'IoMT doivent être encadrées et guidées par des stratégies nationales de cybersanté afin qu'il puisse répondre aux défis qui lui sont posés, comme, par exemple, l'amélioration des prestations des soins de santé aux personnes âgées. C'est donc dans ce contexte que Kanté a analysé dans son étude, la stratégie de cybersanté du Mali afin d'y extraire les mesures en place pour la prise en charge socio-sanitaire des personnes âgées par l'IoMT. Les documents sur ce sujet ont été collectés et analysés en utilisant le Policy Triangle Framework. De ce fait, le contexte, le contenu, les acteurs et le processus d'évaluation de cette stratégie ont été relevés et évalués. Ces évaluations ont ainsi permis d'avoir des résultats qui ont montré que la stratégie de cybersanté du Mali ne prend en compte ni l'IoMT, ni la prise en charge socio-sanitaire des personnes âgées. C'est fort de ces résultats que l'étude préconise la réalisation de plus de recherche dans le domaine de la gériatrie, de la cybersanté (IoMT) et de stratégies spécifiques. De plus, les résultats de ces recherches permettront aux décideurs de prendre en compte sur la base de données scientifiques, la question des personnes âgées et de l'IoMT tels que recommandés par les organisations internationales.

Ces divers travaux réalisés sont à l'image de la situation sanitaire des enfants et des personnes âgées au Sénégal. En effet, malgré la lenteur des progrès réalisés pour l'offre de soins des enfants, il est quand même globalement observé des efforts non négligeables dans le but d'améliorer cette offre de soins de santé aux enfants, tandis qu'en ce qui concerne l'offre de soins de santé aux personnes âgées, elle reste fortement à être améliorée car n'étant pas encore totalement au centre des occupations sanitaire des pays en voie de développement.

3.2 Le travail domestique non rémunéré

3.2.1 La prise en compte du travail domestique dans l'analyse économique

Le point de départ de l'analyse des soins non rémunérés aux enfants et aux vieux, part des critiques de l'économie féministe à l'endroit de la théorie économique dominante, le courant néoclassique. En effet, l'unité d'analyse économique de ce dernier considéré est « l'homo economicus » ou l'individu,

rendant ainsi la famille et les femmes invisibles dans l'analyse du comportement humain. La principale implication de cette théorie est que les décisions de loisirs et de travail est le seul fait du libre arbitre de l'agent, qui est rationnelle.

Le travail domestique non rémunéré a ainsi longtemps été ignoré dans la théorie sauf quelques tentations timides avec entre autres Gary Becker (1965) et Ruben Gronau (1977) qui introduisent le « travail à la maison » comme troisième alternative dans le modèle des choix individuel, en addition aux choix de travail et de loisir. Toutefois, ces approches ont été critiquées dans la mesure où elles ne tiennent pas compte des responsabilités dans le ménage, qui sont différenciées selon le sexe (Bénéria, 2016). L'analyse des inégalités de sexe dans la contribution au développement implique dès lors la prise en compte du travail domestique non rémunéré qui, du fait de la division traditionnelle du travail au sein du ménage, revient en majorité aux individus de sexe féminin. La prise en compte du travail domestique non rémunéré est ainsi motivée par la nécessité de rendre visible le travail domestique non rémunéré des femmes et le besoin d'avoir une représentation plus complète des biens et services qui circulent dans l'économie (Feber and Nelson, 1993).

3.3 Les soins non rémunérés aux personnes

Le travail de soin aux personnes est une composante essentielle du travail domestique non rémunéré. Plus précisément, il fait partie de la composante directe du travail domestique non rémunéré qui, comme le soutient Folbre (2000), s'accompagnent d'une implication émotionnelle et d'une interaction directe entre les donneurs de soins et les bénéficiaires. La plupart des études empiriques qui sont faites s'intéressent aux caractéristiques des fournisseurs de soins et des bénéficiaires, de la relation entre ces dernières, du truchement entre les soins formels et les soins non rémunérés ainsi que de l'évolution de l'offre et de la demande globale en soins mis en parallèle avec la transition démographique.

Henrietta et al (2002) dans leur étude sur les Etats-Unis et l'Angleterre se sont intéressés à la relation entre les facteurs socio-économiques et sanitaires des parents et l'aide qu'ils apportent à leurs enfants adultes. A l'aide de données issues de l'enquête de l'Office des statistiques nationales (ONS) sur la retraite et les régimes de retraite de 1988 en Angleterre et la deuxième vague de l'enquête américaine sur la Santé et la retraite (HRS) de 1994, ils testent le comportement des trois types d'aide (transferts monétaires, tâches monétaires et soins aux petits enfants) en fonction des caractéristiques socio-économiques et sanitaires des parents. A l'aide de modèles multivariés utilisant la régression logistique, ils trouvent peu de différence entre les Etats-Unis et l'Angleterre en termes de facteurs influençant les soins. Les parents mariés sont plus enclins à fournir de l'aide à leurs enfants adultes comparativement aux parents qui ne sont pas en couple. Une sorte de compensation de l'aide financière des parents non aisés à l'endroit de leurs enfants n'est observé que pour l'aide dans le soin des enfants aussi bien chez les parents mariés et ceux non mariés. Parmi ces derniers, les parents non mariés à faible niveau d'éducation sont moins susceptibles de fournir l'aide dans le soin des enfants comparativement aux parents mariés.

Schatz (2007), à partir d'un échantillon de 70,272 individus de données issues du recensement du système de surveillance de la santé et de la démographie d'Agincourt (AHDSS) de 2003 et de données d'interview semi-structurés avec 30 femmes âgées entre 60 et 75 ans en 2004, analyse la relation des femmes âgées avec leurs enfants en Afrique du Sud Rural. Les résultats issus d'une méthode combinée d'analyse quantitative et qualitative, montrent que les vieilles dames fournissent un support financier, physique et émotionnelle aux enfants adultes malades et de leurs petits-enfants. Cette obligation augmente avec la morbidité et la mortalité liée au HIV/ SIDA.

A l'aide des données de l'étude longitudinale de l'Université Japonaise sur le vieillissement (NUJLSOA) en 2001, Hanaoka et Norton (2008) estiment comment l'offre potentiel des enfants fournisseurs de soins affecte l'utilisation de services de soins formels aux parents âgés dans un contexte d'introduction de l'assurance de long terme pour les soins. Les résultats obtenus de la régression du modèle de probabilité linéaire montrent que la substitution entre les soins formels et les soins non formels est d'autant plus grande que le coût d'opportunité de temps est élevé et particulièrement chez les filles non mariées. Aussi, l'offre potentielle des belles filles, comme traditionnelle source informelle de soins est moins importante comparativement à celle des enfants non mariés. Les résultats vérifient ainsi l'hypothèse que les auteurs avancent selon laquelle, les soins en provenance des enfants est un substitut aux soins formels de long terme des parents.

Eric Bonsang (2008) a analysé l'impact des soins informels fournis par les enfants adultes sur l'utilisation du soin de long terme parmi la population âgée en Europe et l'effet du niveau d'invalidité du parent sur cette relation. Deux types de soins formels à domicile qui sont le plus susceptible d'interagir avec les soins informels sont considérés à savoir l'aide domestique payé et les soins infirmiers. Sur la base des données issues de l'enquête sur la santé, le vieillissement et la retraite en Europe (SHARE), ils construisent un modèle à deux étapes de Duan et al (1983) qui analyse en même temps la décision d'utiliser chacune des deux types de soins formels ou pas et la quantité de soin formel reçu par les personnes âgées. Ils trouvent une endogénéité entre les soins informels et la décision de recevoir des soins domestiques rémunérés. Les résultats montrent également qu'il y a une substitution entre les soins informels et les soins formels considérés dans cette étude. Toutefois, le degré de substitution tend à disparaître lorsque le niveau d'invalidité des personnes âgées est élevé.

King and al. (2021), sur la base de données issues d'enquêtes sur l'utilisation du temps dans trois pays à contexte familiale et économique différentes : le Ghana (2009), la Mongolie (2011) et la Corée du Sud (2014) s'intéressent dans leur étude à la demande globale de soins. Leurs résultats montrent que le besoin en soins en 2030 requerra l'équivalent d'un ou de deux-cinquième de la force de travail rémunéré. La valeur estimée du travail non rémunéré en 2030 est comprise entre 16 et 32 % du PIB dans les trois pays.

4. METHODOLOGIE

La prise en compte de l'angle mort du PIB implique la valorisation des travaux domestiques non rémunérés. La méthode des comptes de transferts de temps (NTTA) est une méthodologie dérivée de celle des Comptes nationaux de transferts (NTA). Elle intègre la production, les transferts et la consommation non marchands dans les comptes nationaux de transfert (Donchower, 2019). Les activités non marchandes ou travail domestique non rémunéré, sont définies comme « toute activité domestique sans contrepartie monétaire, non prise en compte dans la comptabilité nationale et pouvant être effectuée par un tiers.

Les activités considérées comme non marchandes et qui ne sont pas productives dans le sens de la comptabilité nationale sont principalement, l'entretien du ménage, la gestion et les achats pour son propre ménage, les soins pour les enfants, les malades, les personnes âgées et handicapées pour son propre ménage, les services communautaires et d'aide à d'autres ménages.

Le travail de soins aux enfants et aux personnes âgées fait partie des nombreuses activités considérées comme non productives dans le revenu national selon la classification internationale des activités pour les statistiques sur l'utilisation du temps (international classification of activities for time use statistics : ICATUS). Les NTTA regroupent ces différentes activités comme l'indique le Tableau suivant :

Tableau 5: Regroupement des activités de production des ménages dans le NTA⁴

Activité du temps de travail
1. Nettoyage
2. Blanchisserie (comprend couture et réparation de vêtements)
3. Cuisine (nourriture et préparation de boisson)
4. L'entretien du ménage et de la réparation
5. Entretien de pelouses et de jardin
6. Gestion Des ménages (y compris les finances, la planification, la coordination, et des appels téléphoniques connexes)
7. Soins des animaux (pas les soins vétérinaires)
8. Biens et services Achats
9. Garde d'enfants
10. Soins aux personnes âgées et les soins à l'extérieur de la maison (y compris le bénévolat)
11. Voyage (liés aux activités de soins et l'achat de biens et services)

Source : CREG, 2015

Les activités relatives aux soins non rémunérés sont principalement constituées des postes 9, 10 et 11 de la classification des NTA, à savoir la garde d'enfants, les soins aux personnes âgées et à l'extérieur de la maison (Y compris le bénévolat) ainsi que les voyages liés aux activités de soins en particulier.

Classement des activités de soins aux personnes selon l'ICATUS

41 Garde d'enfants et instruction	
	411 Soins aux enfants, y compris l'alimentation, le nettoyage et les soins physiques
	412 Prestation de soins médicaux aux enfants
	413 Instruire, enseigner, former, aider les enfants
	414 Parler aux enfants et lire à leurs enfants
	415 Jouer et faire du sport avec des enfants
	416 Garde d'enfants (soins passifs)
	417 Réunions et arrangements avec les écoles et les fournisseurs de services de garde d'enfants
	419 Autres activités liées à la garde d'enfants et à l'instruction
42 Soins aux adultes dépendants	

⁴ Dans les révisions futures de cette méthodologie, ce tableau peut changer plusieurs pays contribuant aux informations sur les catégories pertinentes à son contexte. En outre, dans les futures révisions de la méthodologie, nous aimerions étudier les systèmes internationaux de codage de l'occupation afin de normaliser les imputations de salaires.

	421 Aider les adultes dépendants dans les tâches de la vie quotidienne
	422 Aider les adultes dépendants à se faire soigner
	423 Aider les adultes à charge avec les formulaires, l'administration, les comptes
	424 Soutien affectif/affectif pour les adultes dépendants
	425 Soins passifs d'un adulte dépendant
	426 Réunions et arrangements avec les fournisseurs de services de soins aux adultes
	429 Autres activités liées aux soins aux adultes dépendants
43 Aide aux adultes non dépendants du ménage et des membres de la famille	
	431 Alimentation, nettoyage, soins physiques pour les adultes non dépendants du ménage et des membres de la famille, y compris pour une maladie temporaire
	432 Soutien affectif/affectif pour les adultes non dépendants du ménage et des membres de la famille
	439 Autres activités liées
44 Voyage ou accompagnement de personnes en rapport à des services de soins non rémunérés pour les membres du ménage et de la famille	
	441 Voyages liés aux services de soins pour les membres du ménage et de la famille
	441 Voyages liés aux services de soins pour les membres du ménage et de la famille
	443 l'accompagnement d'adultes dépendants
	444 l'accompagnement d'adultes non-dépendants membre du ménage ou de la famille
49 Autres activités liées aux services de prestation de soins non rémunérés pour les membres du ménage et de la famille	
	490 Autres activités liées aux services de prestation de soins non rémunérés pour les membres du ménage et de la famille

Source : ICATUS, 2016

Etapes de la construction des profils NTTA

1. Identification des enquêtes disponibles sur l'utilisation du temps ;
2. Identification du temps consacré à des activités de production non rémunérée des ménages selon l'âge et le sexe ;
3. Trouver les salaires appropriés à imputer au temps consacré à ces activités
4. Formulation d'hypothèses sur la base de composition du ménage pour l'imputation de la consommation par âge des membres du ménage.

La valorisation du travail domestique non rémunéré peut se faire par la méthode du remplacement par le coût du spécialiste ou du généraliste, ou par la méthode du coût d'opportunité. La première méthode répond à la question de savoir : *Etes-vous disposés à payer pour acheter le même service sur le marché ?* Tandis que la méthode du coût d'opportunité répondrait à la question : *que pouvez-vous gagner de votre temps sur le marché si vous avez travaillé pour un salaire au lieu de faire de l'activité des ménages ?*

La méthodologie favorisée par les NTTA est celle du remplacement au coût du spécialiste. Il est bien de préciser que contrairement aux autres activités domestiques, les activités de soins aux personnes ne tiennent pas compte des soins personnels effectués par le fournisseur de soins ; il ne lui est pas imputée une part donnée du temps de soins, ces derniers étant effectués au profit des autres⁵.

5. PRINCIPAUX RESULTATS

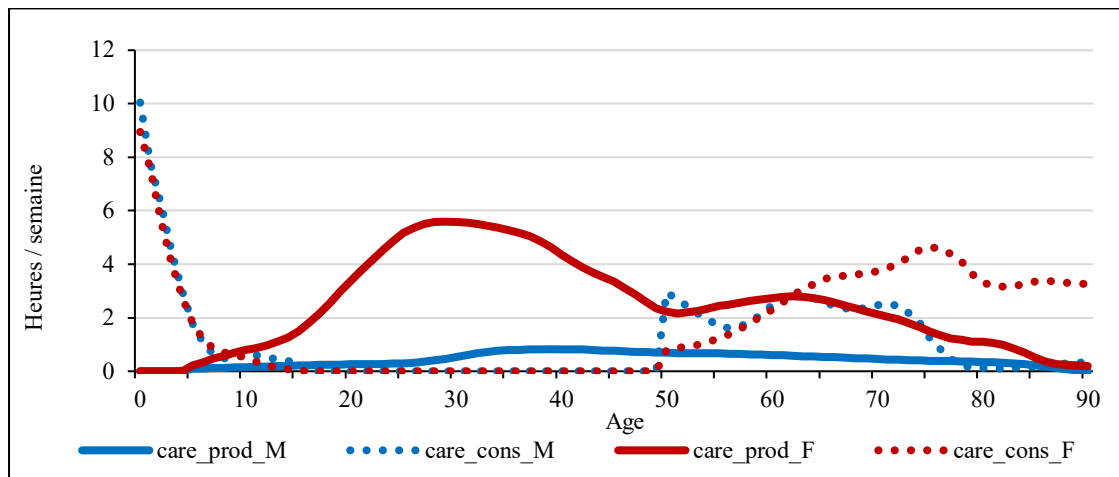
5.1 Production et consommation de temps de soins aux personnes

Dans tout le cycle de vie, la production de temps domestique destinée aux soins des personnes âgées et des enfants, est plus prépondérante chez les femmes que chez les hommes pour qui il est constaté une production faible autour d'une heure par semaine durant tout le cycle de vie.

Chez les femmes, âgées de 0 à 30 ans, la production de temps croît rapidement passant de 0 à environ 5,5 h par semaine. A partir de 30 ans, la production affiche une tendance baissière. Toutefois, de 30 à 50 ans elle passe de 5,5 h à 2,2 h par semaine. A partir de 65 ans jusqu'à la fin du cycle de vie, la baisse est maintenue. Cependant, il convient de noter que de 50 ans à 65 ans, il y a un léger regain dans la production.

Concernant la consommation de temps domestique, à la naissance, elle est plus accentuée chez le garçon que chez la fille avec respectivement 10 h contre 9 h par semaine. Elle, est sensiblement la même chez les deux sexes de 1 à 50 ans. A partir de 50 ans, l'homme consomme plus de temps que la femme jusqu'à 60 ans où, une tendance baissière a été notée jusqu'à la fin du cycle. Par contre, chez la femme, à partir de 50 ans, la consommation de temps domestique augmente jusqu'à la fin du cycle.

⁵La méthodologie plus détaillée peut être trouvée dans le rapport Globale de L'ONDD sur la valorisation du travail domestique non rémunéré au Sénégal dont l'appui technique est assuré par le Consortium Régional pour la Recherche en Economie Générationnelle (CREG).

Graphique 1: Profils de production et de consommation de temps de soins aux personnes

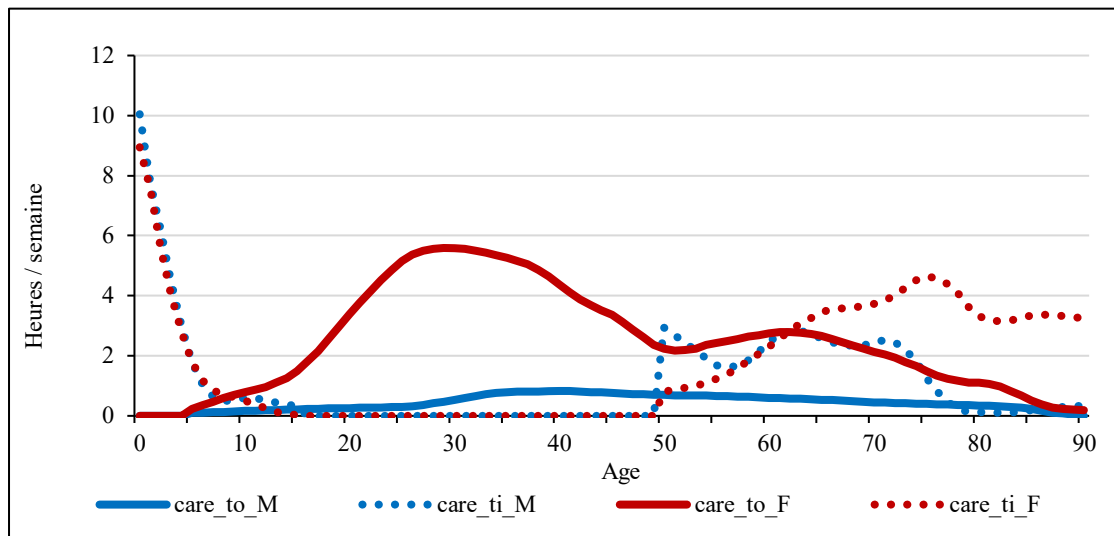
Source : CREG et ONDD Sénégal à partir des données de l'EHCVM, 2018

En somme, pour les deux sexes, de la naissance à 9 ans, il est noté un déficit étant donné que la consommation est supérieure à la production. À partir de 9 ans, les femmes dégagent un surplus beaucoup plus élevé que chez les hommes et cela jusqu'à l'âge de 65 ans. En revanche, les hommes sont déficitaires entre 50 et 77 ans.

5.2 Profils de transfert de temps de soins aux personnes

Le surplus dégagé par les femmes de 9 à 65 ans pourrait s'expliquer par leur statut social qui leur confère la charge de transférer leur temps produit aux soins réservés aux enfants, aux personnes âgées et même à leurs maris. À partir de 65 ans, l'état physiologique de la femme sénégalaise fait qu'elle est souvent relayée par ses filles pour la plupart des soins domestiques.

Graphique 2: Transferts de temps domestique



Source : CREG et ONDD Sénégal à partir des données de l'EHCVM, 2018

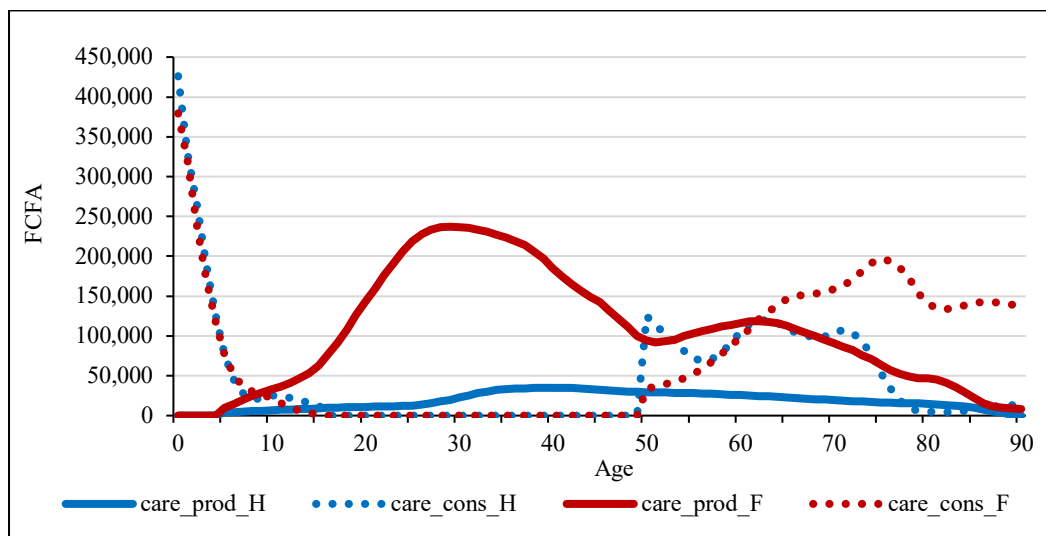
Notes : Care to et care_ti représentent respectivement les soins transférés (outflow) et les soins reçus (inflow). F et M désignent respectivement homme et femme

Par ailleurs, il est constaté que les hommes dégagent un léger surplus durant sa période active et vers la fin du cycle de vie. Le transfert de ce surplus ne permet pas de combler le déficit constaté.

2.3 Valorisation du travail de soins non rémunérés aux personnes : Profils moyens de production et de consommation

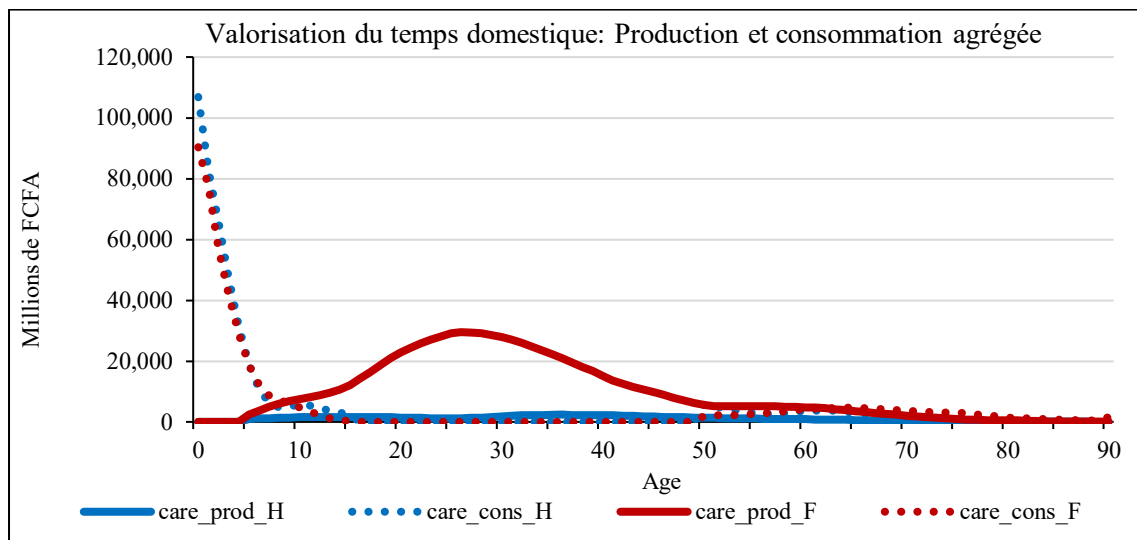
La valorisation du temps domestique consommée, par les soins aux enfants, varie entre 425 000 F (à la naissance) à 26 000 F (à l'âge de 9 ans), aussi bien pour le garçon que pour la fille. Entre 10 et 50 ans, la valorisation du temps consommé chez les deux sexes est presque nulle. Au-delà de 50 ans, la valorisation du temps consommé commence à avoir de la valeur. En effet, elle est plus élevée chez l'homme à 50 ans, atteignant près de 125 000 F alors que chez la femme, elle est plus élevée à l'âge de 75 ans (200 000 F environ). (Cf. Graphique ci-dessous)

La valorisation du temps domestique produit consacré aux soins des enfants et personnes âgées, atteint son maximum (environ 250 000 F à 30 ans en moyenne par année). A cet effet, il importe de noter que cette valorisation au coût du généraliste mérite une attention particulière.

Graphique 3 : Profils moyens de production et de consommation de soins non rémunérés aux personnes selon le sexe

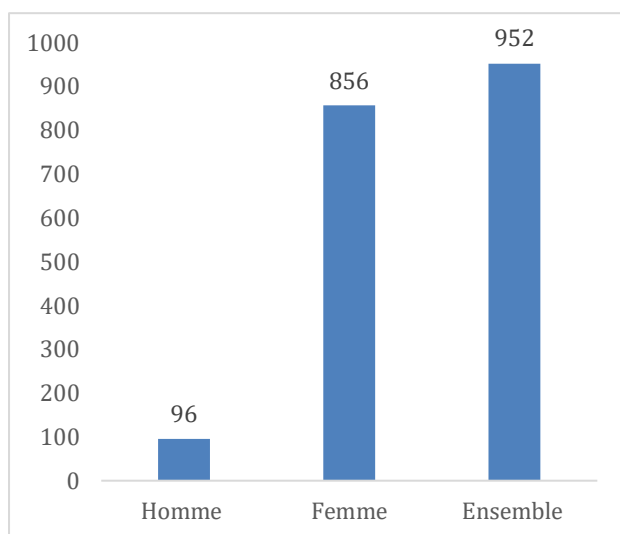
Source : CREG et ONDD Sénégal à partir des données de l'EHCVM, 2018

2.4 Valorisation du travail de soins non rémunérés aux personnes : Profils agrégés de production et de consommation des soins non rémunérés aux personnes

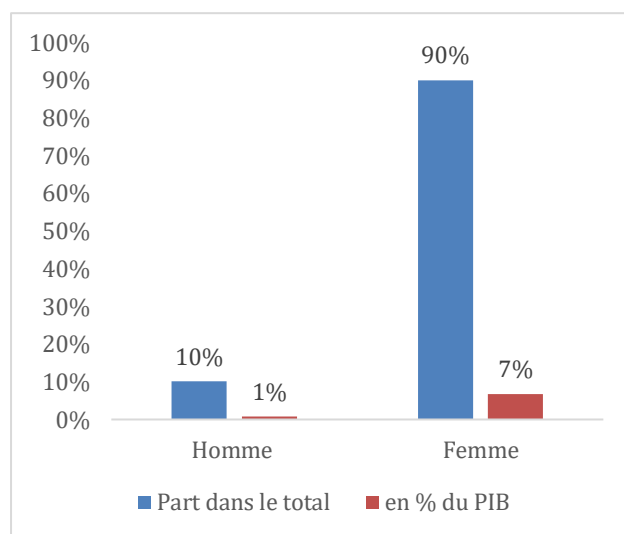
Graphique 4 : Profils agrégés de production et de consommation des soins non rémunérés aux personnes selon le sexe

Source : CREG et ONDD Sénégal à partir des données de l'EHCVM, 2018

La valorisation du temps domestique produit pour les soins destinés aux enfants et aux personnes âgées est plus importante entre 10 et 50 ans. En réalité entre ces âges, pratiquement c'est seulement les femmes qui produisent et la valorisation du temps agrégé varie en forme de cloche et atteint son maximum (30 milliards). Après 50 ans, la valorisation est faible pour tout le reste du cycle de vie pour les deux sexes. Le transfert de temps produit est pratiquement destiné aux enfants pour qui la valorisation de la consommation agrégée est élevée tandis que celui destiné aux personnes âgées est faible. Ceci montre une insuffisance de temps accordé aux personnes âgées.

Graphique 5: Valorisation de la production agrégée de soins selon le sexe (en milliards de FCFA)

Source : CREG et ONDD Sénégal à partir des données de l'EHCVM, 2018

Graphique 6: Part des soins des hommes et des femmes dans la production totale et en % du PIB

Source : CREG et ONDD Sénégal à partir des données de l'EHCVM, 2018

La valorisation de la production agrégée de soins aux enfants et aux personnes âgées représente 952 milliards à l'échelle nationale avec la contribution des femmes à hauteur de 856 milliards soit 90% et celle des hommes à 96 milliards soit 10%. En conséquence, 8% (1% pour les hommes et 7% pour les femmes) du PIB n'est pas pris en compte dans son calcul actuel et représente une partie de l'angle mort du PIB.

6. RECOMMANDATIONS :

- Revoir la valorisation du coût des soins aux enfants et aux personnes âgées
- Prendre en compte la valeur des soins aux enfants et aux personnes âgées en tant que création de richesse dans le calcul du PIB
- Mettre en place des stratégies de rémunération des femmes à la création d'un capital social
- Accorder plus d'attention aux soins des personnes âgées

7. CONCLUSION

Durant tout le cycle de vie les femmes ont une production de temps plus importante que les hommes. Cependant un surplus est constaté chez les deux sexes mais plus accru chez les femmes, qui le transfèrent aux enfants, aux personnes âgées et aux maris. Toutefois il est important de noter que le surplus est plus transféré pour les soins aux enfants qu'aux personnes âgées et contribue de manière effective à la formation du capital social. La valorisation du temps domestique exprimée en termes monétaire montre que les soins aux enfants et personnes âgées contribuent à hauteur de 8% du PIB. Toutefois il importe de noter que les coûts accordés à cette activité méritent d'être revalorisés pour une meilleure prise en compte dans le calcul du PIB.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Organisation mondiale de la Santé, le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), la Banque internationale pour la reconstruction et le développement/La Banque mondiale. Soins attentifs pour le développement de la petite enfance : un cadre pour aider les enfants à survivre et à s'épanouir afin de transformer la santé et le potentiel humain [Nurturing care for early childhood development: a framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential]. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2019. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

UN Children's Fund (UNICEF), La protection de l'enfant ; « Guide à l'usage des parlementaires, 2004, N° 7 », available at : <https://www.refworld.org/docid/4acc68e92.html> [accessed 9 August 2021]

République du Sénégal et UNICEF ; « Stratégie Nationale de Protection de l'Enfant (SNPE) 2013 ». Décembre 2013.

Hien H., Berthé A., Konaté B., Drabo M., Tou F., Somba D., Badini-Kinda F., Macq J. ; « Trajet de soins des personnes âgées à Bobo-Dioulasso, au Burkina Faso : une enquête transversale ». Février 2015.

Euillet S., Halifax J., Moisset P., Séverac N. ; « L'accès à la santé des enfants pris en charge au titre de la protection de l'enfance : accès aux soins et sens du soin ». Mars 2016.

Haddad S., Bicaba A., Kouanda S., Druetz T., Some T., Ly A., Corneau-Tremblay N., Lacroix G. ; « La gratuité des soins de santé contribue à améliorer la santé des enfants de moins de cinq ans ». 2019.

Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (MSAS), Direction de la Santé de la Reproduction et de la Survie de l'Enfant (DSRSE) ; « Plan Stratégique : Alimentation et nutrition 2016-2020 ». Juin 2016.

Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (MSAS) ; « Plan National de Développement Sanitaire et Social (PNDSS) 2019-2028. Janvier 2019.

Union Africaine, Centre International pour l'Education des Filles et des Femmes en Afrique (CIEFFA) ; « Recueil des instruments juridiques régionaux et internationaux relatifs à l'éducation des filles et des femmes ». Mai 2020.

M. Kante ; « Contribution à l'amélioration des prestations des soins de santé aux personnes âgées au Mali à travers l'Internet des objets médicaux », NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie, Volume 20, Issue 119, 2020.

Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD) [Sénégal] ; « Situation Economique et Sociale du Sénégal (SES) 2017-2018 ». Juillet 2020.

Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (MSAS), Direction de la Planification, de la Recherche et des Statistiques (DPRS), Division du Système d'Information Sanitaire et Sociale (DSISS) : « Annuaire des Statistiques Sanitaires et Sociales 2018 ». Octobre 2020.

Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD) [Sénégal], et ICF. 2019 ; « Sénégal : Enquête Démographique et de Santé Continue (EDS-Continue 2019) ». Rockville, Maryland, USA : ANSD et ICF. Novembre 2020.

Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD) [Sénégal], et ICF. 2020 ; « Sénégal : Enquête Continue sur la Prestation des Services de Soins de Santé (ECPSS) 2019 ». Dakar, Sénégal, et Rockville, Maryland, USA : ANSD et ICF. Novembre 2020.

Manoufi D., Kabore W.C., Yahannon C.N., Dumont A., Ridde V. ; « Amélioration de l'offre et de la demande de soins de santé maternelle et infantile au Tchad : une étude quasi-expérimentale », Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique, Volume 69, Issue 4, 2021.

Hanaoka, C., & Norton, E. C. (2008). Informal and formal care for elderly persons: How adult children's characteristics affect the use of formal care in Japan. *Social Science & Medicine*, 67(6), 1002-1008.

Henretta, J. C., Grundy, E., & Harris, S. (2002). The influence of socio-economic and health differences on parents' provision of help to adult children: a British–United States comparison. *Ageing & Society*, 22(4), 441-458.

Bonsang, E. (2009). Does informal care from children to their elderly parents substitute for formal care in Europe ? *Journal of health economics*, 28(1), 143-154.

Schatz, E. J. (2007). ``Taking care of my own blood" : Older women's relationships to their households in rural South Africa. *Scandinavian journal of public health*, 35(69_suppl), 147-154.

King, E. M., Randolph, H. L., Floro, M. S., & Suh, J. (2021). Demographic, health, and economic transitions and the future care burden. *World Development*, 140, 105371.

Lourdes Beneria, Günseli Berik and Maria Floro (2016). *Gender, Development and Globalization: Economics as if All People Mattered*. Routledge, Chapter 2: The Study of Women and Gender in Economics, pp. 41-86.

Ferber, M. and Nelson, J. (eds) (1993) *Beyond Economic Man*, Chicago: University of Chicago Press. Introduction and Chap 1 pp. 1-32.



NATIONAL
TRANSFER
ACCOUNTS

Understanding the
generational economy

CREG

CONSORTIUM RÉGIONAL
POUR LA RECHERCHE
EN ÉCONOMIE GÉNÉRATIONNELLE