

**REPUBLIQUE DU SENEGAL**

**Un peuple – Un but – Une foi**



**Ministère de la Santé et de l'Action Sociale**

**DIRECTION GENERALE DE L'ACTION SOCIALE**

**PLAN STRATEGIQUE DE  
DEVELOPPEMENT DU SOUS-SECTEUR DE  
L'ACTION SOCIALE 2020 - 2024**

## SOMMAIRE

|  |     |
|--|-----|
| SOMMAIRE .....   | I   |
| LISTE DES TABLEAUX.....  | V   |
| LISTE DES FIGURES.....   | VI  |
| LISTE DES ACRONYMES .....  | VII |
| INTRODUCTION.....  | 1   |
| I. ELEMENTS DE CONTEXTE.....   | 2   |
| I.1 Contexte international et sous régional .....  | 2   |
| I.2 Contexte national.....   | 3   |
| II. DIAGNOSTIC DU SECTEUR DE L’ACTION SOCIALE.....   | 4   |
| II.1 Cadre institutionnel et organisationnel de l’Action sociale.....                            | 4   |
| II.1.1 Cadre institutionnel de l’Action sociale.....   | 4   |
| II.1.2 Cadre organisationnel.....  | 5   |
| II.1.3 Ressources Humaines de la DGAS .....  | 8   |
| II.2 Programme de prise en charge (PEC) des groupes vulnérables .....                            | 9   |
| II.2.1 Programme National de Réadaptation à Base Communautaire (PNRBC) .....                     | 10  |
| II.2.2 Programme Enfance Déshéritée (PED).....   | 11  |
| II.2.3 Programme d’Appui à la Promotion des Aînés (PAPA).....                                    | 11  |
| II.2.4 Programme d’Autonomisation des Personnes Affectées par la Lèpre et Famille (PAPALF) ..... | 12  |
| II.2.5 Programme de prise en charge médicale des indigents.....                                  | 12  |
| II.3 Gouvernance du sous-secteur de l’Action sociale.....  | 14  |
| II.3.1 Mécanismes de coordination.....   | 14  |

|         |  |    |
|---------|--|----|
| II.3.2  | Cadre de partenariat .....                                       | 15 |
| II.3.3  | Mécanismes de planification .....                                | 16 |
| II.3.4  | Mécanismes de suivi/évaluation.....                              | 17 |
| II.3.5  | Gestion financière et comptable.....                             | 17 |
| II.4    | Analyse de la situation du sous-secteur de l’Action sociale..... | 20 |
| II.4.1  | Forces .....   | 20 |
| II.4.2  | Faiblesses .....   | 20 |
| II.4.3  | Opportunités : .....   | 21 |
| II.4.4  | Menaces.....   | 21 |
| II.4.5  | Défis .....  | 21 |
| III.    | PLANIFICATION STRATEGIQUE .....                                  | 23 |
| III.1   | Missions du sous-secteur de l’Action sociale.....                | 23 |
| III.2   | Vision.....  | 23 |
| III.3   | Principes et valeurs .....                                       | 23 |
| III.3.1 | Principes .....  | 23 |
| III.3.2 | Valeurs .....  | 24 |
| III.4   | Objectifs du plan.....   | 24 |
| III.4.1 | Objectif général .....   | 24 |
| III.4.2 | Objectifs spécifiques .....                                      | 24 |
| III.5   | Résultats intermédiaires (RI).....                               | 25 |
| III.5.1 | RI de l’objectif spécifique 1 .....                              | 25 |
| III.5.2 | RI de l’objectif spécifique 2 .....                              | 25 |
| III.5.3 | RI de l’objectif spécifique 3 .....                              | 25 |
| III.6   | Orientations stratégiques et axes d’interventions .....          | 25 |

|         |   |    |
|---------|---|----|
| III.6.1 | Développement des orientations stratégiques .....                                     | 26 |
| IV.     | Risques liés à la mise en œuvre du plan .....   | 34 |
| IV.1    | Les risques d'ordre institutionnel .....  | 34 |
| IV.2    | Les risques d'ordre financier : .....   | 34 |
| IV.3    | La faible impulsion des réformes : .....  | 34 |
| IV.4    | Faiblesse de la culture des données sectorielles .....                                | 34 |
| V.      | Cadre de mise en œuvre.....   | 35 |
| V.1     | Cadre organisationnel de mise en œuvre .....  | 35 |
| V.2     | Conception et mise en œuvre des plans opérationnels .....                             | 35 |
| V.2.1   | Elaboration d'un plan annuel consolidé par la DGAS .....                              | 35 |
| V.2.2   | Elaboration des plans opérationnels annuels régionaux : .....                         | 35 |
| V.3     | Intervenants clefs dans la mise en œuvre .....  | 36 |
| V.3.1   | Intervenants des secteurs publics ministériels.....                                   | 36 |
| V.3.2   | Intervenants du secteur privé.....  | 36 |
| VI.     | Cadre de performances .....   | 37 |
| VII.    | Budgétisation du plan .....   | 39 |
| VII.1   | Bases de construction du budget.....  | 39 |
| VII.2   | Bases de l'analyse budgétaire .....   | 39 |
| VII.3   | Présentation et analyse budgétaire .....  | 41 |
| VII.3.1 | Présentation du budget global du plan stratégique de l'Action sociale 2020-2024<br>41 |    |
| VII.3.2 | Présentation et analyse du budget de base : .....                                     | 51 |
| VII.3.3 | Présentation et analyse du budget de développement .....                              | 54 |

|       |   |    |
|-------|---|----|
| VIII. | Conclusion.....   | 59 |
|       | DOCUMENTS ANNEXES .....   | 60 |
| I.    | Annexe I : Documents de référence ; .....   | 60 |
| II.   | Annexe II : Définition de concepts utilisés dans le cadre de l'action sociale ..... | 60 |

## LISTE DES TABLEAUX

|  |    |
|--|----|
| <b>Tableau 1</b> : Cadre de performance .....  | 37 |
| <b>Tableau 2</b> : Budget du plan stratégique de l'Action sociale 2020-2024.....   | 41 |
| <b>Tableau 3</b> : Budget global du PSDSAS 20-24 par nature de dépense .....   | 42 |
| <b>Tableau 4</b> : Budget global du PSDSAS 20-24par domaine d'intervention .....   | 43 |
| <b>Tableau 5</b> : Budget global du PSDSAS 20-24 par source de financement.....  | 44 |
| <b>Tableau 6</b> : Source de financement de l'investissement du budget global du PSDSAS 20-24<br>.....                             | 45 |
| <b>Tableau 7</b> : Source de financement du fonctionnement du budget global du PSDSAS 20-24  | 45 |
| <b>Tableau 8</b> : Situation des projets du sous-secteur de l'Action social.....   | 48 |
| <b>Tableau 9</b> : Budget de base du PSAS 20-24 .....  | 51 |
| <b>Tableau 10</b> : Budget de base du PSDSAS 20-24 par nature de dépense .....   | 52 |
| <b>Tableau 11</b> : Budget de base du PSDSAS 20-24 par domaine d'intervention .....  | 53 |
| <b>Tableau 12</b> : Budget de développement du PSDSAS 20-24.....   | 54 |
| <b>Tableau 13</b> : Budget de développement du PSDSAS 20-24par nature de dépense .....   | 55 |
| <b>Tableau 14</b> : Budget de développement du PSDSAS 20-24 par domaine d'intervention.....  | 55 |
| <b>Tableau 15</b> : Budget de développement du PSDSAS 20-24 par source de financement.....   | 56 |
| <b>Tableau 16</b> :Source de financement de l'investissement du budget de développement du PSAS<br>20-24.....                      | 56 |
| <b>Tableau 17</b> : Source de financement du fonctionnement du budget de développement du<br>PSDSAS 20-24.....                     | 57 |
| <b>Tableau 18</b> : Budget de développement du plan stratégique de l'Action sociale 2020-2024 par<br>orientation stratégique ..... | 57 |

## LISTE DES FIGURES

|  |    |
|--|----|
| <b>Figure 1</b> : Budget global du PSDSAS 20-24.....                                 | 41 |
| <b>Figure 2</b> : Budget globaldu PSDSAS 20-24 par nature de dépense .....           | 42 |
| <b>Figure 3</b> : Budget global du PSDSAS 20-24 par domaine d'intervention .....     | 43 |
| <b>Figure 4</b> : Budget global du PSDSAS 20-24 selon la source de financement ..... | 44 |

## LISTE DES ACRONYMES

**ANACMU** : Agence de la Couverture Maladie Universelle ;

**ARV** : Anti Rétro Viral ;

**BD** : Budget de Développement ;

**BG** : Budget Général ;

**CMU** : Couverture Maladie Universelle ;

**CEC** : Carte d'Égalité de Chance ;

**CDD** : Comité Départemental de Développement ;

**CRD** : Comité Régional de Développement ;

**CLD** : Comité local de Développement ;

**CNRS** : Centre National de Réinsertion Sociale ;

**CPRS** : Centre de Promotion et de Réinsertion Sociale ;

**CSU** : Couverture Sanitaire Universelle ;

**DAMS** : Direction de l'Action Médico-Sociale ;

**DHIS2** : District Health Information System ;

**DGAS** : Direction Générale de l'Action Sociale ;

**DGPSN** : Délégation Générale à la Protection sociale et à la Solidarité Nationale ;

**DPPD** : Document de Programmation Pluriannuelles des dépenses publiques ;

**DPPGV** : La Direction de la Promotion et de la Protection des groupes vulnérables (DPPGV) ;

**DPPRH** : La Direction de la Promotion et de la Protection des Personnes handicapées ;

**MFB** : Ministère des Finances et du Budget ;



**MCR** : Médecin Chef de Région ;

**IGV** : Indigent et Groupes Vulnérables ;

**LOS** : Loi d'Orientation Sociale ;

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

**PAPA** : Programme d'Appui à la Promotion des Aînés ;

**PAPALF** : Programme d'Autonomisation des Personnes Affectées par la Lèpre et Famille ;

**PEC** : Prise En Charge ;

**PED** : Programme Enfance Déshéritée ;

**PNBG** : Programme National de Bonne Gouvernance ;

**PNBSF** : Programme National de Bourse de Sécurité Familiale ;

**PNRBC** : Programme National de Réadaptation à Base Communautaire ;

**PPP** : Partenariat Public Privé ;

**PSE** : Plan Sénégal Emergent ;

**PTA** : Plan de Travail Annuel ;

**PTF** : Partenaire Technique et Financier ;

**RI** : Résultat Intermédiaire ;

**RAF** : Responsable Administratif et Financier ;

**RDP** : Rapport De Performance ;

**OCB** : Organisation Communautaire de Base ;

**OIT** : Organisation Internationale du Travail ;

**ONG** : Organisation Non Gouvernementale ;

**OSC** : Organisation de la Société Civile ;

**OS** : Objectif stratégique ;

**SDAS** : Service Départementale de l'Action Sociale ;

**SRAS** : Service Régional de l'Action Sociale ;

**SNIS** : Service National de l'Information Sanitaire ;

**UEMOA** : Union Economique Monétaire Ouest Africaine ;

**ZCO** : Zone de Concentration Opérationnelle.

## INTRODUCTION

Le présent Plan stratégique quinquennal de développement du sous-secteur de l'Action Sociale vise à redimensionner la politique nationale d'action sociale pour la période 2020-2024, afin de la mettre en cohérence avec le Plan Sénégal Emergent. Ce référentiel met en exergue, à travers son axe 2 « *Capital humain, protection sociale et développement durable* », la volonté politique d'élargir l'assiette de protection sociale de l'Etat qui vise à développer entre autres, des services sociaux de base tels que l'élargissement de l'accès aux services de santé et à la couverture sociale.

La protection sociale est au centre des priorités de la politique sanitaire et sociale du gouvernement. Ce qui explique l'arrimage de ce document : i) aux recommandations des Assises nationales de l'Action sociale, ii) à la lettre de politique sectorielle de développement qui consacre dans le cadre de la déclinaison opératoire de la politique de santé, la protection sociale comme programme fonctionnel du DPPD, iii) au PNDSS qui ambitionne dans les 10 prochaines années à venir de faire évoluer le système de santé sénégalais vers la Couverture Sanitaire Universelle (CSU) à partir de trois orientations stratégiques majeures dont l'une s'appuie sur la protection sociale dans le secteur ; iv) à l'analyse des enjeux sociopolitiques en rapport avec le contexte national, sous régional et mondial.

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

Le département de la santé et de l'Action sociale s'est ainsi doté, suite aux Concertations nationales sur la Santé et l'Action sociale d'un cadre de référence des politiques sociales, qui devrait permettre l'identification de projets et programmes ainsi que la réactualisation et le renforcement des mécanismes de transfert de ressources publiques aux groupes vulnérables. La redynamisation des dispositifs nationaux et locaux d'intégration sociale a pour ambition de mettre en place des stratégies efficaces pour mieux lutter contre l'exclusion sociale et la marginalité.

Cette nouvelle orientation reste plombée par un cadre juridique obsolète pour l'essentiel des mécanismes institutionnels relevant de l'assistance sociale peu performants, qui justifient le

faible volume des ressources publiques mobilisées, au regard des objectifs d'autonomisation des catégories sociales défavorisées, assignés au secteur.

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

Il s'agit d'un processus d'articulation des cadres stratégiques et réglementaires, d'identification de limites existantes, de formulation d'options politiques plus inclusives.

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

Le plan abordera dans son contenu les aspects suivants : i) les éléments de contexte, ii) le diagnostic du sous-secteur de l'Action sociale, iii) la planification stratégique, iv) le développement des orientations stratégiques, v) les risques liés à la mise en œuvre du plan, vi) le cadre de mise en œuvre du plan, vii) le cadre de performances du plan, viii) la budgétisation du plan et l'analyse budgétaire

## **I. ELEMENTS DE CONTEXTE**

L'articulation du plan stratégique de développement du sous-secteur de l'Action Sociale survient dans un contexte politique particulier marqué par d'importantes mutations aux plans international, sous régional, national et sectoriel.

### **I.1 Contexte international et sous régional**

Au plan international et sous régional, le contexte est marqué par :

- i- La Déclaration Universelle des Droits de l'Homme ;
- ii- L'échéance de la mise en œuvre de la majorité des cadres d'action stratégiques élaborés au cours de la dernière décennie ;
- iii- Le nouvel agenda de développement international dans le cadre des Objectifs du Développement durable ;

- iv- La Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées ;
- v- La Charte africaine des droits de l'homme et des peuples, la Charte africaine pour l'Action sociale ;
- vi- La recommandation 102 et la convention 202 de l'OIT sur les socles de protection sociales et les garanties élémentaires de sécurité sociale ;
- vii- La convention des nations unies relatives aux droits des personnes handicapées ;
- viii- Le Cadre stratégique de l'Union africaine du Plan d'action sur le vieillissement ;
- ix- L'adoption des budgets-programmes émanant des directives du cadre harmonisé des finances publiques de l'UEMOA.

## **I.2 Contexte national**

Au plan national l'environnement est caractérisé par :

- i- La constitution du Sénégal dans son article 17, alinéa 2 dispose que « l'Etat et les collectivités publiques ont le devoir de veiller à la santé publique et morale de la famille et, en particulier des personnes handicapées et des personnes âgées ;
- ii- L'adoption et la mise en œuvre du Plan Sénégal Emergent (PSE) qui constitue la référence de toutes les interventions de développement socio-économique ;
- iii- L'approfondissement de la réforme de l'administration territoriale et locale à travers l'Acte III de la Décentralisation ;
- iv- La tenue des assises nationales de l'action sociale en 2008 et des concertations nationales sur la santé et de l'action sociale en 2012 ;
- v- L'élargissement des missions du département ministériel de la Santé avec l'intégration de l'Action sociale;
- vi- Le lancement du programme de couverture maladie universelle (CMU) en 2013 et la création de l'Agence de la CMU en 2015 ;
- vii- Le Programme National de Bonne Gouvernance (PNBG) en 2003 ;
- viii- Les Conventions signées avec la délégation générale à la protection sociale et à la solidarité nationale (DGPSN) et l'agence nationale de la couverture maladie universelle (ANACMU) pour une meilleure prise en charge des personnes et groupes vulnérables ;
- ix- L'élaboration du plan national de développement sanitaire et social 2019-2028 (PNDSS 2019-2028) ;

- x- La ratification de la Convention relative aux droits des personnes handicapées ;
- xi- L'élaboration et l'adoption en 2010 d'une loi d'orientation sociale, suivie de décrets d'application ;
- xii- La loi n°67-42 du 13 juillet 1967, suivie de la loi n°81-52 du 10 juillet 1981, relative au statut des pupilles de la nation ;
- xiii- La loi n° 75-77 du 9 juillet 1975 et son décret d'application n° 76-213 du 23 février 1976 prévoient la mise en cause des parents intéressés, sans complaisance, et le fichage des mineurs suivi du placement d'office du mineur interpellé en cas de récidive ;
- xiv- Le Conseil Interministériel du 30 octobre 2001 sur les personnes handicapées au cours duquel des directives majeures ont été prises et mises en œuvre.

C'est dans ce contexte que s'inscrit l'élaboration du Plan stratégique de développement du sous-secteur de l'Action sociale, pour la période 2020-2024, dont le socle repose sur la gestion axée sur les résultats.

## **II. DIAGNOSTIC DU SECTEUR DE L'ACTION SOCIALE**

### **II.1 Cadre institutionnel et organisationnel de l'Action sociale**

#### **II.1.1 Cadre institutionnel de l'Action sociale**

La politique de promotion et de protection sociale constitue un dispositif essentiel pour atteindre l'objectif d'autonomisation afin de réaliser un développement social inclusif du pays.

Pour atteindre ses ambitions, l'Etat a élevé le niveau institutionnel de coordination de la protection sociale en créant la Direction Générale de l'Action Sociale. Ce qui traduit ainsi la volonté du Président de la République de placer la lutte contre les inégalités sociales au cœur du Plan Sénégal Emergent.

La politique de promotion et de protection sociale consiste prioritairement à :

- i- Apporter l'assistance aux populations défavorisées,
- ii- Promouvoir l'insertion sociale des personnes handicapées,
- iii- Étudier les voies et moyens d'une prophylaxie sociale efficace,

- iv- Promouvoir les associations de base, les établissements et centres d'accueil pour enfants déshérités,
- v- Mettre en œuvre des programmes en faveur de l'enfance déshéritée,
- vi- Œuvrer à l'insertion harmonieuse des personnes du 3e âge en soutenant leurs actions et leurs initiatives,
- vii- Coordonner l'ensemble des activités sociales en vue de promouvoir l'autonomisation des groupes vulnérables.

Le dispositif de **protection sociale** reste encore structurellement limité, du fait de son caractère résiduel. Les filets de sécurité sociale qui relèvent de mécanismes d'identification en matière de changement dont le socle repose sur une bonne organisation communautaire sont révélés incapables de réagir rapidement, encore moins, d'augmenter l'échelle et l'envergure des réponses à l'exclusion sociale et aux crises. Le système formel de protection sociale n'offre l'opportunité de couverture contre les quatre risques retenus (Les retraites et pensions, Allocation familiales, Santé au travail et Assurance maladie) qu'aux familles dont le chef est employé dans le secteur moderne. Celles-ci ne représentent que 20% de la population, ce qui exclue de fait la majorité des sénégalais, relevant essentiellement du monde rural et du secteur informel.

Pour corriger cette inégalité, la nouvelle politique de santé d'Action sociale vise à élargir le paquet de services au secteur informel et au monde rural, mais aussi à renforcer l'accès aux soins par l'élargissement de la carte sanitaire pour assurer une couverture universelle.

### II.1.2 Cadre organisationnel

La mise en œuvre de la politique gouvernementale en matière d'Action sociale relève de plusieurs secteurs. Il faut noter cette forte dispersion des interventions de l'Action sociale sans une coordination politique et technique, qui constitue une entrave à la capitalisation de toutes ces initiatives par le secteur en charge de cette mission.

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

- La promotion, l'insertion socio-sanitaire et économique des groupes sociaux défavorisés ;

- La promotion et la protection des droits des personnes handicapées ;
- La promotion et la protection des personnes âgées ;
- L'impulsion et la coordination des programmes de recherche en matière d'action sociale ;
- L'élaboration des textes législatifs et réglementaires relatifs à l'Action sociale et de veiller à leur application ;
- Le suivi et à l'accompagnement psycho-social des inadaptés sociaux.

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

Bien que déclinée dans les missions, il faudra remarquer, l'inexistence dans l'armature institutionnelle actuelle de la DGAS, d'un cadre transversal intégrateur chargé de l'impulsion, de la planification, de la coordination, du suivi-évaluation des programmes et de la recherche en adéquation avec la dimension de l'organisation.

La Direction de l'Action sociale a été érigée au rang de Direction Générale, et rattachée au Ministère de la Santé et de l'Action Sociale depuis 2012.

La Direction Générale comprend trois directions:

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

Outre ces directions, la DGAS compte neuf (09) divisions à raison de trois par direction et deux services rattachées à la Direction Générale (Services administrative et financière et service planification suivi évaluation, recherche et communication

Le service de planification, de suivi évaluation, recherche et communication, de par son contenu, doit attirer nos attentions (Bureau Recherche, Bureau Planification, Bureau



Communication, Bureau Partenariat, Bureau Suivi Evaluation, Bureau Services Déconcentrés). Son importance en termes de contenu n'est pas en adéquation avec le niveau du cadre institutionnel.

On note également quatorze services régionaux et quarante-cinq services départementaux, relevant de l'organisation administrative

En ce qui concerne les Centres de Promotion et de Réinsertion Sociale, créés suivant les dispositions de l'Arrête n°2033 du 03 août 2005, ils sont au nombre de 50 situés essentiellement en milieu urbain, et répartis sur toute l'étendue du territoire national.

Selon les normes du PNDSS, chaque région dispose d'un SRAS, chaque département d'un SDAS. Chaque commune devrait disposer d'un CPRS. A ce jour ; seules 49 communes disposent de CPRS soit un taux de couverture de 11,5% (PNDSS 2019-2028). Ce qui laisse entrevoir un gap important en structures sociales de base à combler.

La DGAS compte également quatre Centres Nationaux de Réinsertion Sociale (CNRS) à vocation suivante : un centre pour enfants déficients mentaux à Ziguinchor (Bignona), un centre de prise en charge des addictions à Louga (Darou Mousty), un centre de réhabilitation et d'autonomisation des malades mentaux à Kaolack (Kaolack) et un centre de réinsertion professionnel à Diourbel (Bambey). Toutes ces structures souffrent au point de vue fonctionnement et particulièrement par défaut de ressources humaines spécialisées (psychologues, psychiatres, travailleurs sociaux).

L'érection de la Direction de l'Action Sociale en Direction Générale n'a pas été suivie d'une bonne réponse organisationnelle en adéquation avec les missions du nouveau cadre institutionnel. En réalité, celle-ci a consisté en la transformation mécanique des divisions de l'ancienne DAS en directions nationales. Ce qui explique la création d'une structure hypertrophiée concentrant en son sein la planification, le suivi évaluation, la recherche, le partenariat et la communication, voire les statistiques sanitaires.

## II.1.3 Ressources Humaines de la DGAS

### II.1.3.1 Ressources Humaines du niveau central

La Direction Générale comprend les directions techniques, le service administratif et financier et le service Planification, suivi évaluation, Recherche et communication.

Elle ne dispose que de 47 agents dont 30 fonctionnaires et 17 contractuels, alors que les besoins en personnel s'élèvent à 69 agents au moins. La recherche de l'efficacité technique passera forcément par la production de services acceptables en qualité et en quantité, d'où un besoin supplémentaire en personnel de 22 agents.

Pour pouvoir fonctionner, la DGAS a dû recruter des agents contractuels de par le PNDSS et les projets, composés essentiellement de comptables, de secrétaires, de juristes, de travailleurs sociaux, de chauffeurs et d'agents de service.

### II.1.3.2 Ressources Humaines du niveau régional

La Direction Générale de l'Action Sociale compte cent cinquante et un (151) agents au niveau de ses services déconcentrés.

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

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

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

En outre, si l'on se base sur les dispositions de la Circulaire n°4226 portant organisation et fonctionnement des Centres sociaux, reconduites par celle de l'Arrêté n°2033 du 03 août 2005 portant organisation et fonctionnement des Centres de Promotion et de Réinsertion Sociale, qui

prévoient un CPRS pour 30.000 habitants, le taux de couverture du territoire national en CPRS n'est que de 11,5%.

En prenant en compte les dispositions de la loi n°2013-10 du 28 décembre portant code général des Collectivités locales, notamment en ses articles n°3, 4, 7 et 27, concernant la conception, la programmation et la mise en œuvre des actions de développement économique et social, il faudrait aménager 395 CPRS avec une dotation en compétences spécialisées qui s'élève à 1580 agents, soit 395 conseillers et 1185 intervenants de première ligne (Source : recherche documentaire, DGAS, 2014).

## **II.2 Programme de prise en charge (PEC) des groupes vulnérables**

La protection sociale au sens du PSE relève de plusieurs secteurs dont celui de la santé et de l'Action sociale. Au niveau du MSAS, l'agence de la Couverture Maladie Universelle et la Direction Générale de l'Action Sociale conjuguent leurs efforts depuis plusieurs années pour garantir aux populations sénégalaises et particulièrement au monde rural, au secteur informel et aux groupes les plus vulnérables, un bon accès aux services de santé et d'Action sociale. Ces interventions portent sur les trois dimensions que sont l'assurance maladie, l'assistance médico-sociale et l'autonomisation.

La réorganisation du cadre institutionnel en 2019, a consacré l'encrage de l'agence de la couverture maladie universelle au ministère du développement communautaire et de l'équité sociale. Malgré tout, des efforts notoires ont été consentis par les pouvoirs publics, par le biais de l'articulation des programmes de filets sociaux tels que les PNBSF, la CMU et ceux de la DGAS. Aussi nous pouvons noter : i) l'initiative de gratuité chez les enfants de 0 à 5 ans, ii) la gratuité de la césarienne, iii) l'enrôlement des bénéficiaires du Programme National de Bourse de Sécurité Familiale et les titulaires de la Carte d'Égalité des Chances dans les mutuelles de santé et iv) le renforcement des stratégies de communication et de partenariat avec les prestataires de soins.

A ce niveau, l'existence d'un protocole de partenariat pour la mise en place d'un mécanisme de coordination et de pilotage de la Couverture Maladie Universelle, des Indigents et Groupes Vulnérables, devrait améliorer l'efficacité des programmes de filets sociaux à travers le ciblage des bénéficiaires. Par ailleurs l'Etat subventionne certains produits pour abaisser le coût des traitements et faciliter l'accès et concerne entre autres: la gratuité des antirétroviraux (ARV) ;

la gratuité des médicaments antituberculeux, la subvention abaissant les coûts des traitements : antipaludéens ; diabétiques (insuline), anticancéreux, de l'insuffisance rénale, des cardiopathies ; le traitement gratuit du paludisme grave chez les enfants et les femmes enceintes et le prix subventionné des moustiquaires imprégnées ;

Cependant la soutenabilité et la pérennisation de ces programmes sont en effet tributaires d'un bon ciblage et d'une bonne coordination pour éviter les doublons et respecter l'équité.

Par ailleurs, l'accès des personnes handicapées aux services essentiels a été également facilité par la mise en œuvre du *Plan d'action national sur le handicap 2017-2021*. Ces initiatives sont complétées par l'allocation de secours à certaines catégories de personnes indigentes par la DGAS.

Au titre de l'autonomisation, l'Action sociale a développé à travers ses projets et programmes, des activités de formation et de financement de projets économiques au profit des jeunes déshérités, personnes âgées, des veuves et orphelins, des personnes handicapées, des personnes affectées par la lèpre et leurs familles, des personnes démunies en général.

Le secteur de l'Action sociale administre des programmes de réponse à diverses vulnérabilités, que sont le handicap et la pauvreté, sans disposer de cadre d'action spécifique pour la protection de l'enfant. A l'heure actuelle, l'Action sociale est structurée autour de cinq (5) programmes.

### **II.2.1 Programme National de Réadaptation à Base Communautaire (PNRBC)**

Ce programme, en vigueur depuis 2005, cible les personnes vivant avec un handicap. De 2012 à 2019, dans le cadre de la promotion de l'accès des personnes handicapées aux services de réadaptation physique et fonctionnelle la DGAS a distribué à travers le PNRBC un total de 6906 aides techniques composés de fauteuils roulants, de cannes anglaises, de cannes blanches, béquilles et lunettes. Ce programme de renforcement de la mobilité des personnes handicapées a enregistré un appui considérable d'un partenaire, au niveau local, avec 1300 fauteuils roulants, en soutien aux interventions de l'action sociale.

Parmi les mesures du programme, l'octroi d'une Carte d'égalité des chances, qui ouvre des droits spécifiques d'accès aux services sociaux de base et à la CMU (Production cumulative de 54 305 cartes d'égalité des chances, dont 25507 bénéficiaires de BSF, 19230 enrôlés dans les

mutuelles de santé et 638 bénéficiaires de transport gratuit à travers Dakar DemDik ; en outre, 45 personnes handicapées ont bénéficié de formation professionnelle, 80 organisations de personnes handicapées ont reçu une subvention et 10 projets économiques ont été financés. Dans un autre registre, en partenariat avec l'Union Africaine, les points focaux des ministères sectoriels en charge du handicap ont été formés et un atelier régional sur la dimension du handicap, organisé. Dans le cadre du Benchmarking, trois (03) visites de travail ont été réalisées avec la République du CONGO, La République de GUINEE et la JICA, pour s'inspirer de l'expérience du Sénégal en matière de prise en charge du handicap.

Il faut cependant noter que le programme carte d'égalité des chances, au-delà de l'insuffisance des ressources allouées, peine dans la mise en œuvre des avantages y relatifs, du fait de la non adoption de l'ensemble des textes d'application de la LOS qui la consacre. En effet sur 14 textes prévus, seuls 3 sont adoptés à l'heure actuelle.

### **II.2.2 Programme Enfance Déshéritée (PED)**

Le programme s'articule autour de quatre rubriques, notamment :

- L'appui aux daaras pilotes (pour 2019, 28 daaras pilotes ont reçu une subvention classique, pour un montant de 9.500.000 F CFA, 14 ont reçu un appui alimentaire pour un montant total de 3.500.000 F CFA) ;
- Les subventions aux daaras traditionnels (ainsi 1200 talibés ont été enrôlés dans les mutuelles de santé pour un montant de 4.200.000 F CFA, 140 talibés sont placés en apprentissage de métier pour un montant de 7.000.000 F CFA) ;
- Les subventions aux structures de formation professionnelle, dont 36 ont reçu une subvention en 2019, pour un montant total de 6.500.000 F CFA ;
- Les projets économiques destinés aux mères veuves pour lesquelles en 2019, 140 orphelins ont bénéficié de kits scolaires pour un montant de 3.500.000 F CFA et 14 projets économiques pour veuves financés pour un total de 10.500.000 F CFA ;

### **II.2.3 Programme d'Appui à la Promotion des Aînés (PAPA)**

Ce programme est né avec la mise sur pied du Conseil National des Aînés du Sénégal, la validation de leur plan d'action national ainsi que la célébration de la journée nationale des personnes âgées en 2019.

#### **II.2.4 Programme d'Autonomisation des Personnes Affectées par la Lèpre et Famille (PAPALF)**

Le programme PAPALF a enregistré 180 bénéficiaires d'appuis scolaires pour élèves issus de VRS en 2019, soit un montant de 4.500.000 FCFA, 30 jeunes issus de VRS bénéficiaires de formations professionnelles et la célébration de la journée mondiale de lutte contre la lèpre.

#### **II.2.5 Programme de prise en charge médicale des indigents**

Un effectif de 2400 bénéficiaires de prise en charge de soins coûteux ont été enregistré en 2018 pour un montant de 240.000.000 FCFA et 836 cas pour le premier semestre 2019. Par ailleurs cinq malades ont bénéficié d'un appui à leur évacuation sanitaire à l'étranger, et un plan d'action du partenariat pour la coordination et le pilotage des filets sociaux a été élaboré.

Avec l'appui des partenaires, les référentiels et les outils pour la prestation de services d'action sociale en direction des bénéficiaires en général, déjà conçus nécessitent le renforcement des capacités de tous les acteurs. Il s'agit du « guide pratique d'accompagnement psychosocial des indigents et groupes vulnérables »(500 exemplaires produits), du « guide d'intervention des services déconcentrés de la DGAS » ainsi que celui en cours d'élaboration notamment le « guide méthodologique de la protection de l'enfant à l'usage du SDAS et du CPRS » concernant les enfants à risque ou victimes de maltraitances, et leurs familles.

Ces programmes sont davantage conçus dans une approche d'assistance et à base catégorielle que promotionnelle, avec une faible participation des collectivités locales. L'autonomisation demeure encore faible et nécessite un changement d'approche fondée sur le pouvoir d'agir des populations et un renforcement conséquent des ressources allouées à la formation et à la gestion des projets. Cette approche qui repose sur un partenariat dynamique au niveau central et surtout local demande une mise en place des comités locaux de gestion de la vulnérabilité. De surcroît, le sous-secteur de l'Action sociale essentiellement financé par les ressources de l'Etat, bénéficie pour le moment d'un faible accompagnement des partenaires technique et financier, même si on note une amélioration progressive depuis 2018. En termes de valeur absolue, le budget du programme 4 ne fait même pas 2% du budget global du MSAS.

A titre d'exemple, concernant le programme carte d'égalité des chances, sur un objectif de 10 000 cartes prévues en 2018, aucune réalisation n'est enregistrée, pour 2019. Sur 10.000

prévues, seules 4299 cartes sont réalisées ce qui fait un total de 54 305 cartes produites. Le gap est essentiellement dû à une faible allocation de ressources et une difficulté de leur mobilisation. Le taux de satisfaction des demandes de projets économiques qui est passé de 20 à 22 % entre 2016 et 2017, soit une progression de 2 points, demeure encore faible du fait de la modicité des montants alloués et enregistre même une baisse en 2018, suite aux difficultés de mobilisation du budget. En outre, l'enrôlement prend du temps et ne permet pas de répondre aux besoins de protection des personnes indigentes et groupes vulnérables qui peuvent être urgents, tandis que le recrutement dans les programmes se fait une seule fois par an.

Dans le cadre de la prise en charge des groupes vulnérables ; l'Action sociale intervient dans la maladie mentale dans une perspective de réinsertion sociale. On observe depuis quelques années une augmentation de l'errance des individus identifiés comme malades mentaux au Sénégal et en particulier à Dakar. Ce qui justifie la tenue en 2013 du Conseil interministériel sur l'errance des malades mentaux et l'ouverture à Kaolack du Centre National de Réinsertion Sociale (CNRS) comme espace intermédiaire dans le processus de réhabilitation et d'autonomisation des malades mentaux et la lutte contre l'errance.

Le modèle sénégalais de prise en charge médico-sociale des troubles mentaux s'articule autour de l'institutionnalisation et la désinstitutionnalisation. L'hôpital psychiatrique est central dans la gestion des malades avec une orientation vers le modèle de l'urgence psychiatrique et une centration sur la médication. Mais la tendance aujourd'hui est une offre de courte durée d'hospitalisation pour faciliter l'insertion du malade dans sa famille, notamment permettre à cette dernière de prendre le relais

En fin de séjour hospitalier, le malade stabilisé ne dispose d'aucun système d'accompagnement favorable à sa réhabilitation et à son autonomisation. Soit les familles manifestent un relâchement parceque épuisées financièrement du fait des couts élevés de la prise en charge médicale, soit interviennent des représentations sociales facteurs de rejets et de stigmatisation. Ce mécanisme multisectoriel de prise en charge des malades mentaux souffre par l'insuffisance de mécanismes de coordination efficace.

De manière générale, tous ces programmes souffrent d'une insuffisance de suivi et d'évaluation, mais également d'une gestion basée sur des données statistiques maitrisées, rendant ainsi nécessaire l'intégration effective des données de l'Action sociale dans le système nationale

d'information sanitaire et sociale du MSAS, à travers le DHIS 2. Cette dernière condition est indispensable pour aborder la gestion axée sur les résultats en 2020.

### **II.3 Gouvernance du sous-secteur de l'Action sociale**

La gouvernance intègre les dimensions suivantes : l'impulsion, la coordination, l'appui, la supervision, le suivi-évaluation, la standardisation, les réformes, la régulation et le partenariat.

#### **II.3.1 Mécanismes de coordination**

##### **II.3.1.1 Coordination au niveau central**

Le niveau central connaît plusieurs instances de coordination entre autres :

- a) Réunion de coordination hebdomadaire présidée par le Ministre de la Santé et de l'Action sociale réunissant le niveau politique, les directeurs, les chefs de services ;
- b) Existence d'un cadre de coordination de l'action multisectorielle présidée par le ministre ou son représentant ;
- c) Réunion de coordination de la Direction Générale de l'Action Sociale ;
- d) Réunion de coordination avec les Partenaires Techniques et Financiers (PTF) ? proposition : la participation de l'Action sociale à cette réunion de coordination ;
- e) Réunion de coordination des directions de l'Action sociale ;
- f) Réunion de coordination des divisions ;
- g) Réunion de coordination du programme protection sociale.

##### **II.3.1.2 Coordination au niveau régional**

Il faut noter l'absence de coordination spécifique dédiée à l'Action sociale au niveau des régions et des districts sanitaires. Ceci découle d'une volonté d'intégration au niveau opérationnel et stratégique. En d'autres termes, la coordination de l'Action sociale intègre les cadres de coordination existants de la santé.

La coordination au niveau régional et au niveau district est opérationnalisée de deux manières :

- Au point de vue technique à travers l'organisation des réunions de coordination régionale, de district et du poste de santé)
- Au point de vue administrative par l'animation des CRD, CDD et CLD.



Il existe plusieurs cadres régionaux de concertation, entre autres :

- La réunion de coordination de la Région Médicale ;
- Le Cadre de concertation régionale ;
- La revue trimestrielle régionale ;
- Le comité régional de développement ;
- La revue annuelle conjointe de la région ;
- Instances de coordination au niveau district ;
- La réunion de coordination mensuelle du district ;
- La coordination de l'action communautaire.

Globalement la coordination est insuffisamment développée dans le sous-secteur de l'Action sociale et particulièrement au niveau central qui souffre d'un déficit criard en équipement. Au niveau des régions l'intégration favorise la coordination avec la mise en commun des moyens.

### II.3.2 Cadre de partenariat

Une forte dispersion des interventions de l'Action sociale sans une coordination politique et technique, constitue une entrave à l'atteinte des objectifs de la DGAS.

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

Le cadre d'un partenariat suppose des relations, des échanges entre acteurs de développement aux fins de « *mettre en commun des moyens, visant à réaliser un objectif commun* ». C'est une mise en commun des énergies autour d'un problème aux fins de le résoudre.

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

Le partenariat est rendue nécessaire par l'existence d'un document cadre de politique de contractualisation dans le secteur de la santé et d'un guide d'opérationnalisation de cette politique et l'instauration d'une nouvelle donne du fait des facteurs suivants:

- Le désir de l'Etat de faire autrement du fait de la crise (externalisation, développement du PPP);
- La nécessité de créer des plans locaux sectoriels;
- La décision prise par l'Autorité de faire passer les activités de service du statut de pratique marginale et peu normé à celui d'élément central et standardisé des rapports entre services publics et des Organisations de la Société Civile (OSC) ;

Parmi les intervenants dans le cadre de ce partenariat, il faut retenir :

- Certains départements ministériels : comme le ministère en charge de la famille, le ministère des forces armées, le ministère de la Jeunesse ;
- Certains démembrements de l'Etat comme les collectivités locales qui ont reçu ce transfert de compétence en vertu de la loi 96-07 et le décret 96-1135 ;
- La Caisse de Sécurité Sociale ;
- Les entreprises en vertu de la responsabilité sociétale d'entreprise ;
- Le secteur privé ;
- Les Organisation de la Société Civile (l'ONG Spécial Olympics Sénégal, l'ONG Handicap International ; la DAHW) ;
- Les Partenaires techniques et financiers ;
- Il faut noter dans le cadre de ce partenariat, le leadership des agents au niveau décentralisé qui leur a permis avec l'appui des autorités administratives et des acteurs locaux de développement de surmonter l'insuffisance des ressources allouées. Ainsi, ils sont parvenus à mobiliser localement des moyens : affectation de locaux, mobilisation de logistique roulante pour des activités de terrains, mobilisation des équipements et des ressources financières.

### **II.3.3 Mécanismes de planification**

La DGAS dispose d'un cadre de planification au sein de l'équipe de direction sous la forme de service de planification, suivi d'évaluation, recherche et communication.

Le service coordonne l'ensemble des interventions et des activités relevant des missions de la DGAS en collaboration avec la DPRS et l'ensemble des programmes et directions du ministère ainsi que des partenaires techniques et financiers. La DGAS élabore chaque année un plan de travail annuel (PTA) à l'image de toutes les stations de responsabilité du ministère et en ayant comme référence la LPSD, le DPPD et le PNDSS.

Il faut noter l'absence du caractère participatif et inclusif du processus qui aurait pu faire profiter des avantages comparatifs de la dynamique partenariale. Ce déficit est aggravé par l'insuffisance des ressources humaines et de la formation des agents de la DGAS à l'utilisation des outils de planification du secteur de la santé. Le processus de planification des services départementaux et régionaux intègre celui des districts sanitaires et des régions médicales.

#### **II.3.4 Mécanismes de suivi/évaluation**

L'analyse du système actuel de suivi/évaluation et de la recherche au sein de la Direction Générale de l'Action sociale a montré :

- La DGAS ne dispose pas d'un plan de suivi/évaluation;
- Le niveau des interrelations fonctionnelles qui devrait exister avec le Système National d'information Sanitaire (SNIS) n'est pas encore à un niveau permettant l'intégration des données de la DGAS dans la plateforme du DHIS2 ;
- Les agents ne disposent pas des capacités requises ;
- La DGAS ne dispose pas d'interface au sein de la plateforme et les agents ne sont pas formés à l'utilisation de l'outil;
- Des supervisions semestrielles du niveau central vers le niveau régional pour assurer la qualité de données.

#### **II.3.5 Gestion financière et comptable**

##### **II.3.5.1 Gestion financière**

La DGAS dispose d'un service chargée de la gestion administrative et financière et d'un manuel de procédures. Il faut remarquer qu'au sein du MSAS, le manuel de procédures en vigueur est celui de la Direction de l'Administration Générale et de l'Équipement.

Le service assiste le directeur général et l'ensemble des administrateurs de crédit de la direction générale.

Dans le cadre de la mise en œuvre de certains programmes ou projets au sein de l'Action sociale, la DGAS par le biais des trois (3) directeurs techniques qui ont en charge les groupes vulnérables, les personnes handicapées et le médicosocial peut octroyer des subventions à des organisations sous bénéficiaires (Associations/ONG d'handicapés, Veuves, personnes handicapées ou vulnérables) pour exécuter certaines activités sur le terrain ou pour la prise en charge des formations.

La procédure de financement nécessite deux phases :

**- Une phase de constitution des dossiers :**

C'est la phase qui vient en amont du décaissement ; elle permet la sélection des différents dossiers reçus par les CPRS qui font une enquête sociale sur les dossiers qu'ils ont eu à recevoir afin de voir si réellement le demandeur est nécessaire. Ces dossiers sont ensuite transmis au Service Départemental de l'Action Sociale (SDAS) qui constitue une commission avec le préfet pour le choix des bénéficiaires. Cette commission statue en fonction des dossiers reçus des CPRS et procède à une sélection selon les projets en question ainsi que les priorités en fonction des dossiers et des enquêtes préalablement menées par les CPRS. Une fois que la commission finit de statuer, elle élabore un procès-verbal qui va, à son tour être envoyé au niveau du service régional de l'Action sociale. Le SRAS statue avec une commission au sein duquel intervient le gouverneur et élabore un procès-verbal qui comporte la liste des candidats retenus pour toute la région.

Ce Procès-verbal sera envoyé au niveau central de la direction qui, à partir de la réception déclenche la deuxième phase qui est celle du financement. Elle s'effectue après réception de l'ensemble des Procès-verbaux régionaux.

**- Une phase de financement :**

Ainsi, les virements des montants validés sous la supervision des directeurs concernés sont entamés. Les montants en question sont virés sur les comptes des services régionaux qui attestent avec le gouverneur l'exhaustivité des montants selon les différents programmes des axes stratégiques. Les services régionaux, à niveau procèdent au virement des montants au

profit des différents départements qui leurs sont liés. Les départements, après confirmation de la disponibilité des fonds avec la supervision du préfet affectent à chaque CPRS et selon les dossiers initialement transmis le montant alloué et selon le programme et l'axe stratégique. Enfin les CPRS procèdent à la finalisation pour chaque dossier bénéficiaire qu'ils ont eu à travailler.

➤ Niveau Départemental (SDAS)

Le chef de service départemental exécute son budget conformément aux procédures de l'Etat. Les subventions et virements destinés aux groupes vulnérables et aux handicapés qu'il reçoit du SRAS sont exécutés selon les procédures énumérées ci-dessus.

➤ Niveau périphérique (CPRS)

Le CPRS exécute son budget conformément aux procédures de l'Etat.

Les subventions et virements destinés aux groupes vulnérables et aux handicapés que reçoit le directeur par le biais du SDAS sont exécutés selon les procédures énumérées ci-dessus.

- **Procédures comptables**

La Direction Générale de l'Action sociale, la DPPPH, la DPPGV, la DAMS et les services déconcentrés ont les mêmes procédures d'exécution concernant les dépenses publiques de fonctionnement de l'Etat.

On distingue quatre phases à savoir l'engagement, l'ordonnancement, liquidation-certification et le règlement.

Concernant les titres de Transfert courant et de Transfert en capital, l'exécution budgétaire respecte la phase d'engagement de l'Etat. Cependant, l'engagement est précédé de l'établissement des décisions de versement qui, à leur article premier précise le montant et le(s) bénéficiaire (s). A leur article 2 précise les références de l'imputation budgétaire de l'Etat et bancaires du ou des bénéficiaires.

### II.3.5.2 La comptabilité des matières

Le comptable des matières fait l'existant et donne lieu à l'établissement d'un titre de mouvement par les soins de l'administrateur des matières compétent de l'ensemble des biens de la DGAS et des services déconcentrés.

Le gestionnaire élabore, exécute et fait le suivi du budget de fonctionnement et de celui des investissements de la Direction générale et des directions technique (DPPPH, DPPGV, DAMS). Il n'existe pas de gestionnaire au niveau déconcentré (SRAS, CNRS, SDAS, CPRS).

Sous la tutelle du Responsable Administratif et Financier (RAF), il assure le suivi de l'exécution du budget des projets logés de la Direction générale.

Le RAF effectue des autocontrôles budgétaires à tous les niveaux de la pyramide de la DGAS (Comptable de matières, Gestionnaire, SRAS, CNRS, SDAD et CPRS).

Ce processus d'autocontrôle permet de détecter les erreurs au fur et à mesure qu'elles se produisent et de procéder aux corrections nécessaires avant la clôture de l'exercice budgétaire de l'année en cours.

#### **II.4 Analyse de la situation du sous-secteur de l'Action sociale**

A la lumière des résultats du diagnostic situationnel du sous-secteur de l'Action sociale, l'analyse de la situation sur la base de quelques éléments de la grille d'intelligence stratégique, a permis d'identifier d'une part les forces, les faiblesses, les opportunités et les menaces et d'autre part les défis qui interpellent le sous-secteur.

##### **II.4.1 Forces**

- L'existence de la Direction générale de l'Action sociale ;
- Mise en place d'un service en charge de la planification et de l'élaboration de projets de développement ;
- Actualisation et mise en cohérence des programmes;
- Renforcement de la logistique roulante;
- L'existence d'un programme protection sociale ;
- Accueil de la DGAS au niveau du siège du MSAS.

##### **II.4.2 Faiblesses**

- Insuffisance de ressources humaines requises en quantité et en qualité pour conduire les réformes et les projets ;
- Faible appropriation interne du plan;

- Faible dotation en ressources budgétaires ;
- Faiblesse de la gouvernance du sous-secteur ;
- L'insuffisante maîtrise des contours du champ d'action de l'Action sociale ;
- Faiblesse du système d'information ;
- Faiblesse du taux de couverture du territoire national en CPRS (11%) ;
- Approches stratégiques inadaptées de prise en charge des groupes vulnérables ;
- Absence de programme de sensibilisation et de renforcement des capacités des acteurs ;
- Insuffisance de la dynamique locale de gestion de la vulnérabilité ;
- Insuffisance, vétusté, inadaptation des infrastructures et équipements.

#### II.4.3 **Opportunités :**

- Volonté politique d'extension du champ d'action de la protection sociale ;
- Bonne disposition des PTF à accompagner les mesures de protection sociale ;
- L'environnement mondial favorable ;

#### II.4.4 **Menaces**

- Instabilité institutionnelle de la DGAS ;
- Retard dans la mise en œuvre des réformes liées à la territorialisation des politiques sociales, notamment le vote d'une loi d'orientation familiale pour la mise en route du programme famille déshéritée ;
- L'absence de rupture dans le mode de financement de l'Action sociale par le retard du vote de la loi portant création d'un fond de solidarité ;
- L'absence d'opérateurs intellectuels spécialisés capables de porter le plan au niveau des premiers cercles des instances de décision ;
- Pandémie de la COVID-19.

#### II.4.5 **Défis**

Entre autres défis à relever, il faudra noter :

- Le Financement de l'Action sociale ;
- La Couverture du pays en CPRS ;
- La Révision de l'organisation actuelle de la DGAS ;

- Elargissement du paquet de services de l'Action sociale ;
- La Promotion d'une Action sociale centrée sur l'autonomisation;
- Adoption de certains textes d'application de la loi d'orientation sociale (LOS)
- Création de statut des CNRS ;
- L'instauration de la culture des données.



### **III. PLANIFICATION STRATEGIQUE**

#### **III.1 Missions du sous-secteur de l'Action sociale**

Le ministère de la Santé et de l'Action sociale à travers la Direction Générale de l'Action Sociale est chargée de préparer et de mettre en œuvre la politique nationale d'Action Sociale par :

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

#### **III.2 Vision**

Faire du Sénégal un pays où les individus, les ménages et les collectivités (communautés) particulièrement les groupes vulnérables, bénéficient d'un accès universel à des services d'Action sociale de qualité sans aucune forme d'exclusion mais aussi à des stratégies d'autonomisation propres à garantir un niveau de bien-être économiquement et socialement productif.

#### **III.3 Principes et valeurs**

Les principes et valeurs de l'Action sociale soutendant la mise en œuvre de ce plan s'articulent autour des éléments suivants :

##### **III.3.1 Principes**

- La responsabilité ;
- La transparence ;
- La décentralisation ;

- L'intégration ;
- La participation de tous ;
- L'accessibilité.

### **III.3.2 Valeurs**

- L'intégrité ;
- L'éthique ;
- L'équité ;
- La solidarité ;
- Le professionnalisme ;
- L'esprit d'équipe ;
- Le Leadership inspirant.

## **III.4 Objectifs du plan**

### **III.4.1 Objectif général**

Améliorer les conditions de vie socioéconomique et sanitaire des personnes et groupes vulnérables, sans aucune forme d'exclusion.

### **III.4.2 Objectifs spécifiques**

#### **III.4.2.1 Objectif spécifique 1**

Renforcer le dispositif juridique et institutionnel du sous-secteur de l'Action sociale

#### **III.4.2.2 Objectif spécifique 2**

Améliorer qualitativement et quantitativement l'offre et la demande de service d'Action sociale

#### **III.4.2.3 Objectif spécifique 3**

Améliorer la dynamique partenariale, la recherche et la communication

### **III.5 Résultats intermédiaires (RI)**

#### **III.5.1 RI de l'objectif spécifique 1**

- Résultat intermédiaire 1 : Le cadre juridique et institutionnel est renforcé;
- Résultat intermédiaire 2 : La coordination et le pilotage du sous-secteur sont renforcés;
- Résultat intermédiaire 3 : Les mécanismes de planification, de suivi et d'évaluation sont renforcés.

#### **III.5.2 RI de l'objectif spécifique 2**

- Résultat intermédiaire 1 : les services techniques opérationnels sont normalisés ;
- Résultat intermédiaire 2 : les ressources humaines en quantité et en qualité sont disponibles ;
- Résultat intermédiaire 3 : l'offre de service socio-sanitaire est améliorée qualitativement.

#### **III.5.3 RI de l'objectif spécifique 3**

- Résultat intermédiaire 1 : La dynamique partenariale au niveau stratégique et local est améliorée ;
- Résultat intermédiaire 2 : La recherche dans le secteur de l'Action sociale est effective ;
- Résultat intermédiaire 3 : La communication du secteur de l'Action sociale est améliorée.

### **III.6 Orientations stratégiques et axes d'interventions**

Pour aller dans le sens de l'atteinte des objectifs assignés à ce plan, trois orientations stratégiques doivent servir de guidance pour la structuration des interventions du sous secteur de l'Action sociale tout le long de cet horizon de planification :

- Orientation stratégique 1 : Renforcement de la gouvernance du sous-secteur ;
- Orientation stratégique 2 : Amélioration qualitative et quantitative de l'offre et de la demande de service d'Action sociale ;

- Orientation stratégique 3 : Renforcement de la gestion de l'information de la communication et de la prospective.

### III.6.1 Développement des orientations stratégiques

Le développement des orientations stratégique sera guidé par le contenu des différents objectifs et des résultats attendus pour le choix des interventions adaptées dans le contexte de la gestion axée sur les résultats.

#### III.6.1.1 Développement de l'orientation stratégique 1 :

#### Renforcement de la gouvernance du sous-secteur

##### III.6.1.1.1. Résultat Intermédiaire 1 (RI 1): Le cadre juridique et institutionnel est renforcé

- **Ligne d'action 1** : Création d'un cadre réglementaire de coordination des interventions des acteurs de la santé et de l'Action sociale

Cette ligne visera ; i) la révision du décret portant organisation et fonctionnement du MSAS, ii) la validation de la loi sur la protection sociale et les échanges et de partages autour de cette loi, iii) l'élaboration des projets de textes d'application de la loi d'orientation sociale.

- **Ligne d'action 2** : Amélioration du cadre législatif et réglementaire du sous-secteur de l'Action sociale

La finalité de cette ligne d'action est entre autre i) de faire valider le statut juridique des CNRS, CPRS, SRAS, SDAS ; ii) de faire valider les textes portant organisation et fonctionnement des services déconcentrés de l'Action sociale ; iii) de former les acteurs dans le cadre de la mise en place des comités de gestion des CPRS ; iv) de faire valider le projet de textes portant organisation et fonctionnement de la DGAS

- **Ligne d'action 3** : Organisation d'un audit organisationnel de la DGAS

A travers cette ligne, il faudra dans le cadre de cette planification faire de cette réforme du sous-secteur de l'Action sociale une opportunité avec la création de la DGAS en commanditant un audit organisationnel.

- **Ligne d'action 4** : Actualisation de l'organigramme de la DGAS

Au décours de l'audit organisationnel, il faudra réglementer l'organisation et le fonctionnement de la DGAS en élaborant un projet d'arrêté portant organisation et fonctionnement de la DGAS qui sera validé à l'interne.

- **Ligne d'action 5 :** Création de nouveaux programmes/projets

Cette ligne vise à reformer les actuels programmes en cours à la DGAS. Pour atteindre cet objectif, il faudra évaluer les projets et programmes de la DGAS pour disposer des évidences qui nous permettront d'impulser ces réformes

#### **III.6.1.1.2 Résultat intermédiaire 2 (RI 2) : La coordination et le pilotage du sous-secteur sont renforcés**

- **Ligne d'action 6 :** Elaboration des stratégies de gestion et de coordination pour le pilotage du sous-secteur.

La déclinaison opératoire de cette ligne d'action nous imposera : i) de définir des stratégies et d'élaborer des outils de coordination et de pilotage du sous-secteur ; ii) de capaciter les acteurs locaux en Santé/Action sociale et de susciter la décentralisation pour le fonctionnement des cadres locaux de concertation ; iii) d'appuyer la tenue des réunions de coordination de l'Action sociale ; iv) d'organiser les supervisons intégrées de l'Action sociale dans les ZCO ; v) d'appuyer l'élaboration des PTA de l'Action sociale

- **Ligne d'action 7 :** Création des cadres favorables à la concertation des acteurs

La création de ces cadres passera par : i) La réglementation des cadres de concertation des acteurs de la protection sociale à travers un acte réglementaire ; ii) Le suivi de la convention de partenariat entre les acteurs de la protection sociale.

- **Ligne d'action 8 :** Création des cadres de pilotage et de coordination multi sectoriel

La mise en œuvre de cette ligne d'action a comme implications : i) de conduire une réflexion autour de la création de cadre de pilotage et de coordination multi sectoriel de l'Action sociale au niveau central et régional ; ii) de conduire une réflexion sur la création de cadre de pilotage et de coordination multi sectoriel de l'Action sociale au niveau régional.

- **Ligne d'action 9 :** Organisation des réunions de coordination au niveau des régions

La déclinaison opératoire de cette ligne d'action nécessitera entre autres : i) la mise en place d'un comité régional multisectoriel de santé et d'Action sociale présidé par le Gouverneur ; ii) l'organisation d'un CRD semestriel thématique ; iii) l'organisation d'une réunion de coordination trimestrielle par région animée par le SRAS ; iv) La participation aux réunions de coordination trimestrielle par région animées par le MCR ; v) l'organisation d'un CDD trimestrielle thématique.

- **Ligne d'action 10 :** Fonctionnement des instances de coordination au sein de la Direction générale

La mise en œuvre de cette ligne nécessitera : i) l'organisation régulière de réunions de coordination hebdomadaire au sein de la Direction générale ; ii) l'organisation d'une réunion de coordination hebdomadaire dans chaque direction technique ; iii) un suivi semestriel des projets régionaux ;

#### **III.6.1.1.3 Résultat intermédiaire 3 (RI 3) : Les mécanismes de planification, de suivi et d'évaluation sont renforcés.**

- **Ligne d'action 11 :** Mise en œuvre des mécanismes de suivi-évaluation

Entre autres mécanismes de suivi évaluation, il faudra envisager : i) une revue annuelle d'évaluation des programmes/projets de la DGAS ; ii) une revue trimestrielle de suivi du PTA ; iii) une revue annuelle de partage des réalisations de l'Action sociale avec tous les acteurs locaux ; iv) une réunion trimestrielle de suivi du PTA au niveau central ; v) l'organisation de missions de supervision dans les régions pour l'élaboration des PTA ; vi) l'élaboration d'un plan de suivi/évaluation ; vii) l'évaluation des programmes/projets de la DGAS ; viii) des supervisions formatives des services déconcentrés de l'Action sociale sur l'utilisation de la plateforme DHIS2.

- **Ligne d'action 12 :** Mise en œuvre des mécanismes de planification

Parmi les mécanismes de planifications, il faudra envisager : i) l'élaboration des PTA des directions techniques ; ii) la réactualisation du plan de contingence 2019-2024 du secteur de la

protection de l'enfant; iii) l'élaboration des PTA des services déconcentrés (SRAS, SDAS, CPRS, CNRS).

### **III.6.1.2 . Développement de l'orientation stratégique N° II :**

#### **Amélioration qualitative et quantitative de l'offre et de la demande de service d'Action sociale**

##### **III.6.1.2.1. Résultat intermédiaire IV (RI IV) : les services techniques opérationnels sont normalisés ;**

- **Ligne d'action 13 :** Mettre les services techniques sous les normes d'intervention standardisées en service social

La mise aux normes d'intervention standardisées des services techniques du sous-secteur de l'Action sociale implique : i) la mise à niveau des acteurs du niveau central sur les outils de gestion et d'intervention de l'Action sociale ; ii) la révision et l'harmonisation des outils de gestion et d'intervention de l'Action sociale ; iii) la production d'un guide d'intervention et des outils de protection de l'enfant spécifiques pour les services déconcentrés de la DGAS ; iv) la vulgarisation du guide et des outils d'intervention des services déconcentrés de l'Action sociale ; v) le reparamétrage des outils dans la plateforme DHIS2 ; vi) la révision des outils paramétrés dans la plateforme DHIS2.

- **Ligne d'action 14 :** Création des services techniques dans les Collectivités Territoriales selon les normes

La mise en œuvre de cette ligne passe par le processus de mise en place des structures sociales selon les normes du PNDSS au niveau des communes et des départements.

- **Ligne d'action 15 :** Fonctionnement des services techniques existants selon les normes

Elle milite en faveur de la mise aux normes des services sociaux conformément aux prévisions du PNDSS aux différents échelons de la pyramide.

**III.6.1.2.2. Résultat intermédiaire V (RI V) : les ressources  
humaines en quantité et en qualité sont  
disponibles ;**

- **Ligne d'action 16** : Recrutement d'un personnel en qualité et en quantité selon les normes

Le comblement de ce déficit doit être actuel et futur en intégrant la résorption des gaps conformément aux normes du PNDSS 2019-2028 en matière d'Action sociale.

- **Ligne d'action 17** : Renforcement des capacités du personnel de l'Action sociale

Le renforcement des capacités techniques du personnel implique :

- La formation du personnel des services techniques de l'Action sociale sur les domaines suivants : en informatique, la coordination de la plateforme prévention, l'accompagnement psycho-social ; les procédures de conduite des pratiques contractuelles, la maîtrise des données statistiques incluant le genre et le leadership transformationnel /Décentralisation/santé, la médiation sociale et familiale, le ciblage des indigents et groupes vulnérables ;
  - Le renforcement des capacités des services déconcentrés de la DGAS (SRAS, CRS, SDAS, CPRS) sur la détection et le signalement des abus et violences faits aux enfants, sur les plans de contingence des CDPE et le partager des mécanismes de coordination de la protection de l'enfant dans l'intervention humanitaire à l'endroit du Roster national et des acteurs centraux ;
  - La conduite d'une étude d'identification des besoins de formation des agents de l'Action sociale ;
  - L'harmonisation des outils d'intervention des services déconcentrés de la DGAS (SRAS, CRS, SDAS, CPRS) ;
- **Ligne d'action 18** : Elaboration d'un plan de développement des ressources humaines

La DGAS va intégrer le Plan de Développement des Ressources Humaines (PDRH) de la DRH.



### **III.6.1.2.3. Résultat intermédiaire VI (RI VI) : l'offre de service socio-sanitaire est améliorée qualitativement.**

Cette amélioration doit être en adéquation avec les nouvelles ambitions de la DGAS et nécessitant l'élargissement du paquet de prestations et une bonne couverture en points de prestation de services.

- **Ligne d'action 20** : Réhabilitation des services techniques de l'Action sociale

Cette réhabilitation ciblera entre autres les CPRS de Bambilor, Linguère et Kébémér, les 4 CNRS ; les services techniques de l'Action sociale existants de Ndar Toute et de Kaolack)

- **Ligne d'action 21** : Construction de nouveaux services techniques

Les constructions concerneront les CPRS de Sédhiou, Kédougou, Bakel, Kaffrine et de Matam; un projet de CNRS dans la région de Dakar ;

- **Ligne d'action 22** : Dotation des services techniques de l'Action sociale en logistiques et équipements selon les normes

L'amélioration des équipements et de la logistique passera entre autre par l'acquisition de matériels logistiques et d'équipement pour les services déconcentrés et le niveau central de l'Action sociale ;

- **Ligne d'action 23** : Renforcement du paquet de services offerts par la DGAS

Il passera par la maîtrise par les décideurs et les acteurs internes du contenu du menu de prestations de l'action sociale et de la redistribution des rôles en tenant compte du retour de l'action sociale.

- **Ligne d'action 24** : Recensement des problèmes sociaux et des types de maladies endémo-épidémiques au niveau local

Pour aller dans cette direction, il faudra impulser des concertations locales au tour de la prise en charge médicale avec les partenaires locaux, les acteurs et la communauté, au tour de la

vulnérabilité et sensibiliser sur la mise en place de ce dispositif répondant aux normes dans les structures sanitaires.

- **Ligne d'action 25** : Sensibilisation des communautés aux risques de maladies endémo-épidémiques, calamités et catastrophes naturelles (cf. plan de communication)
- **Ligne d'action 26** : Assistance médicale et sociale
- **Ligne d'action 27** : Autonomisation des personnes et des groupes vulnérables

### III.6.1.3 Développement de l'orientation stratégique N° III : Renforcement de la dynamique partenariale, de la recherche, et de la communication

#### III.6.1.3.1 Résultat intermédiaire VII (RI VII) : La dynamique partenariale au niveau stratégique et local est améliorée

- **Ligne d'action 28** : Développement de mécanismes de partenariat stratégique de la DGAS dans la mise en œuvre des politiques de protection des Indigents et groupes vulnérables(IGV)

Le développement de ces mécanismes passera par :

- Un plaidoyer envers les PTF, pour le financement du sous-secteur de l'Action sociale ;
- La conduite des enquêtes de ciblage des indigents et groupes vulnérables ;
- Un partenariat pour le financement du fonds d'appareillage du programme de la CEC
- **Ligne d'action 29** : Mise en place et animation des cadres de concertation et de coordination locaux en vue de renforcer le partenariat

Il est visé à travers cette ligne d'organiser et de créer des cadres de concertations locales pour la gestion de la vulnérabilité.

- **Ligne d'action 30** : Maîtrise des données statistiques incluant le genre

Il faut asseoir la culture des données du sous-secteur de l'Action social à travers les orientations suivantes : i) le renforcement des capacités des acteurs ; ii) l'équipement adéquat du niveau

déconcentré pour la collecte et le traitement de données statistiques ; et l'Organisation de revues des indicateurs de l'Action sociale ;

**III.6.1.3.2. Résultat intermédiaire VIII (RI VIII) : La  
recherche dans le secteur de l'action sociale est  
effective**

- **Ligne d'action 31** : Développement de la recherche action au tour des programmes d'action sociale

Le développement de la recherche passera par : la mise en place d'une unité de recherche opérationnelle ; la formation du personnel de l'unité de recherche en techniques de recherche opérationnelle et la mise en place des mécanismes d'identification de thèmes majeurs dans le secteur de l'Action sociale.

- **Ligne d'action 32**: Capitalisation et vulgarisation de toutes les productions sur la recherche en sciences sociales des différentes structures de formation

Il faudra explorer les NTICs et actualiser le site web de la DGAS

**III.6.1.3.3. Résultat intermédiaire IX (RI IX) : La  
communication du secteur de l'action sociale est  
améliorée**

- **Ligne d'action 33**: Elaboration et validation d'un plan de communication du secteur de l'Action sociale

Deux événements majeurs doivent authentifier cette ligne à savoir l'élaboration du plan de communication du secteur de l'Action sociale et sa validation politique.

- **Ligne d'action 34** : Mise en œuvre du plan de communication du secteur de l'Action sociale

Mettre en œuvre le plan de communication conformément aux grandes orientations du plan.

## **IV. Risques liés à la mise en œuvre du plan**

Les risques pouvant émaillés la mise en œuvre de ce plan peuvent être entrevus en termes de gouvernance touchant les dimensions suivantes : institutionnelle, financière et de leadership

### **IV.1 Les risques d'ordre institutionnel**

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

### **IV.2 Les risques d'ordre financier :**

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

### **IV.3 La faible impulsion des réformes :**

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

### **IV.4 Faiblesse de la culture des données sectorielles**

- Faiblesse des données de la DGAS ;
- Faiblesses des données des autres secteurs.

## **V. Cadre de mise en œuvre**

Le cadre de mise en œuvre sera abordé dans ses aspects suivants : i) le cadre organisationnel de mise en œuvre ; ii) la conception et la mise en œuvre des plans opérationnels ; et iii) les Intervenants clefs dans la mise en œuvre.

### **V.1 Cadre organisationnel de mise en œuvre**

Il s'agit d'une brève description des modalités exécutoires du plan stratégique de la DGAS, moyennant la clarification des rôles et responsabilité, des différents acteurs des niveaux stratégiques et opérationnels impliqués dans la mise en œuvre dudit plan. Il existe deux niveaux de mise en œuvre : le niveau central et le niveau régional

### **V.2 Conception et mise en œuvre des plans opérationnels**

La mise en œuvre du plan de développement du sous-secteur de l'Action sociale sera assurée par plusieurs niveaux :

- Le niveau central à travers la Direction générale et ses directions et services associés ;
- Le niveau régional avec les régions médicales et les districts sanitaires
- Les autres acteurs de l'Etat et de ses démembrements, le secteur privé et la société civile.

La mise en œuvre se fera dans le cadre du budget programme à travers les DPPD et les PTA : les instruments financiers se feront par l'entremise des fonds de dotation de la décentralisation, des budgets déconcentrés et d'éventuels accords de coopération.

#### **V.2.1 Elaboration d'un plan annuel consolidé par la DGAS**

Chaque année, la DGAS doit produire un plan annuel consolidé. Le ministère à travers la DGAS prendra toutes les dispositions pour que les partenaires rendent disponibles les fonds mobilisés pour la mise en œuvre de ce plan.

#### **V.2.2 Elaboration des plans opérationnels annuels régionaux :**

La DGAS veillera à ce que les plans opérationnels régionaux soient élaborés intégrant la gestion axée sur les résultats avec un rapport de performances. Ils sont intégrés dans le système de planification existant au niveau du MSAS à travers les Plans de Travail Annuels (PTA).

### **V.3 Intervenants clefs dans la mise en œuvre**

#### **V.3.1 Intervenants des secteurs publics ministériels**

Plusieurs départements ministériels interviennent dans le cadre de la mise en œuvre de la politique d'Action sociale définie par le chef de l'Etat dans le cadre de l'action multisectorielle pour une meilleure maîtrise des déterminants socio-sanitaire. Ainsi en plus du MSAS plusieurs ministères interviennent et entre autres : le Ministère des Forces Armées, de l'Intérieur, le Ministère en charge de la Justice, le Ministère en charge des collectivités territoriales, le Ministère en charge de la famille, les Ministères de l'Economie et des Finances.

#### **V.3.2 Intervenants du secteur privé**

Le secteur privé sera fortement impliqué dans la déclinaison opératoire de ce plan en particulier les entreprises (à travers la responsabilité sociétale d'entreprise), les organisations de la société civile, les partenaires techniques et financiers.

## VI. Cadre de performances

**Tableau 1 : Cadre de performance**

| Libelle de l'indicateur   | Données de base |       |                              | Fréquence | Résultats attendus |      |      |      |      | Sources               |
|---|-----------------|-------|------------------------------|-----------|--------------------|------|------|------|------|-----------------------|
|   | Valeur          | Année | Source                       |           | 2020               | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 |                       |
| Pourcentage d'indigents et groupes vulnérables (IGV) ayant bénéficié d'une assistance |                 |       |                              |           | 00                 | 00   | 00   | 00   | 00   | DHIS2-Données routine |
| Proportion de services Effectifs offerts par la CEC                                   | 57%             | 2017  | Rapport de performance (RDP) | Annuelle  |                    |      |      |      |      |                       |
| Pourcentage de personnes handicapées détentrices de la carte d'égalité des chances    | 6%              | 2018  |                              |           |                    |      |      |      |      |                       |

|   |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|--|------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Ne Nombre de personnes handicapées appareillées   |  | 2018 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Taux de satisfaction des demandes de prise en charge médicale des soins couteux des personnes vulnérables |  | 2018 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Proportion d'indigents groupe vulnérables bénéficiaires de formation                                      |  | 2018 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Taux de satisfaction des demandes de financement des projets économiques                                  |  | 2018 |  |  |  |  |  |  |  |  |



Pour bâtir ce cadre de performance, les acteurs se sont inspirés de celui du DPPD du MSAS, du cadre de performance de la protection sociale.

Force est de reconnaître, les difficultés rencontrées pour construire une base de départ. Par ailleurs, il a été remarqué cette absence des données organisées et d'un système de gestion des données. Le sous-secteur n'a pas été initié au DHIS II et ne dispose pas d'interface dédiée au sein de la plateforme.

Pour les besoins de la mise en œuvre de ce plan, il s'avère indispensable d'asseoir la culture des données, de renforcer les capacités des différents acteurs du sous-secteur, de conduire une enquête ex-anté de mise en place des données de démarrage (d'une Baseline).

## **VII. Budgétisation du plan**

### **VII.1 Bases de construction du budget**

La construction du budget global du plan a été faite sur la base de ses deux composantes :

- ✓ Le budget de base : correspond au budget de l'année 2020 de la DGAS et au montant budgétaire notifié par le MFB sur la période 2021-2023. Le budget de l'année 2024 a fait l'objet d'une projection.
- ✓ Le budget de développement qui correspond aux masses budgétaires issues du costing du plan traduisant les ambitions du sous-secteur de l'Action sociale sur l'horizon de planification.

Cette construction a été dynamique et participative et ayant nécessité : i) l'intégration des prévisions budgétaires disponibles de quelques PTF ; ii) la Prise en compte de la notification des enveloppes budgétaires indicatives de la période 2021-2023 du MFB ; iii) la transposition des nouveaux projets de l'Action sociale ; iv) le projet d'extension et de mise à niveau des services déconcentrés de la DGAS ; v) des échanges soutenus avec la DGAS pour intégrer le contexte de l'environnement budgétaire avec la pandémie à la Covid-19 et vi) le projet de mise en œuvre de la loi d'orientation sociale.

### **VII.2 Bases de l'analyse budgétaire**

La base de l'analyse et de la présentation du budget est à appréhender en termes de maîtrise des enjeux de cette planification : Volonté d'une approche sectorielle de l'Action sociale, le

positionnement du sous-secteur dans la protection sociale après le départ de l'ACMU, la PEC des IGV et leur autonomisation, la socialisation de l'approche résolutive des problèmes de santé, etc. et les implications de ces nouvelles ambitions en termes d'infrastructures, de couverture et de financement :

- ✓ Selon la masse budgétaire globale ;
- ✓ Selon l'annualisation rationnelle du budget ;
- ✓ Selon les sources de financement : ETAT, PTF ;
- ✓ Selon les rubriques de dépenses ;
- ✓ Selon les orientations stratégiques ;
- ✓ Selon les domaines d'interventions ;

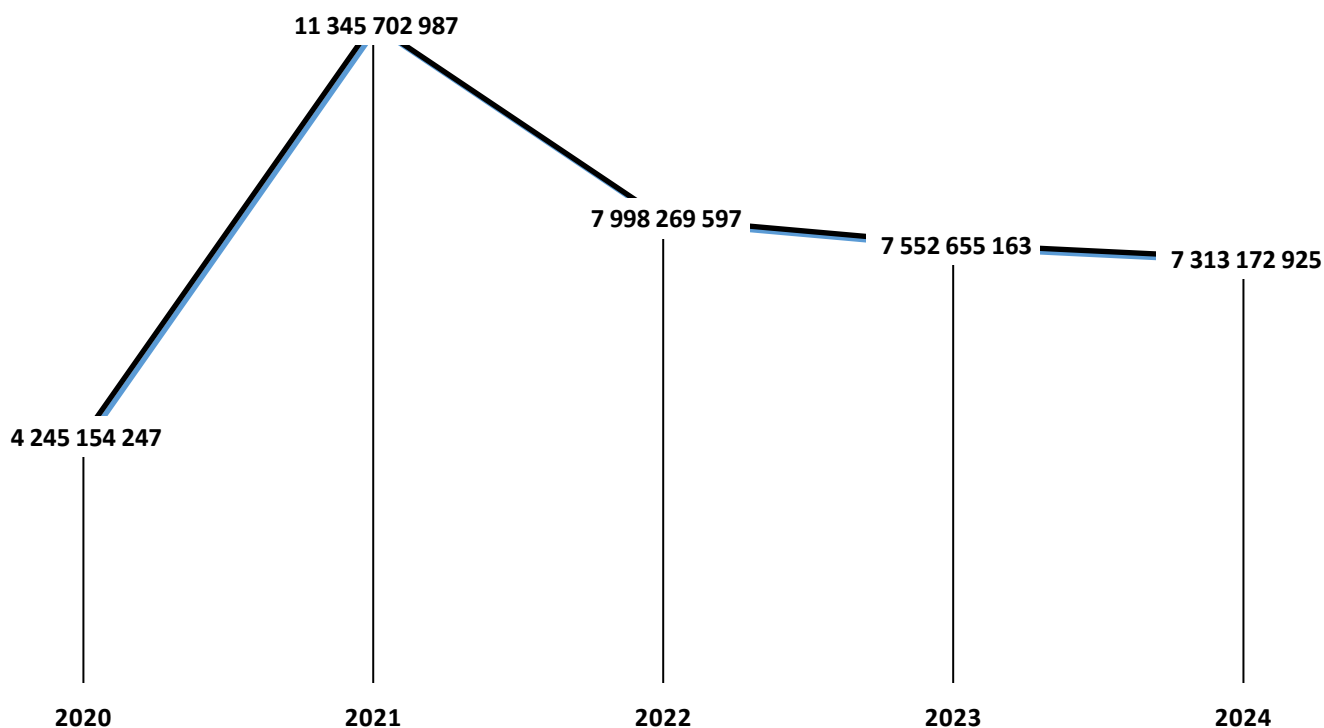
Un acteur important du financement du sous-secteur concerne les collectivités territoriales, en particulier la commune de Dakar, qui n'est pas pris en compte par absence d'informations budgétaires idoines.

## VII.3. Présentation et analyse budgétaire

### VII.3.1 Présentation du budget global du plan stratégique de l'Action sociale 2020-2024

**Tableau 2 : Budget du plan stratégique de l'Action sociale 2020-2024**

|                             | 2020          | 2021           | 2022          | 2023          | 2024          | Total          |
|-----------------------------|---------------|----------------|---------------|---------------|---------------|----------------|
| <b>Budget du PSAS 20-24</b> | 4 245 154 247 | 11 345 702 987 | 7 998 269 597 | 7 552 655 163 | 7 313 172 925 | 38 454 954 918 |
| <b>% du budget</b>          | 11%           | 30%            | 21%           | 20%           | 19%           | 100%           |
| <b>Evolution du budget</b>  |               | 167%           | -30%          | -6%           | -3%           |                |



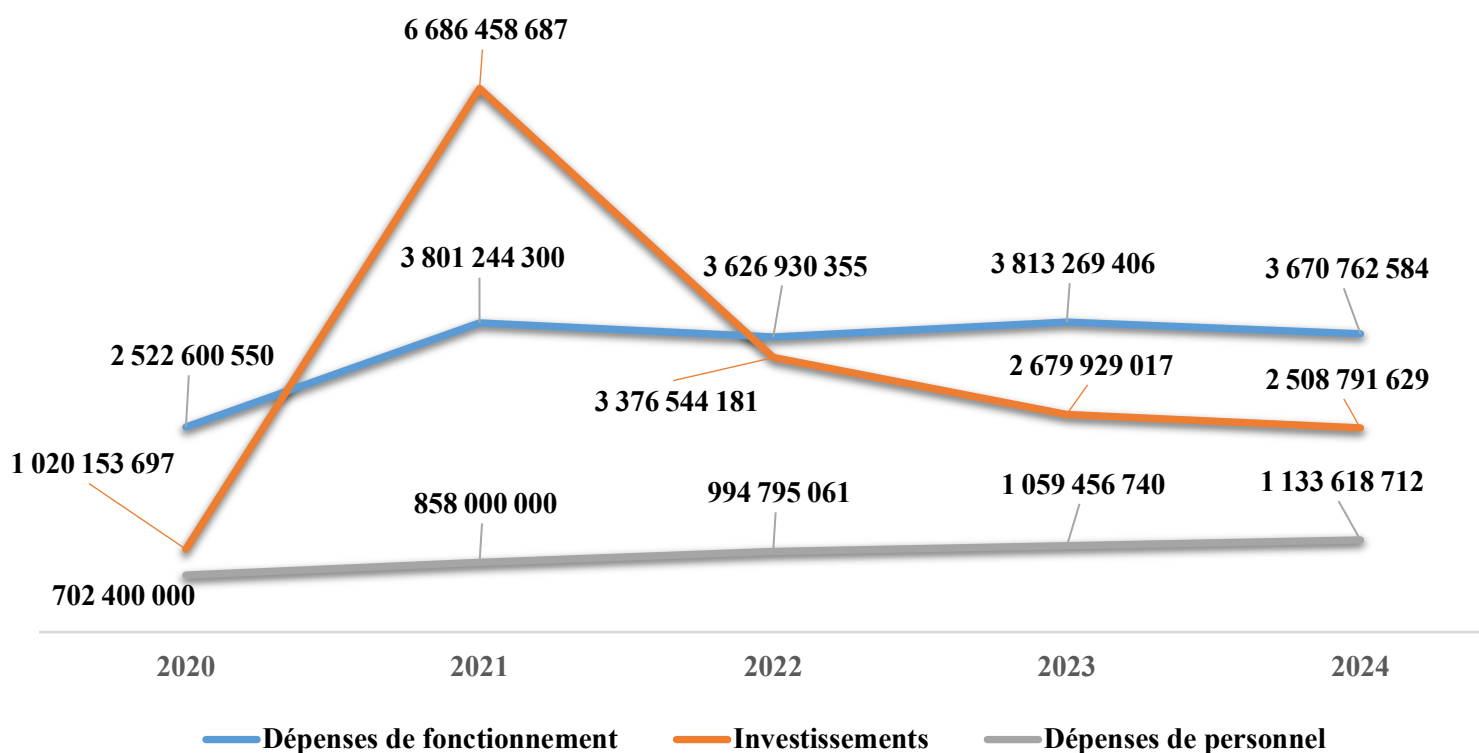
**Figure 1 : Budget global du PSDSAS 20-24**

### VII.3.1.1 Présentation du budget global du plan selon la nature de dépense

**Tableau 3 : Budget global du PSDSAS 20-24 par nature de dépense**

|                                   | 2020                 | 2021                  | 2022                 | 2023                 | 2024                 | Total                 | % du budget |
|-----------------------------------|----------------------|-----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|-----------------------|-------------|
| <b>Dépenses de fonctionnement</b> | 2 522 600 550        | 3 801 244 300         | 3 626 930 355        | 3 813 269 406        | 3 670 762 584        | 17 434 807 195        | 45%         |
| <b>Investissements</b>            | 1 020 153 697        | 6 686 458 687         | 3 376 544 181        | 2 679 929 017        | 2 508 791 629        | 16 271 877 211        | 42%         |
| <b>Dépenses de personnel</b>      | 702 400 000          | 858 000 000           | 994 795 061          | 1 059 456 740        | 1 133 618 712        | 4 748 270 513         | 12%         |
| <b>Total</b>                      | <b>4 245 154 247</b> | <b>11 345 702 987</b> | <b>7 998 269 597</b> | <b>7 552 655 163</b> | <b>7 313 172 925</b> | <b>38 454 954 918</b> |             |

les investissements et fonctionnement representent 42% et 45% du global



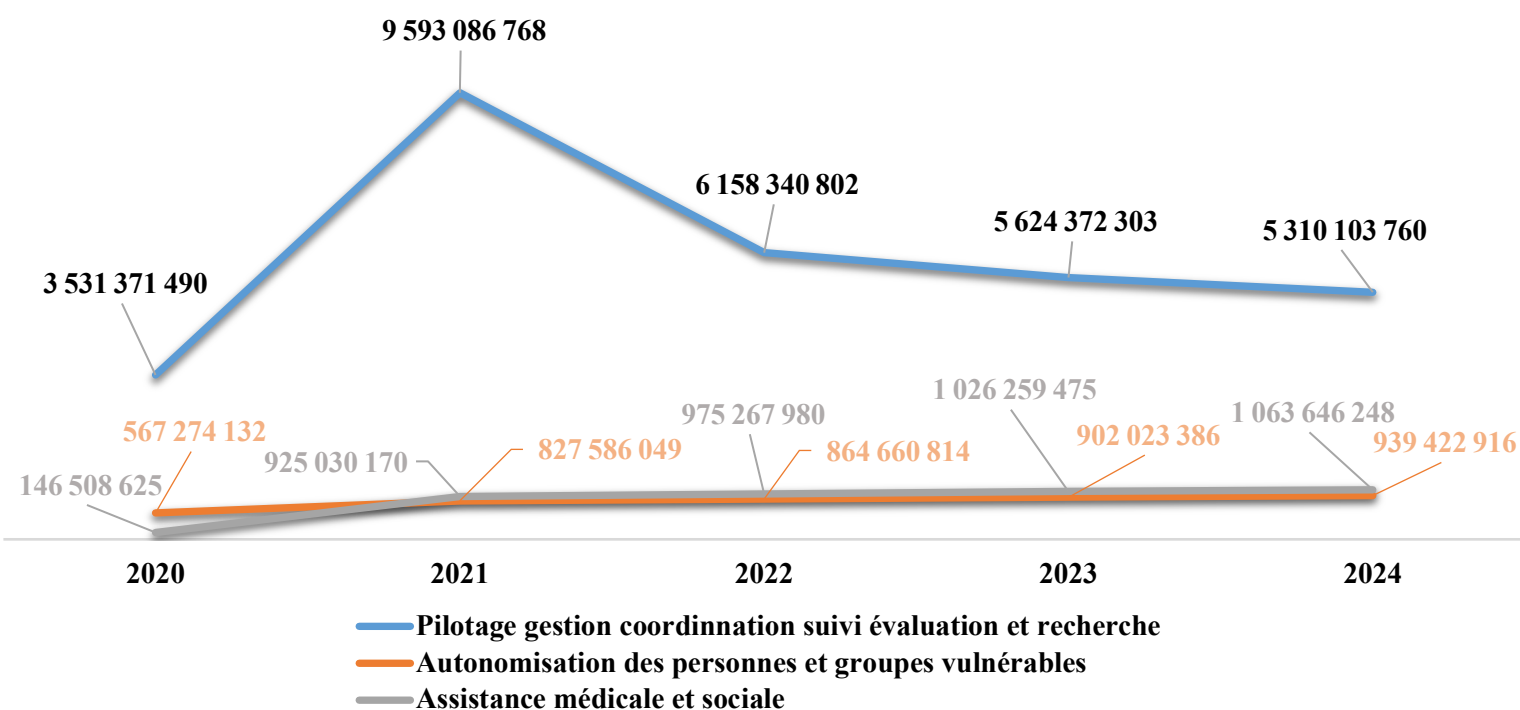
**Figure 2 : Budget global du PSDSAS 20-24 par nature de dépense**

### VII.3.1.2 Présentation du budget global du plan selon le domaine d'intervention

**Tableau 4 :** Budget global du PSDSAS 20-24 par domaine d'intervention

|  | 2020                 | 2021                  | 2022                 | 2023                 | 2024                 | Total                 | % du budget |
|--|----------------------|-----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|-----------------------|-------------|
| <b>Pilotage coordination suivi évaluation et recherche</b> | 3 531 371 490        | 9 593 086 768         | 6 158 340 802        | 5 624 372 303        | 5 310 103 760        | 30 217 275 122        | 79%         |
| <b>Autonomisation des personnes et groupes vulnérables</b> | 567 274 132          | 827 586 049           | 864 660 814          | 902 023 386          | 939 422 916          | 4 100 967 298         | 11%         |
| <b>Assistance médicale et sociale</b>                      | 146 508 625          | 925 030 170           | 975 267 980          | 1 026 259 475        | 1 063 646 248        | 4 136 712 498         | 11%         |
| <b>Total</b>   | <b>4 245 154 247</b> | <b>11 345 702 987</b> | <b>7 998 269 597</b> | <b>7 552 655 163</b> | <b>7 313 172 925</b> | <b>38 454 954 918</b> |             |

Trois domaines d'intervention structurent les actions de l'Action sociale dans le contexte de l'appui budgétaire : le pilotage et la coordination (Gouvernance), l'autonomisation des IGV et l'assistance médico-sociale. La gouvernance occupe un poids budgétaire 79%, contre 11% pour chacun des deux autres domaines.



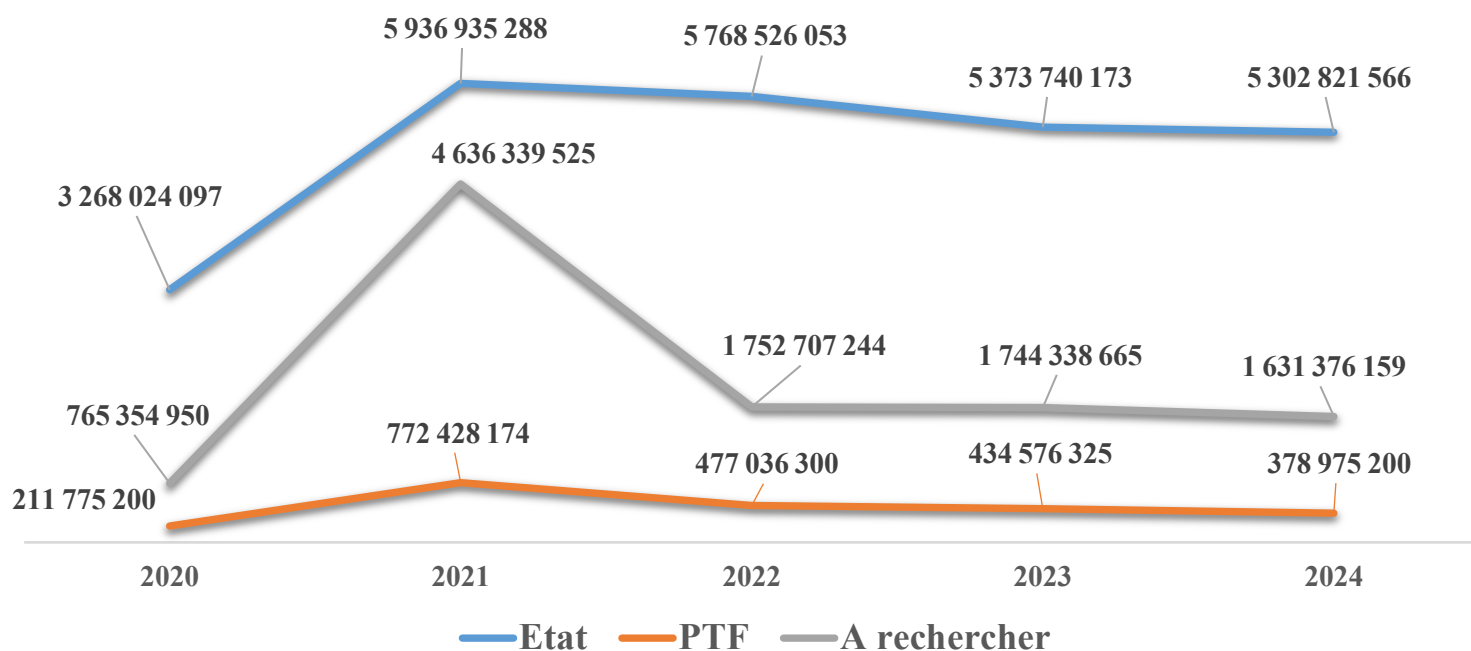
**Figure 3 :** Budget global du PSDSAS 20-24 par domaine d'intervention

### VII.3.1.3 Présentation du budget global du plan selon la source de financement

**Tableau 5 : Budget global du PSDSAS 20-24 par source de financement**

| Source de financement | 2020                 | 2021                  | 2022                 | 2023                 | 2024                 | Total                 | % du budget |
|-----------------------|----------------------|-----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|-----------------------|-------------|
| <b>Etat</b>           | 3 268 024 097        | 5 936 935 288         | 5 768 526 053        | 5 373 740 173        | 5 302 821 566        | 25 650 047 177        | 67%         |
| <b>PTF</b>            | 211 775 200          | 772 428 174           | 477 036 300          | 434 576 325          | 378 975 200          | 2 274 791 199         | 6%          |
| <b>A rechercher</b>   | 765 354 950          | 4 636 339 525         | 1 752 707 244        | 1 744 338 665        | 1 631 376 159        | 10 530 116 543        | 27%         |
| <b>Total</b>          | <b>4 245 154 247</b> | <b>11 345 702 987</b> | <b>7 998 269 597</b> | <b>7 552 655 163</b> | <b>7 313 172 925</b> | <b>38 454 954 918</b> |             |

L'enseignement que nous tirons de ce tableau : l'Etat constitue la principale source de financement de l'Action sociale 67% contre 6% pour les PTF et les 27% sont à rechercher, notamment auprès des collectivités territoriales, des PTF, du secteur privé, etc.



**Figure 4 : Budget global du PSDSAS 20-24 selon la source de financement**

VII.3.1.4 **Présentation des sources de financement du plan global en fonction de la nature de dépense**

VII.3.1.4.1 **Présentation des Sources de financement du plan en fonction du budget d'investissement du PSDSAS 20-24**

**Tableau 6** : Source de financement de l'investissement du budget global du PSDSAS 20-24

| Sources de financement | 2020                 | 2021                 | 2022                 | 2023                 | 2024                 | Total                 | % du budget |
|------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|-----------------------|-------------|
| ETAT                   | 805 153 697          | 2 878 364 088        | 2 371 544 181        | 1 827 429 017        | 1 651 291 629        | 9 533 782 612         | 58,6%       |
| PTF                    | 135 000 000          | 640 142 099          | 415 000 000          | 365 000 000          | 355 000 000          | 1 910 142 099         | 11,7%       |
| A rechercher           | 80 000 000           | 3 167 952 500        | 590 000 000          | 487 500 000          | 502 500 000          | 4 827 952 500         | 29,7%       |
| <b>Total général</b>   | <b>1 020 153 697</b> | <b>6 686 458 687</b> | <b>3 376 544 181</b> | <b>2 679 929 017</b> | <b>2 508 791 629</b> | <b>16 271 877 211</b> |             |

En l'état la principale source de financement de l'investissement global du plan (16 271 877 211 F/CFA) se trouve être l'Etat (59%), contre 12% pour les PTF.

VII.3.1.4.2 **Présentation des Sources de financement du plan en fonction du budget de fonctionnement du PSDSAS 20-24**

**Tableau 7** : Source de financement du fonctionnement du budget global du PSDSAS 20-24

| Sources de financement | 2020                 | 2021                 | 2022                 | 2023                 | 2024                 | Total                 | % du budget |
|------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|-----------------------|-------------|
| ETAT                   | 1 760 470 400        | 2 200 571 200        | 2 402 186 811        | 2 486 854 416        | 2 517 911 225        | 11 367 994 052        | 65%         |
| PTF                    | 76 775 200           | 132 286 075          | 62 036 300           | 69 576 325           | 23 975 200           | 364 649 100           | 2%          |
| A rechercher           | 685 354 950          | 1 468 387 025        | 1 162 707 244        | 1 256 838 665        | 1 128 876 159        | 5 702 164 043         | 33%         |
| <b>Total général</b>   | <b>2 522 600 550</b> | <b>3 801 244 300</b> | <b>3 626 930 355</b> | <b>3 813 269 406</b> | <b>3 670 762 584</b> | <b>17 434 807 195</b> |             |

L'Etat constitue la principale source de financement du fonctionnement du sous-secteur de l'Action sociale à hauteur de 65% contre 2% pour les PTF. Le reste du budget est à rechercher.



**VII.3.1.5 Situation des projets du sous-secteur de l'Action social**

**Tableau 8 : Situation des projets du sous-secteur de l'Action social**

| Projet de la DGAS   | 2020        |         | 2021        |          | 2022        |        | 2023        |        | 2024        |        | Total         | % du budget |
|---|-------------|---------|-------------|----------|-------------|--------|-------------|--------|-------------|--------|---------------|-------------|
|   | Montant     | %       | Montant     | %        | Montant     | %      | Montant     | %      | Montant     | %      |               |             |
| Projet d'appui à la promotion des aînés                                       | 148 415 092 | -12,78% | 151 383 394 | 2,00%    | 157 438 730 | 4,00%  | 164 523 472 | 4,50%  | 172 749 646 | 5,00%  | 794 510 334   | 8%          |
| Projet d'autonomisation des familles dans les villages de reclassement social | 142 786 900 | -21,65% | -           | -100,00% | -           | 0,00%  | -           | 0,00%  | -           | 0,00%  | 142 786 900   | 2%          |
| Projet de production des cartes d'égalité des chances                         | 62 233 625  | -6,65%  | 67 991 420  | 9,25%    | 105 361 293 | 54,96% | 140 646 353 | 33,49% | 162 240 014 | 15,35% | 538 472 705   | 6%          |
| Projet de réadaptation à base communautaire handicapés                        | 226 072 140 | -15,75% | 230 593 583 | 2,00%    | 246 735 134 | 7,00%  | 261 539 242 | 6,00%  | 274 616 204 | 5,00%  | 1 239 556 302 | 13%         |
| Construction et réhabilitation de diverses structures sociales                | 117 000 000 | 0,00%   | -           | -100,00% | -           | 0,00%  | -           | 0,00%  | -           | 0,00%  | 117 000 000   | 1%          |

|  |                    |       |                      |          |                      |         |                      |         |                      |         |                      |     |
|--|--------------------|-------|----------------------|----------|----------------------|---------|----------------------|---------|----------------------|---------|----------------------|-----|
| Projet d'extension et de mise à niveau des services déconcentrés de la DGAS                                | 54 322 970         | 0,00% | -                    | -100,00% | -                    | 0,00%   | -                    | 0,00%   | -                    | 0,00%   | 54 322 970           | 1%  |
| Projet d'autonomisation des personnes affectées par la lèpre et familles                                   | -                  |       | 246 752 500          |          | 251 687 550          | 2,00%   | 256 721 301          | 2,00%   | 261 855 727          | 2,00%   | 1 017 017 078        | 11% |
| Projet de mise en œuvre de la loi d'orientation sociale  | -                  |       | 1 064 500 000        |          | 532 250 000          | -50,00% | 159 675 000          | -70,00% | -                    | 100,00% | 1 756 425 000        | 18% |
| Projet de mise en œuvre du plan stratégique de l'Action sociale  | -                  |       | 733 900 000          |          | 366 950 000          | -50,00% | 110 085 000          | -70,00% | 22 017 000           | -80,00% | 1 232 952 000        | 13% |
| Projet de prise en charge socio-sanitaire des indigents et groupes vulnérables                             | -                  |       | 401 400 000          |          | 409 428 000          | 2,00%   | 419 663 700          | 2,50%   | 429 315 965          | 2,30%   | 1 659 807 665        | 17% |
| Projet de prévention de l'usage de drogues et de prise en charge socio-sanitaire des dépendants au Sénégal | -                  |       | 86 400 000           |          | 88 128 000           | 2,00%   | 90 331 200           | 2,50%   | 93 041 136           | 3,00%   | 357 900 336          | 4%  |
| Programme enfance déshéritée   | 50 000 000         | 0,00% | 52 500 000           | 5,00%    | 55 125 000           | 5,00%   | 57 881 250           | 5,00%   | 60 775 313           | 5,00%   | 276 281 563          | 3%  |
| Prise en charge médicale   | 59 275 000         | 0,00% | 62 238 750           | 5,00%    | 65 350 688           | 5,00%   | 68 618 222           | 5,00%   | 72 049 133           | 5,00%   | 327 531 792          | 3%  |
| <b>Total</b>   | <b>860 105 727</b> |       | <b>3 097 659 647</b> |          | <b>2 278 454 393</b> |         | <b>1 729 684 740</b> |         | <b>1 548 660 138</b> |         | <b>9 514 564 644</b> |     |

Le budget global (BG) du plan stratégique du sous-secteur de l'Action sociale est estimée à 38 454 954 918 F/CAF. Ce budget est la somme de ses deux composantes, à savoir le budget de base (13 441 071 097 F/CFA soit 35% du BG) et le budget de développement (25 013 883 821 F/CFA soit 65% du BG).

Ce budget traduit les ambitions du sous-secteur de l'Action sociale sur la période 2020-2024.

Ces ambitions se résument dans le domaine de la protection sociale, en termes de positionnement du sous-secteur après le départ de l'ACMU, la PEC des IGV et de leur autonomisation, la contribution du sous-secteur dans le relèvement des trois défis du système de santé à savoir : le défi épidémiologique, le défi organisationnel et le défi de financement.

La distribution du budget selon les années révèle que le tiers du budget (30%) se retrouve en 2021 contre 11% en 2020. Ce qui représente une majoration budgétaire en valeur absolue de 167% entre 2020 et 2021. Les facteurs explicatifs sont à rechercher du côté de l'environnement épidémiologique avec la survenue de la pandémie à la Covid-19 en 2020 qui a mobilisé toutes les ressources et la volonté de résorption du gap de développement du sous-secteur de l'Action sociale. L'évolution du budget des trois dernières années semble suivre la cohérence d'ensemble.

Par ailleurs, il est important de faire remarquer que l'Etat constitue la principale source de financement de l'Action sociale (67%) contre 6% pour les PTF. Pour ce cycle de planification, 73% du budget sont disponibles. Seuls 27% sont à rechercher auprès des autres partenaires.

La volonté de positionnement dans le champ de la protection sociale et de la socialisation de l'approche résolutive des problèmes de santé et les implications en termes d'infrastructures, de couverture et de financement déterminent le poids des investissements (42%) dans le budget global du plan. La distribution du budget d'investissement selon les sources de financement fait apparaître l'Etat comme principale source de financement de l'investissement à hauteur de 58,6%, 11,7% pour les PTF et les 29,7% sont à rechercher.

### VII.3.2 Présentation et analyse du budget de base :

Le budget de base constitue le budget de l'Action sociale avant le processus de planification. Il correspond au budget de l'année 2020 de la DGAS et au montant budgétaire notifié par le MFB sur la période 2021-2023. Le budget de l'année 2024 a fait l'objet d'une projection. Ce budget est loin de traduire les ambitions de l'Action sociale suite à son retour au MSAS depuis 2012 et aux nouvelles orientations du PNDSS à travers le programme IV. L'évolution budgétaire se fera selon des proportions tenant compte des grandes tendances imposées par l'environnement socio-économique du pays. Les investissements du budget de développement correspondent en réalité aux investissements des projets de la DGAS. Cette présentation du budget est ainsi voulue pour mettre en exergue les réelles exigences budgétaires de la mise à niveau du sous-secteur de l'Action sociale que le budget de base ne peut pas couvrir. Cependant, il constitue une composante à ne pas négliger.

#### VII.3.2.1 Présentation du budget de base (BB) du PSDSAS 20-24

**Tableau 9:** Budget de base du PSAS 20-24

|  | 2020          | 2021          | 2022          | 2023          | 2024          | Total          |
|--|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|----------------|
| <b>Total</b>                               | 2 035 101 127 | 2 301 238 369 | 2 821 291 429 | 3 035 478 344 | 3 247 961 828 | 13 441 071 097 |
| <b>Proportion</b>                          | 15%           | 17%           | 21%           | 23%           | 24%           |                |
| <b>Evolution par rapport à l'année n-1</b> | 8,99%         | 13,08%        | 22,60%        | 7,59%         | 7,00%         |                |

Un effort exceptionnel semble s'enclencher à partir de 2020.

VII.3.2.2 **Présentation du budget de base selon la nature de dépense**

**Tableau 10 : Budget de base du PSDSAS 20-24 par nature de dépense**

| Nature de dépenses                | 2020                 |        | 2021                 |         | 2022                 |        | 2023                 |       | 2024                 |       | Total                 | % du budget |
|-----------------------------------|----------------------|--------|----------------------|---------|----------------------|--------|----------------------|-------|----------------------|-------|-----------------------|-------------|
|                                   |                      |        |                      |         |                      |        |                      |       |                      |       |                       |             |
| <b>Dépenses de fonctionnement</b> | 581 870 400          | 37,57% | 846 913 400          | 45,55%  | 1 163 286 811        | 37,36% | 1 247 954 416        | 7,28% | 1 335 311 225        | 7,00% | 5 175 336 252         | 39%         |
| <b>Investissements</b>            | 750 830 727          | -4,34% | 596 324 969          | -20,58% | 663 209 557          | 11,22% | 728 067 188          | 9,78% | 779 031 891          | 7,00% | 3 517 464 332         | 26%         |
| <b>Dépenses de personnel</b>      | 702 400 000          | 6,52%  | 858 000 000          | 22,15%  | 994 795 061          | 15,94% | 1 059 456 740        | 6,50% | 1 133 618 712        | 7,00% | 4 748 270 513         | 35%         |
| <b>Total</b>                      | <b>2 035 101 127</b> |        | <b>2 301 238 369</b> |         | <b>2 821 291 429</b> |        | <b>3 035 478 344</b> |       | <b>3 247 961 828</b> |       | <b>13 441 071 097</b> |             |

Les investissements représentent 39% du budget de base. Les investissements du budget de base représentent 21.61% du budget global des investissements du PSAS 2020-2024.

### VII.3.2.3 Présentation du budget de base selon le domaine d'intervention

| Evolution budget par rubrique 2020-2024 |                      |                      |                      |                      |                      |
|---|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Rubrique de dépense                     | 2020                 | 2021                 | 2022                 | 2023                 | 2024                 |
| <b>Total général</b>                    | <b>1 417 653 625</b> | <b>1 488 536 306</b> | <b>1 562 963 121</b> | <b>1 641 111 277</b> | <b>1 723 000 000</b> |

#### VII.3.2.4

**Tableau 11 : Budget de base du PSDSAS 20-24 par domaine d'intervention**

|  | 2020                 | 2021                 | 2022                 | 2023                 | 2024                 | Total                 | % du budget |
|--|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|-----------------------|-------------|
| <b>Pilotage gestion coordination suivi évaluation et recherche</b> | 1 346 318 370        | 1 590 174 650        | 2 037 606 185        | 2 180 911 684        | 2 336 105 491        | 9 491 116 380         | 70,61%      |
| <b>Assistance médicale et sociale</b>                              | 121 508 625          | 130 230 170          | 170 711 980          | 209 264 575          | 234 289 147          | 866 004 497           | 6,44%       |
| <b>Autonomisation des personnes et groupes vulnérables</b>         | 567 274 132          | 580 833 549          | 612 973 264          | 645 302 085          | 677 567 189          | 3 083 950 220         | 22,94%      |
| <b>Total</b>   | <b>2 035 101 127</b> | <b>2 301 238 369</b> | <b>2 821 291 429</b> | <b>3 035 478 344</b> | <b>3 247 961 828</b> | <b>13 441 071 097</b> |             |

La distribution du budget en fonction des différents domaines d'intervention de l'Action sociale attribue au pilotage un poids de 70.61%, 6.44% à l'assistance médico-sociale et 22,94% à l'autonomisation des groupes vulnérables

#### VII.3.2.5 Par source de financement

La source de financement de la totalité du budget de base est l'Etat.

| Evolution budget par rubrique 2020-2024 |                      |                      |                      |                      |                      |
|---|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Rubrique de dépense                     | 2020                 | 2021                 | 2022                 | 2023                 | 2024                 |
| <b>Total général</b>                    | <b>1 417 653 625</b> | <b>1 488 536 306</b> | <b>1 562 963 121</b> | <b>1 641 111 277</b> | <b>1 723 000 000</b> |

|  | 2020          | 2021          | 2022          | 2023          | 2024          | Total          |
|--|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|----------------|
| <b>Budget</b>                              | 2 210 053 120 | 9 044 464 618 | 5 176 978 168 | 4 517 176 819 | 4 065 211 096 | 25 013 883 821 |
| <b>Proportion</b>                          | 9%            | 36%           | 36%           | 18%           | 16%           |                |
| <b>Evolution par rapport à l'année n-1</b> |               | 309,24%       | -42,76%       | -12,74%       | -10,01%       |                |

### VII.3.3 Présentation et analyse du budget de développement

#### VII.3.3.1 Présentation du budget de développement

**Tableau 12** : Budget de développement du PSDSAS 20-24

Le budget de développement traduit les ambitions sectorielles de l'Action sociale à travers le PNDSS 2019-2028 et les exigences de la mise à niveau de ce sous-secteur pour pouvoir s'aligner à l'élan actuel du sous-secteur de la santé et leur apporter une valeur ajoutée certaine dans la résolution des problèmes. Cette mise à niveau a des implications certaines en termes d'organisation, d'investissement, de gouvernance/fonctionnement pour jouer pleinement leur partition dans le relèvement des défis interpellant le système de santé et d'action sociale.

Le budget de développement, un budget de montée en puissance, représente un poids de 65% par rapport au budget global du PSAS 2020-2024.

Le budget de l'année 2020 constitue une information aberrante par rapport à l'évolution du budget des autres années en valeur absolue et relative. L'explicatif se retrouve dans le souci de contextualisation de l'année par rapport au faciès épidémiologique de celle-ci à travers la pandémie à la Covid-19.



### VII.3.3.2 Présentation du budget de développement selon la nature de dépense

**Tableau 13 :** Budget de développement du PSDSAS 20-24 par nature de dépense

| Nature de dépense             | 2020                 | 2021                 | 2022                 | 2023                 | 2024                 | Total                 | % du budget |
|-------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|-----------------------|-------------|
| <b>Dépense fonctionnement</b> | 1 940 730 150        | 2 954 330 900        | 2 463 643 544        | 2 565 314 990        | 2 335 451 359        | 12 259 470 943        | 49%         |
| <b>Investissement</b>         | 269 322 970          | 6 090 133 718        | 2 713 334 624        | 1 951 861 829        | 1 729 759 738        | 12 754 412 879        | 51%         |
| <b>Total</b>                  | <b>2 210 053 120</b> | <b>9 044 464 618</b> | <b>5 176 978 168</b> | <b>4 517 176 819</b> | <b>4 065 211 096</b> | <b>25 013 883 821</b> |             |

Les dépenses d'investissement représentent 51% du budget de développement, 78% du budget global d'investissement et 33% du budget global du plan.

### VII.3.3.3 Présentation du budget de développement selon le domaine d'intervention

**Tableau 14 :** Budget de développement du PSDSAS 20-24 par domaine d'intervention

| Domaine d'intervention   | 2020                 | 2021                 | 2022                 | 2023                 | 2024                 | Total                 | % du budget |
|--|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|-----------------------|-------------|
| <b>Pilotage gestion coordination suivi évaluation et recherche</b> | 2 185 053 120        | 8 002 912 118        | 4 120 734 618        | 3 443 460 618        | 2 973 998 268        | 20 726 158 742        | 83%         |
| <b>Assistance médicale et sociale</b>                              | 25 000 000           | 794 800 000          | 804 556 000          | 816 994 900          | 829 357 101          | 3 270 708 001         | 13%         |
| <b>Autonomisation des personnes et groupes vulnérables</b>         | -                    | 246 752 500          | 251 687 550          | 256 721 301          | 261 855 727          | 1 017 017 078         | 4%          |
| <b>Total</b>   | <b>2 210 053 120</b> | <b>9 044 464 618</b> | <b>5 176 978 168</b> | <b>4 517 176 819</b> | <b>4 065 211 096</b> | <b>25 013 883 821</b> |             |

La répartition du BD selon les domaines d'intervention du sous-secteur de l'Action sociale donne la clé suivante : Gouvernance 83%, Assistance médico-sociale 13% et 4% Autonomisation.

### VII.3.3.4 Présentation du budget de développement selon la source de financement

**Tableau 15** : Budget de développement du PSDSAS 20-24 par source de financement

| Sources de financement | 2020                 | 2021                 | 2022                 | 2023                 | 2024                 | Total                 | % du budget |
|------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|-----------------------|-------------|
| Etat                   | 1 232 922 970        | 3 635 696 919        | 2 947 234 624        | 2 338 261 829        | 2 054 859 738        | 12 208 976 080        | 49%         |
| PTF                    | 211 775 200          | 772 428 174          | 477 036 300          | 434 576 325          | 378 975 200          | 2 274 791 199         | 9%          |
| A rechercher           | 765 354 950          | 4 636 339 525        | 1 752 707 244        | 1 744 338 665        | 1 631 376 159        | 10 530 116 543        | 42%         |
| <b>Total</b>           | <b>2 210 053 120</b> | <b>9 044 464 618</b> | <b>5 176 978 168</b> | <b>4 517 176 819</b> | <b>4 065 211 096</b> | <b>25 013 883 821</b> |             |

Les 49% du financement du BD sont attendus de l'Etat, contre 9% des PTF. Le gap de financement à rechercher est de 42%.

### VII.3.3.5 Source de financement par nature de dépense

#### VII.3.3.5.1 Présentation du budget d'investissement du BD selon la source de financement,

**Tableau 16** : Source de financement de l'investissement du budget de développement du PSAS 20-24

| Sources de financement | 2020               | 2021                 | 2022                 | 2023                 | 2024                 | Total                 | % du budget |
|------------------------|--------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|-----------------------|-------------|
| Etat                   | 54 322 970         | 2 282 039 119        | 1 708 334 624        | 1 099 361 829        | 872 259 738          | 6 016 318 280         | 47%         |
| PTF                    | 135 000 000        | 640 142 099          | 415 000 000          | 365 000 000          | 355 000 000          | 1 910 142 099         | 15%         |
| A rechercher           | 80 000 000         | 3 167 952 500        | 590 000 000          | 487 500 000          | 502 500 000          | 4 827 952 500         | 38%         |
| <b>Total</b>           | <b>269 322 970</b> | <b>6 090 133 718</b> | <b>2 713 334 624</b> | <b>1 951 861 829</b> | <b>1 729 759 738</b> | <b>12 754 412 879</b> |             |

Le financement des investissements du BD est assurée par l'Etat à hauteur de 47% et les PTF à 15%. Le gap de financement est estimé à 38%.

### VII.3.3.5.2 Présentation du budget de fonctionnement du BD selon la source de financement,

**Tableau 17** : Source de financement du fonctionnement du budget de développement du  
PSDSAS 20-24

| Sources de financement | 2020                 | 2021                 | 2022                 | 2023                 | 2024                 | Total                 | % du budget |
|------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|-----------------------|-------------|
| Etat                   | 1 178 600 000        | 1 353 657 800        | 1 238 900 000        | 1 238 900 000        | 1 182 600 000        | 6 192 657 800         | 51%         |
| PTF                    | 76 775 200           | 132 286 075          | 62 036 300           | 69 576 325           | 23 975 200           | 364 649 100           | 3%          |
| A rechercher           | 685 354 950          | 1 468 387 025        | 1 162 707 244        | 1 256 838 665        | 1 128 876 159        | 5 702 164 043         | 47%         |
| <b>Total</b>           | <b>1 940 730 150</b> | <b>2 954 330 900</b> | <b>2 463 643 544</b> | <b>2 565 314 990</b> | <b>2 335 451 359</b> | <b>12 259 470 943</b> |             |

Un peu plus de la moitié du fonctionnement est assuré par l'Etat (51%) et les PTF contribuent à hauteur de 3%.

### VII.3.3.6 Budget de développement selon l'orientation stratégique

**Tableau 18** : Budget de développement du plan stratégique de l'Action sociale 2020-2024 par  
orientation stratégique

| Orientations stratégiques  | 2020                 | 2021                 | 2022                 | 2023                 | 2024                 | Total                 | % du budget |
|--|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|-----------------------|-------------|
| <b>Orientations stratégiques 1 :</b><br>Renforcement de la gouvernance du sous-secteur   | 1 799 664 700        | 4 177 199 700        | 3 145 291 175        | 2 419 159 750        | 2 100 116 750        | 13 641 432 075        | 55%         |
| <b>Orientations stratégiques 2 :</b><br>Amélioration qualitative et quantitative de l'offre et la demande de services d'Action sociale | 322 888 420          | 4 532 264 918        | 1 937 186 993        | 2 003 517 069        | 1 870 594 346        | 10 666 451 746        | 43%         |
| <b>Orientations stratégiques 3 :</b><br>Renforcement de la dynamique partenariale, de la recherche et de la communication              | 87 500 000           | 335 000 000          | 94 500 000           | 94 500 000           | 94 500 000           | 706 000 000           | 3%          |
| <b>Total</b>   | <b>2 210 053 120</b> | <b>9 044 464 618</b> | <b>5 176 978 168</b> | <b>4 517 176 819</b> | <b>4 065 211 096</b> | <b>25 013 883 821</b> |             |

La distribution du BD en fonction des trois orientations stratégiques du plan nous donne la répartition suivante.

- L'OS1 : Renforcement de la gouvernance du sous-secteur, représente 55% du BG ;
- L'OS2 : Amélioration qualitative et quantitative de l'offre et la demande de services d'Action sociale, représente 43% du BG ;
- L'OS3 : Renforcement de la dynamique partenariale, de la recherche et de la communication, représente 3% du BG.

Le poids budgétaire des deux premières orientations stratégiques est en adéquation avec les ambitions du sous-secteur en termes d'approche sectorielle de l'Action sociale et de contribution dans le relèvement des défis du système de santé. En effet, les prétentions actuelles exigent : i) l'amélioration de la gouvernance sociale ; ii) une bonne couverture du pays en infrastructures sociales ; iii) un bon niveau d'équipement ; iv) un élargissement du menu de prestations de l'Action sociale.

## VIII. Conclusion

Le sous-secteur de l'Action sociale vient ainsi d'entrer en possession d'un nouvel instrument de développement à travers le « Plan Stratégique de Développement du sous-secteur de l'Action sociale (PSDSAS) pour l'horizon 2020-2024 ».

Il est important de noter cette ferme volonté du département de la santé et de l'Action sociale de faire recours à l'approche sectorielle pour apporter à la santé un nouvel élan dans la résolution des problèmes selon les grandes orientations stratégiques du PNDSS 2019/2028 par le biais de la couverture sanitaire universelle.

Les gaps de développement sont immenses et justifiant cette présentation budgétaire en individualisant le Budget dit de développement (ou de montée en puissance) pour mieux mettre en exergue les exigences de cette approche de planification tenant en compte des attentes du département en termes de protection sociale à travers le programme IV du DPPD.

Cette planification a le mérite de structurer les interventions de la DGAS, dans le contexte des réformes budgétaires, en domaines d'intervention pour une meilleure lisibilité des actions.

## DOCUMENTS ANNEXES

### I. Annexe I : Documents de référence ;

- Plan National de Développement Sanitaire et Social PNDSS/MSAS, 2019-2028 ;
- Document de Programmation Pluriannuelle des Dépenses DPPD/MSAS, 2018- 2021 ;
- Plan Sénégal Emergent ;
- Lettre de Politique Sectorielle et de Développement de la santé et de l'Action sociale.
- Recommandations des Assises nationales de l'Action sociales/M.F.S.N.EF.M/2009.
- Stratégie Nationale de Financement de la Sante pour tendre vers la Couverture Sanitaire Universelle/MSAS/2017.

### II. Annexe II : Définition de concepts utilisés dans le cadre de l'action sociale

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

**Exclusion sociale** : Le modèle républicain d'intégration est caractérisé par un Etat central fort, qui exclut les citoyens qui ne peuvent se maintenir dans le système normatif institutionnalisé et à les stigmatiser.

- Le terme exclusion met l'accent sur l'extension des franges de population reléguées hors du jeu social et le plus souvent identifiées en terme de manque de qualification, de travail, de logement, de ressources, etc.
- L'exclusion traduit l'échec des formes de médiation sociale et institutionnelle, mises en place pour parer à la nature des rapports sociaux inégalitaires.

**Famille** : La famille est une communauté basée sur les liens de sang et d'alliance, qui rendent légitime la solidarité familiale et constituent le ciment de la famille élargie. Elle a pour but essentiel la promotion, la protection des droits et des intérêts matériels et moraux de ses membres, contre les exclusions et la maltraitance, ainsi que la compensation de la perte d'autonomie et l'inadaptation sociale.

La famille est définie, en termes d'intervention, comme une unité sociale assurant les fonctions de production, de socialisation, de promotion de la protection sociale, et de renforcement de la solidarité.

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

**L'aide sociale :** C'est un dispositif de mise en relation entre une personne, une famille, un groupe ou une communauté ayant un besoin d'aide et un professionnel, dans un processus d'autonomisation, basé sur leurs ressources, leur définition et leurs valeurs socioculturelles, dans le cadre de mécanismes formels ou informels d'insertion ou de réadaptation propres à une société donnée à un moment déterminé.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**La prévention :** En termes d'intervention sociale, la prévention est structurée autour du concept de risque, qui est le produit d'une situation et non le résultat des caractéristiques d'une population. La prévention ne vise donc pas à changer les comportements d'une population, mais plutôt à changer la situation facteur de risque, ce qui revient en matière de santé, à agir principalement sur les déterminants sociaux, relevant du champ de compétence de l'Action sociale. Dans le même sillage, la notion de prévention devrait se n'inscrire non pas sur une tradition négative, faite d'interdits et de menaces, mais plutôt sur une politique de promotion de la santé. Cette dernière sera considérée, à la fois comme l'épanouissement de chacun et de tous, comme une réduction des inégalités et comme la possibilité donnée à chacun de gérer les



contradictions de la vie, sans trop d'atteinte à ses capacités personnelles .Il s'agit enfin d'une approche holistique, qui passe nécessairement par le développement des connaissances et des compétences, mais également et surtout, par le renforcement de la capacité globale de la communauté, à protéger et à s'occuper des groupes vulnérables, en partenariat de construction avec les services destinés aux familles et aux personnes vulnérables, confrontés à des difficultés, en vue de changer leurs situations.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- Le désir de l'Etat de faire autrement du fait de la crise;
- La nécessité de créer des plans locaux sectoriels;

- La décision prise par l’Autorité de faire passer les activités de service du statut de pratique marginale et peu normé à celui d’élément central et standardisé des rapports entre services publics et O.C.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- Un espace de fondation qui impose une clarification conceptuelle ;
- Un espace d'investissement des subjectivités et des représentations assurées par les techniques de répartition ;

- Un espace de doute qui traduit la perpétuelle interrogation sur l'utilité éventuelle du sacrifice pour autrui.

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

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

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

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

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

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

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

- Ces actions associent aux efforts de pouvoirs publics les efforts propres de la communauté et de ses leaders dont on stimule la prise de conscience de leurs problèmes et leur participation aussi active que possible;
- Elles visent une promotion globale de la communauté et s'intègrent dans un plan de développement équilibré, appelant le concours d'administrateurs et de techniciens de diverses disciplines.

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

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

1. Acte administratif d'élaboration du plan ?