



Mémoire Présentée
par Cheikh Oumar
NDIAYE

ECOLE NATIONALE
D'ECONOMIE
APPLIQUEE

**Décentralisation et analyse de la
participation communautaire dans la mise
en oeuvre d'un programme de santé : cas
du programme de renforcement de la
nutrition dans le district sanitaire urbain
de Diourbel**

Mars 2008

01 DEC 2008

0403.03
NDI
14205

REPUBLIQUE DU SENEGAL
Un Peuple, Un But, Une Foi

MINISTERE DE L'EDUCATION

ECOLE NATIONALE D'ECONOMIE APPLIQUEE

DEPARTEMENT DE L'AMENAGEMENT DU TERRITOIRE, DE
L'ENVIRONNEMENT ET DE LA GESTION URBAINE



DECENTRALISATION ET ANALYSE DE LA PARTICIPATION
COMMUNAUTAIRE DANS LA MISE EN ŒUVRE D'UN PROGRAMME DE
SANTÉ : CAS DU PROGRAMME DE RENFORCEMENT DE LA NUTRITION
DANS LE DISTRICT SANITAIRE URBAIN DE DIOURBEL

Mémoire de fin d'études Présenté par
Cheikh Oumar NDIAYE

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etudes Supérieures
Spécialisées en Aménagement du Territoire,
Décentralisation et Développement Territorial.
Avec l'appui du **programme de petites subventions du
CODESRIA**

(5^{ème} Promotion du DESS)

Directeur de Mémoire
Dr Ibrahima HATHIE

Directeur de Stage
Mme Néné Hawa SY

Mars 2008

DEDIDACE

Je dédie ce modeste travail à mon Père Boubacar NDIAYE.

Paix à son âme et qu'Allah lui réserve le Paradis Eternel, Amen.

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

REMERCIEMENTS

Au nom d'Allah Le Tout Puissant et Le Tout Miséricordieux.

Par la grâce de son prophète Muhammad (PSL)

Je tiens à remercier tous ceux qui ont contribué à l'élaboration de ce mémoire à savoir :

◀ Dr Ibrahima HATHIE, qui a su diriger ce travail avec beaucoup de lucidité et de clairvoyance ;

◀ Dr Biram NDIAYE de la cellule de lutte contre la malnutrition et Mme Néné Hawa SY du Bureau exécutif Régional du PRN de Thiès ;

◀ le programme de petites subventions du CODESRIA pour les appuis multiformes qui nous ont permis d'améliorer sensiblement les conditions de cette recherche ;

◀ ma mère pour ses bénédictions;

◀ mes frères et sœurs, que le Seigneur guide vos pas ;

◀ mes amis de tous les jours : Cellou BA, Oumar El Foutiyou BA, Ababacar DIALLO, Seydou DIALLO, Dr Mor DIAW, Leroux DRAME, Mamadou KHOUMA, Djibril SOW et Dr Sidiki SY ;

◀ MM Mahime NDIAYE et Ibrahima NDONG pour la solidarité qui nous a permis de relever le défi de l'éloignement;

◀ MM Moctar DIAGNE, Seybatou DIEYE, Ousmane DIOUF et Philippe DIOUF, de la Direction de l'Aménagement du Territoire ;

◀ Rokhaya, Maïram, Papa Boubacar, Habibatou Oumar et Fatima Oumar pour tous les sacrifices consentis. Votre joie de vivre m'a insufflé l'énergie nécessaire pour aller au bout de ce travail ;

◀ tous mes camarades de la V^e promotion du DESS/ADT de l'ENEA et de la promotion 2004-2006 de l'ENA ;

◀ toute l'administration de l'ENEA.

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES.....	IV
INTRODUCTION.....	1
PARTIE I. CADRE DE REFERENCE DE L'ETUDE.....	4
CHAPITRE 01 CADRE THEORIQUE.....	5
Section 1 REVUE DE LA LITTERATURE.....	5
Section 2 LES CONCEPTS DE L'ANALYSE.....	9
Sous Section 1 La malnutrition.....	10
Sous Section 2 Le district sanitaire.....	11
Sous Section 3 La décentralisation.....	12
Sous Section 4 Le développement local.....	13
Sous Section 5 La participation.....	14
Sous Section 6 Effets et impacts.....	14
CHAPITRE 02 PROBLEMATIQUE.....	17
CHAPITRE 03 CADRE OPERATOIRE.....	24
Section 3 OBJECTIFS.....	25
Section 4 HYPOTHESES.....	25
Section 5 VARIABLES ET INDICATEURS.....	25
CHAPITRE 04 METHODOLOGIE.....	26
Section 6 RECHERCHE DOCUMENTAIRE.....	27
Section 7 CHOIX DES INSTRUMENTS DE COLLECTE DE DONNEES.....	28
Section 8 ECHANTILLONNAGE.....	29
Sous Section 7 Base de sondage.....	29
Sous Section 8 Détermination de l'échantillon.....	29
Section 9 ENQUETE.....	32
Section 10 TRAITEMENT DES DONNEES.....	33
Section 11 LIMITES DE LA RECHERCHE.....	34
PARTIE II. RESULTATS DE L'ETUDE.....	36
CHAPITRE 05 CADRE DE L'ETUDE.....	37
Section 12 LE MILIEU BIOPHYSIQUE.....	38
Sous Section 9 Situation géographique.....	38
Sous Section 10 Climat, sols, végétation et hydrologie..	41
Section 13 : DEMOGRAPHIE ET ORGANISATION	
ADMINISTRATIVE.....	44
Sous Section 11 Le découpage administratif.....	44
Sous Section 12 Une population jeune et très inégalement	
répartie.....	46
Section 14 : UNE DYNAMIQUE COMMUNAUTAIRE	
ESENTIELLEMENT ORIENTEE VERS LA PROMOTION DES	
ACTIVITES SOCIOECONOMIQUES.....	47
Sous Section 13 Les associations de développement.....	48
Sous Section 14 Les G.I.E et les G.P.F.....	48
Sous Section 15 Les programmes de santé.....	48
Section 15 : UNE ECONOMIE A BASE AGRICOLE ET ORIENTEE	
VERS L'ACTIVITE COMMERCIALE.....	49
Sous Section 16 Des ressources minières quasi	
inexistantes.....	50

Sous Section 17 L'industrie et l'artisanat.....	50
Sous Section 18 Le commerce.....	50
Sous Section 19 L'agriculture, l'élevage et la gestion des ressources naturelles.....	51
Section 16 LE PRN DANS LE DISPOSITIF SANITAIRE DU DISTRICT	52
Sous Section 20 le schéma institutionnel du PRN.....	56
Paragraphe 1 La stratégie : le faire faire.....	56
Paragraphe 2 Les intervenants de terrain.....	57
Sous Section 21 La mise en œuvre du PRN.....	58
Paragraphe 3 Les aspects nutritionnels	58
Paragraphe 4 Les aspects opérationnels	59
CHAPITRE 06 PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS.....	62
Section 17 LES MENAGES	62
Section 18 EVACUATION DES ORDURES MENAGERES	64
Section 19 GESTION DES EAUX DOMESTIQUES	68
Section 20 ORGANISATION COMMUNAUTAIRE	73
Section 21 ACTIONS ENTREPRISES	75
PARTIE III. VERS UNE ORGANISATION COMMUNAUTAIRE AU SERVICE DU DEVELOPPEMENT LOCAL.....	83
CHAPITRE 07 DES AVANCEES ORGANISATIONNELLES INDENIABLES MALGRE CERTAINS FACTEURS DE BLOCAGE.....	84
Section 22 LES PROGRES	85
Section 23 LES ELEMENTS D'INERTIE	86
CHAPITRE 08 ENJEUX AUTOUR DE L'APPROCHE COMMUNAUTAIRE DE LA NUTRITION.....	86
Section 24 LA CONQUETE DES CENTRES LOCAUX DE DECISION	87
Section 25 L'APPROCHE PROGRAMME EN QUESTION	88
Section 26 LA PERCEPTION DES MALADIES DE L'ENFANT ...	89
CHAPITRE 09 RECOMMANDATIONS PRATIQUES	90
Section 27 LA COLLECTIVTE LOCALE, PORTE D'ENTREE DES INTERVENTIONS	91
Section 28 VALORISER LA PLACE DU COMITE DE QUARTIER .	92
CONCLUSION.....	94
ANNEXES	I

LISTE DES ABREVIATIONS

AEC	Agence d'Exécution Communautaire.
ARMD	Projet d'Appui à la Région Médicale de Diourbel.
ANSD	Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie.
BER	Bureau Exécutif Régional.
CESAG	Centre Africain d'Etudes Supérieures en Gestion.
CEPIC	Consortium d'Etudes et de Promotion Industrielle et Commerciale.
CLM	Cellule de Lutte contre la Malnutrition.
CODESRIA	Conseil pour le Développement de la Recherche en Sciences Sociales.
DRDR	Direction Régionale du Développement Rural.
DSRP	Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté.
EMUS	Enquête Migration et Urbanisation du Sénégal.
ENA	Ecole Nationale d'Administration.
ENEA	Ecole Nationale d'Economie Appliquée.
GIE	Groupement d'Intérêt Economique.
GPF	Groupement de Promotion Féminine
GTZ	Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit.
ISADE	Institut Supérieur Africain pour le Développement de l'Entreprise.
INSEE	Institut National de Statistiques et d'Etudes Economiques.
KFW	Kreditanstalt Für Wiederaufbau.
OCB	Organisation Communautaire de Base.
OMS	Organisation Mondiale de la Santé.
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant.
PHR	Partnerships for Health Reform.
PNAT	Plan National d'Aménagement du Territoire.
PNC	Projet de Nutrition Communautaire.
PNDSS	Plan National de Développement Sanitaire et Social.
PPNS	Projet de Promotion de la Nutrition au Sénégal.
PPP	Partenariat Public Privé.
PRN	Programme de Renforcement de la Nutrition.
SDDC	Service Départemental du Développement Communautaire.
SRAT	Schéma Régional d'Aménagement du Territoire.
SSP	Soins de Santé Primaires.
UCAD	Université Cheikh Anta Diop de Dakar.

LISTE DES TABLEAUX

4.1	Population de la commune de Diourbel.....	30
4.2	Découpage administratif de la commune en sous quartiers.....	31
4.3	Plan de collecte de données.....	32
5.1	Sols, caractéristiques et principales cultures portées.....	43
5.2	Description par arrondissement des principales nappes du département.....	43
5.3	Pesées effectuées dans le district de Diourbel.....	60
6.1	Poids relatif des quartiers de la commune.....	63
6.2	Caractéristiques démographiques des ménages de l'échantillon.....	64
6.3	Modalités d'évacuation des ordures ménagères.....	65
6.4	Type de logement et gestion des ordures ménagères	66
6.5	Type d'aisance et évacuation des ordures ménagères	67
6.6	Principale modalité de l'habitat.....	68
6.7	Principal mode d'aisance des ménages.....	69
6.8	Type de logement et mode d'aisance.....	70
6.9	Type de logement et évacuation des eaux usées.....	70
6.10	Approvisionnement en eau potable des ménages.....	71
6.11	Type de logement et accès à l'eau potable.....	72
6.12	Accès à l'eau potable et nombre de personnes vivant dans le ménage.....	72
6.13	Organisation communautaire adoptée dans les points de prestation.....	73
6.14	Statut du chef de ménage et adhésion aux organisations communautaires de base.....	74
6.15	Nombre d'épouses et adhésion à une organisation communautaire de base.....	75
6.16	Actions développées dans le cadre communautaire.....	76
6.17	Statut du chef de ménage et décision de suivi du statut nutritionnel.....	77
6.18	Nombre d'épouses et identification des problèmes nutritionnels.....	78
6.19	Nombre d'épouses et décision de suivi du statut nutritionnel.....	79
6.20	Activités communautaires et nombre d'enfants.....	79
9.1	Matrice d'analyse des centres de décision communautaires.....	97

LISTE DES FIGURES ET DES GRAPHES

5.1 Pluviométries comparées des départements de la région de Diourbel.....	42
5.2 Pyramide des âges de la commune de Diourbel.....	47
9.1 Diagramme de Venn des parties prenantes à la PCIME communautaire.....	96

LISTE DES CARTES

Département de Diourbel, carte administrative.....	40
Commune de Diourbel, carte administrative.....	45
District de Diourbel, carte sanitaire.....	54
Commune de Diourbel, carte sanitaire.....	55
Profil sommaire des sous quartiers de Diourbel.....	82

RESUME DU MEMOIRE

Le Sénégal s'est engagé, depuis plusieurs décennies, dans un processus de décentralisation prudente mais irréversible. Depuis 1996, la dynamique de transfert de domaines de compétences tend progressivement à placer les populations au centre des processus opérationnels. Dans le domaine de la santé, la participation des populations revêt les contours d'une formalité consubstantielle à la réussite des programmes communautaires.

Dans le contexte socioéconomique du district sanitaire de Diourbel, cette étude s'attache à l'analyse de la contribution de la participation communautaire à l'atteinte d'objectifs de santé, et, plus spécifiquement, aux effets et impacts de la mise en œuvre du PRN sur les capacités d'organisation des populations à la base.

L'étude confirme la contribution décisive de la participation communautaire à l'atteinte des objectifs nutritionnels du programme. Trois groupes interagissent à ce niveau, il s'agit de la cellule familiale, des groupes intermédiaires et des comités de quartiers.

Les effets et les impacts de la mise en œuvre du programme sur l'organisation des populations s'avèrent cependant mitigés. La valorisation de la prise en charge de la santé infantile par les mères d'enfants constitue un acquis à inscrire à l'actif du programme. Son exécution secrète cependant un cadre institutionnel spécifique qui se superpose aux structures implantées par les populations de quartiers.

Il est nécessaire de (re) positionner la participation communautaire au cœur de la stratégie de développement local. Elle constitue un puissant levier de mise en cohérence des interventions de la commune, des initiatives des populations et des actions des services publics de santé.

A l'échelle locale, la valorisation du rôle du comité de quartier ainsi que la reconnaissance de la collectivité locale en tant que cadre territorial d'accueil des interventions constituent des éléments de pérennisation des actions des différents acteurs.

Mots-clés : décentralisation, développement local, santé, malnutrition protéino-énergétique, renforcement nutritionnel, participation communautaire, district sanitaire, Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME).

INTRODUCTION

La rédaction du mémoire de DESS à l'ENEA constitue un exercice pédagogique coïncidant avec une préoccupation concrète de développement. Elle nous offre l'opportunité de mettre en cohérence les éléments conceptuels reçus durant les sessions théoriques et pratiques.

Ce mémoire de DESS se situe au carrefour de plusieurs disciplines, avec, comme axes principaux, la décentralisation, le développement local et la participation.

Dans ce travail de recherche, nous tenterons de mettre à profit les enseignements tirés de la réforme de 1996 pour éclairer les modalités par lesquelles les populations, qui se trouvent au cœur de la dynamique de réforme administrative, territoriale et locale, s'impliquent dans la mise en œuvre d'une des compétences transférées par le législateur.

Les questions suivantes sont posées à la fois par le praticien du développement territorial et par l'aménageur :

◀ quel est le mode de mise en œuvre de la compétence santé ?

◀ quelles sont les ressources disponibles à cet effet ?

◀ quel est le mode d'intervention des programmes sectoriels dans le domaine de la santé ?

◀ par quels mécanismes les communautés prennent-elles part à la mise en œuvre des programmes de santé ?

◀ quels effets la participation des communautés exerce-t-elle sur leur organisation propre ?

◀ quels sont les résultats des stratégies communautaires développées à ce jour ?

◀ quelles propositions d'amélioration peuvent être formulées en termes de valorisation de la participation communautaire ?

Aujourd'hui, la prise en charge par les collectivités locales des compétences qui leur ont été transférées s'inscrit dans le cadre de la **bonne gouvernance** perçue dans le sens de « la manière d'exercer le pouvoir dans la gestion des affaires nationales ». Trois styles d'appréciation de la bonne gouvernance semblent actuellement s'ébaucher :

◀ le premier, qui relève essentiellement de sources bilatérales d'aide et de coopération s'appuie sur les impératifs politiques de la gestion des affaires nationales (instauration d'un état de droit, respect de la constitution, liberté de la presse et indépendance de la justice) ;

◀ le second, se rapportant aux sources multilatérales de coopération, adresse les aspects financiers de la gouvernance (allocation équitable des ressources publiques, fonctionnement transparent des marchés publics, lutte contre la corruption) ;

◀ le troisième aspect s'intéresse aux effets et impacts de la gouvernance sur le développement (décentralisation, émergence de solidarités de proximité).

Dans cette étude, l'échelle d'analyse constituera le socle même du cadre opératoire d'analyse. L'approche pluridisciplinaire du développement régional se fondant sur les outils propres à chaque discipline permettra de

préciser la valeur stratégique de la gestion de l'espace dans la mise en œuvre de programmes de santé.

Notre étude a l'originalité de prendre pour cadre le district sanitaire de Diourbel, où peu d'études sur la contribution des populations à la mise en œuvre des compétences transférées par le biais de programmes de santé ont été entreprises.

La participation communautaire qui est perçue comme un postulat à l'efficacité des programmes de santé sera appréciée à travers cette étude, dans le contexte général de la politique de décentralisation.

La présente étude est organisée en trois (3) parties.

La première partie campe le cadre général de l'étude. Elle aborde successivement le cadre conceptuel, la problématique, le cadre opératoire (objectifs, hypothèses, indicateurs) et la méthodologie.

La seconde partie présente et analyse les résultats de l'étude. Le cadre géographique (le milieu biophysique, la démographie, l'organisation administrative, la dynamique communautaire et les activités socioéconomiques) fait l'objet d'un premier chapitre. Cette analyse est complétée par la présentation des résultats d'enquête.

La troisième partie est consacrée à l'étude des modalités de repositionnement de la participation communautaire au cœur de la stratégie de développement local. A ce niveau, la systématisation des avancées organisationnelles permet de dégager un certain nombre d'enjeux autour de l'approche communautaire puis de formuler des recommandations spécifiques.

Partie I. CADRE DE REFERENCE DE
L' ETUDE

Le cadre de référence de notre étude se décline en quatre (4) axes. Le cadre théorique (chapitre 1) permet de présenter la revue de littérature, de revisiter les concepts clés de notre analyse et de leur apporter un contenu opératoire. La problématique de l'étude (chapitre 2) permet de positionner le mémoire dans le corpus général de la recherche relative à la décentralisation et à ses avancées en termes d'organisation des populations à la base. Le cadre opératoire (chapitre 3) constitue l'étape de génération du modèle d'analyse de la recherche. Enfin, la méthodologie (chapitre 4) nous offre l'opportunité d'exposer la stratégie par laquelle la recherche compte arriver à des résultats scientifiques fiables.

Chapitre 01 CADRE THEORIQUE

Section 1 REVUE DE LA LITTERATURE

S'il existe une littérature relativement abondante traitant de la participation en général, force est de reconnaître que les publications relatives à l'analyse de la participation communautaire ainsi que de ses relations avec les programmes de santé revêtent les contours d'une recherche exploratoire.

Les discours contemporains sur le développement local sont marqués par la récurrence du concept de participation. Maurice BLANC¹ propose une typologie de la participation en fonction du degré d'association des

¹ in Annales de la recherche urbaine n° 68-69, page 98.

habitants à la prise de décision. La participation varie ainsi de la simple information à la co-décision en passant par la consultation descendante ou remontante.

La participation porte cependant en germes deux (2) paradoxes majeurs. D'abord, la concertation ne peut exister sans une redistribution des centres de décision alors que cette redistribution ne reçoit pas de formalisation juridique. Ensuite, la participation est aussi perçue par les élus comme une remise en cause de leur légitimité électorale.

Les discours récents sur la participation empruntent deux axes paradigmatiques : la démocratie représentative et la démocratie participative. Le slogan de la Banque Mondiale « from shouting to counting » s'inscrit dans ce cadre. Il traduit une approche novatrice de la participation citoyenne qui dépasse le simple discours revendicatif pour viser « la participation informée et active ». La démocratie représentative formalisée par Joseph SCHUMPETER, elle, postule que les élus deviennent des arbitres au dessus de la mêlée des intérêts particuliers et déterminent le bien commun en leur âme et conscience. La démocratie participative, quant à elle, cherche à promouvoir l'intervention des citoyens dans la vie politique au quotidien. Mais fondamentalement les développements contemporains posent la problématique de l'équilibre entre la démocratie participative et la démocratie représentative.

Les travaux de Bara GUEYE (GUEYE, 1999) confèrent un contenu opératoire au concept de participation qui est décliné sous quatre composantes : la participation à la planification, la participation à la mise en œuvre des activités, le partage des bénéfices induits par

l'activité et la participation au suivi évaluation des activités.

La participation, qu'elle s'exprime individuellement ou dans le cadre de la cellule familiale prend sa source dans le ménage.

La définition du ménage fait principalement appel à deux conceptions. Une première acception de la notion de ménage est essentiellement sociologique. A ce niveau le ménage est perçu dans le sens de la famille, organisation sociale.

Dans le cadre de ce mémoire, le ménage est compris, dans son acception statistique, comme « l'ensemble des personnes habitant dans un même logement, de façon habituelle » (INSEE, 1985). Cette définition s'inspire de l'adage « un feu égale une famille ».

A l'échelle de la communauté, l'avantage que les populations retirent à participer à la réalisation des projets sociaux porte le nom d'intérêt communautaire. Cet intérêt est assez malaisé à circonscrire, pour y parvenir nous ferons référence à ses formes au niveau de la France.

En France, la notion d'intérêt communautaire est apparue dans la loi d'orientation n°92-125 du 6 février 1992 relative à l'administration territoriale de la République, à l'occasion de la création des communautés de villes et des communautés de communes. La loi du 12 juillet 1999, en étendant cette notion aux communautés d'agglomération et aux communautés urbaines, et en prévoyant les modalités de sa définition lui a donné une nouvelle dimension.

Dans un souci de lisibilité, l'intérêt communautaire permet de délimiter, les axes d'intervention de la communauté. Il s'analyse comme la ligne de partage, au sein d'une compétence, entre les domaines d'action transférés à la communauté et ceux qui demeurent au niveau des communes. Plus précisément, il détermine le champ de compétence matérielle du groupement d'une part, et de la commune d'autre part.

La participation communautaire authentique est souvent considérée comme la clé de l'efficacité d'une intervention sociale. La participation communautaire sera appréciée sous l'angle des aspects qualitatifs essentiels qui révèlent l'implication de la société locale dans un processus de changement de comportement et leur garantissent un maximum d'efficacité.

Section 2 LES CONCEPTS DE L'ANALYSE

Un certain nombre de concepts clés rythment les développements suivants. Leur caractère polysémique exige une délimitation de leur champ sémantique. Ainsi sont successivement précisés les concepts de malnutrition (sous section 1), de district sanitaire (sous section 2), de décentralisation (sous section 3), de développement local (sous section 4), de participation (sous section 5) et d'effets et d'impacts (sous section 6).

Sous Section 1 La malnutrition

Le Petit Larousse² illustré définit la malnutrition comme « un excès, une insuffisance ou un déséquilibre des apports alimentaires ». De ce point de vue, la malnutrition présente deux modalités opposées. La première traduisant une suralimentation et la seconde traduisant une insuffisance de la dotation alimentaire.

Le module de santé nutrition³ du programme de nutrition communautaire (PNC), quant à lui, propose la définition suivante « la malnutrition protéino-énergétique désigne un ensemble de désordres caractérisés par un arrêt ou un ralentissement de la croissance chez l'enfant ». A contrario de la définition du Larousse, la définition du PNC insiste plus sur les manifestations de la malnutrition. Les enfants constituent un groupe à risque en raison de leurs besoins nutritionnels très spécifiques. Rapporté à leur poids corporel, les besoins caloriques des enfants sont deux fois plus importants que ceux de l'adulte. Le ralentissement de la croissance pondérale constitue le signal de dysfonctionnements d'où l'importance de pesées régulières. Selon les études de lancement de l'ex Programme de Nutrition Communautaire, trois (3) principales causes d'ordre socioéconomique sont à l'origine de la malnutrition : la mauvaise conduite du sevrage, la fréquence élevée des infections (paludisme, maladies fécales, maladies visées par le PEV) et le nombre insuffisant de repas.

² Le Petit Larousse illustré 2007.

³ Module de nutrition santé, ISADE-CEPIC.

Nous rapportant à la définition du PNC le mémoire sera l'occasion de rechercher l'origine sociale des dysfonctionnements nutritionnels. En d'autres termes, le programme de renforcement de la nutrition nous offrira l'opportunité d'appréhender les comportements individuels et collectifs qui se créent autour du problème de la malnutrition.

Sous Section 2 Le district sanitaire

En application des résolutions des conférences de Lusaka (1985) et Harare (1989), le Sénégal a institué les districts sanitaires par la circulaire n° 1753 du 15 mars 1996 qui découpait le pays en cinquante (50) districts.

Le district constitue véritablement l'unité opérationnelle de base de la pyramide sanitaire. Il se situe à mi chemin entre la région médicale et les structures de prestations de services. Le district englobe, dans plusieurs cas, différentes collectivités décentralisées (communes, communautés rurales) qui s'administrent librement.

La loi n° 96-06 portant Code des collectivités locales a impacté sur deux fonctions essentielles du système de santé : la prestation de services et le financement de la santé. Dans le cadre de ce mémoire seront abordées les articulations du district sanitaire au nouvel environnement institutionnel des collectivités locales.

Sous Section 3 La décentralisation

La décentralisation est « un système d'organisation administrative qui reconnaît une existence juridique à des collectivités locales différentes et autonomes du pouvoir central » (Kanté, 1995). L'objectif de la stratégie est de permettre à des collectivités distinctes de l'Etat d'exercer leurs activités dans une relative indépendance, avec des moyens propres.

La volonté d'une autonomie administrative se situe à la base de la décentralisation qui s'entend, en conséquence « d'un transfert de l'autorité d'Etat vers la base, par dévolution de pouvoirs à d'autres personnes juridiques administratives » (SY, 2005).

La décentralisation est « un mode d'organisation institutionnelle qui consiste à faire gérer par des organes délibérants élus les affaires propres d'une collectivité territoriale » (DIOP, 2006).

La décentralisation revêt principalement deux modalités. La première forme est dite technique, elle correspond à la formule de l'établissement public, généralement rattaché à une collectivité publique, dont il constitue un prolongement. Sa vocation est spéciale, c'est-à-dire circonscrite à la gestion du service qui lui a été confié. La seconde, qualifiée de décentralisation territoriale, intéresse les collectivités locales. Dans ce cas, les habitants d'une collectivité territoriale règlent leurs affaires par le biais de leurs représentants élus. Notre analyse se fondera sur cette seconde modalité de la décentralisation.

La décentralisation, au Sénégal, peut être présentée comme une technique d'aménagement du pouvoir central qui vise la responsabilisation progressive des collectivités locales dans la gestion des affaires de proximité. Elle s'opère au moyen de transferts de domaines de compétences du pouvoir central au pouvoir local, incluant le pouvoir d'élaborer et d'exécuter des projets de développement économique, socioculturel, sanitaire etc. Ce transfert de pouvoir doit s'opérer concomitamment et en adéquation avec celui des moyens financiers.

Sous Section 4 Le développement local

Le développement local est une « démarche globale de mise en mouvement et en synergie des acteurs locaux pour la mise en valeur des ressources humaines et matérielles d'un territoire donné en relation négociée avec les centres de décision des ensembles politiques économiques et sociaux dans lesquels ils s'intègrent » (HOUEE, 1979).

A la base de cette théorie, se situe l'idée selon laquelle chaque territoire serait maître de son développement dans le cadre d'une démarche coordonnée par les pouvoirs publics. Le développement local consiste à dessiner les contours d'une nouvelle gestion de l'espace ayant pour objectif d'améliorer les conditions de vie des résidents.

Ainsi que le soulignent les analyses de Djibril DIOP (DIOP, 2006) l'origine du concept de développement local est d'abord rurale. Il le présente comme « un processus par lequel les initiatives entreprises par un ou plusieurs

acteurs institutionnels ou non, pour la valorisation sociale, culturelle, mais surtout économique d'un territoire en vue d'améliorer les conditions d'existence de sa population ».

Sous Section 5 La participation

Le processus de décentralisation porte en germes, la dévolution de certaines responsabilités et pouvoirs aux populations de base. Ce transfert est vulgarisé sous le vocable de participation.

Dans le cadre de ce mémoire l'analyse de la participation s'oriente sous l'angle de la participation communautaire. La participation communautaire, c'est l'analyse des activités et responsabilités des populations dans les lignes d'actions déclinées par elles mêmes ou par le fonctionnement du programme. Sous ce rapport, l'examen des différentes étapes de la participation communautaire permettra d'appréhender la contribution spécifique des populations à un moment du déroulement du programme (le déparasitage, l'évacuation des ordures, etc).

Sous Section 6 Effets et impacts

Le processus de décentralisation aménage une place sans cesse croissante aux acteurs communautaires. Cette nouvelle donne entraîne l'intégration, dans les processus de planification, de l'ensemble des initiatives issues des milieux d'application des projets et programmes. En

effet, « Dans de nombreux cas, les résultats atteints au terme d'une action de développement disparaissent rapidement du fait: qu'elle ne permet pas de créer les conditions d'un changement durable ; des limites des évaluations, trop centrées sur la capacité à atteindre les objectifs fixés, et pas suffisamment sur les changements induits par l'action » (F3E, 1999).

Le petit Larousse définit l'effet comme « le résultat d'une action » et l'impact comme « l'influence qui résulte d'une chose ». Le guide méthodologique du F3E permet de préciser la frontière entre les concepts voisins de résultats, d'effets et d'impacts. Les résultats sont conçus comme les « changements qualitatifs et quantitatifs produits directement par l'action ». La relation des résultats avec les objectifs de l'action est directe, quasi ombilicale. Les effets représentent les « incidences de l'action sur le milieu physique et humain environnant ». Dans cette optique, les effets conjuguent les résultats de l'action avec des dynamiques ou contraintes secrétées par le milieu d'application de l'action. L'impact traduit la « nouvelle situation issue de l'ensemble des effets ». Dans cette lancée, F3E propose une définition de l'impact comportant quatre (4) tiroirs :

◀ d'abord l'impact est l'ensemble des changements (positifs et négatifs, prévus et imprévus) ;

◀ l'impact correspond ensuite aux changements significatifs ;

◀ l'impact correspond aux changements durables ;

◀ l'impact correspond aux changements dans la vie des personnes, des groupes et de leur environnement. L'impact, ce n'est pas uniquement « ce qui change », c'est aussi

l'importance ressentie de ces changements. Cette perception de l'impact conduit à s'interroger sur qui décide et sur ce qui est important ou non.

En résumé, l'impact exprime le (s) changement (s) produit (s) par une action de développement sur l'environnement, l'économie, les populations...

Trois échelles d'analyse des effets et impacts sont généralement retenues : les effets immédiats, tels que ceux observés lors des accidents historiques, les effets à brève échéance et enfin les effets à long terme, c'est-à-dire ceux résultant d'une exposition chronique à certains événements.

Dans le cadre de ce mémoire, seront abordés les éventuels effets et impacts de la mise en œuvre du programme sur la prise en charge des problèmes nutritionnels et plus particulièrement sur la capacité d'organisation des populations.

La mesure de ces effets et impacts pose la problématique du suivi et de l'évaluation des programmes de développement. L'évaluation des effets est un regard porté sur l'interaction entre l'action et la population. L'évaluation de l'impact est un jugement porté sur les dynamiques de changement au sein de la population concernée par l'action. Sous ce rapport, mesurer l'impact implique souvent de tenir compte d'effets inattendus.

Les indicateurs d'impact constituent des signes vérifiables et mesurables qui, par comparaison à une référence (ou une norme), permettent de porter une appréciation sur les critères d'évaluation.

De ce point de vue, la stratégie de suivi évaluation⁴ tracée par la Banque mondiale ouvre une fenêtre d'opportunités dans le sens de l'examen des « effets positifs ou négatifs, voulus ou non d'une activité de développement donnée ». Au demeurant, l'évaluation de l'impact aide à mieux percevoir la mesure dans laquelle les activités atteignent les pauvres et l'ampleur de leurs effets sur le bien-être de la population. L'évaluation se fonde sur des outils aussi divers que:

◀ les enquêtes par sondage portant comparaison de situations des populations touchées par le projet et de groupes témoins avant et après la réalisation du programme;

◀ des évaluations participatives qui permettent d'établir des estimations de l'impact du projet ou du programme.

Chapitre 02 PROBLEMATIQUE

Les différentes politiques de rééquilibrage macroéconomique⁵ initiées par l'Etat du Sénégal, sous l'égide des institutions de Bretton Woods, depuis la fin des années 70, se sont traduites par de piètres performances économiques. Le pays n'a renoué avec la croissance qu'à la faveur de la dévaluation du FCFA de

⁴ Procéder régulièrement à des évaluations et à assurer la mise en oeuvre de leurs résultats pour réorienter l'action.

⁵ Plan de redressement économique et financier, plan d'ajustement structurel, plan d'ajustement à moyen et long terme.

janvier 1994. Dans le même temps, les conditions de vie des populations se sont substantiellement détériorées et la paupérisation généralisée. Au plan sanitaire, les indicateurs ont connu une dégradation sensible. Certaines maladies endémiques sont réapparues et la malnutrition se propage, spécialement chez les enfants en très bas âge. Elle constitue, de plus en plus, un véritable problème de santé publique, voire, un problème de développement.

Ce phénomène mal connu, recèle des incidences pernicieuses révélées par les évaluations ex ante du programme de renforcement de la nutrition (PRN). Il s'agit :

◀ d'une carence en vitamine A responsable de 30% des décès d'enfants⁶ ;

◀ d'une carence en fer qui touche 58% des femmes sénégalaises et contribue aux décès maternels⁷ ;

◀ d'une carence en iode responsable à 3% du crétinisme et 10% du retard mental sévère⁸, affections irréversibles.

Au demeurant, les dépenses induites par la prise en charge des soins de santé imputables aux conséquences de la malnutrition sont évaluées à 821 milliards de francs CFA, sur la période 2002-2011 (PRN, 2001).

En réponse à l'apparition du phénomène de la malnutrition, le gouvernement de l'Etat du Sénégal a développé un Projet de Promotion de la Nutrition au Sénégal (PPNS) en 1975. Les détériorations nutritionnelles notoires induites par les plans d'ajustement structurels (décennie 1980) et par la dévaluation du franc CFA (1994),

⁶ EDS et ESIS 1999.

⁷ UNICEF 2000.

⁸ BASICS Sénégal 2002.

ont à leur tour entraîné la mise en œuvre du Projet de Nutrition Communautaire (PNC) entre 1995 et 2000. Le PRN fait suite à ces différentes stratégies de lutte contre la malnutrition, il se caractérise par une approche dite « programme ». A cet égard, le Document de Stratégie de Réduction de la pauvreté (DSRP) note que « certaines maladies endémiques réapparaissent et la malnutrition se propage, spécialement chez les enfants en très bas âge⁹ ».

Dans ce contexte, les objectifs du PRN sont de deux ordres :

◁ améliorer la croissance des enfants âgés de moins de 5 ans vivant dans des zones urbaines ou rurales pauvres ;

◁ renforcer les capacités institutionnelles et organisationnelles du pays pour mettre en œuvre et évaluer des interventions de nutrition.

Dans ce cadre, le programme se décline en trois (3) phases :

◁ la phase 1 (2002-2005) qui vise à tester les stratégies d'intervention communautaires en nutrition et prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) ;

◁ la phase 2 (2006-2010) qui vise l'extension des interventions de nutrition et de PCIME communautaire, notamment en zone rurale sur la base de choix opérés dans la première phase;

◁ la phase 3 (2011-2013) dont l'objectif est d'intégrer la politique de nutrition dans les programmes sectoriels, les programmes nationaux et dans la stratégie nationale de lutte contre la pauvreté.

⁹ DSRP 2.

Dans un contexte régional de pauvreté exacerbé par la détérioration des conditions climatiques, la région de Diourbel présente un profil nutritionnel spécifique. Les pathologies dominantes dans la région sont le paludisme, les maladies respiratoires aiguës¹⁰, les maladies diarrhéiques et la malnutrition. En outre, le district sanitaire de Diourbel enregistre, à l'échelle du Bureau Exécutif Régional (BER) de Thiès et Diourbel, les plus faibles taux d'allaitement maternel exclusif et les insuffisances pondérales les plus significatives. Le district sanitaire de Diourbel¹¹ dont les limites se confondent avec celles du département éponyme couvre une superficie de 1.175 Km², soit 26,89% du territoire régional. Plus de la moitié de la population du département, soit 50,56% réside en zone urbaine.

A maints égards, les objectifs du programme recourent les préoccupations des organisations non gouvernementales et des institutions financières internationales relativement à la participation des populations locales dans les actions de développement.

Aux termes de l'article 1 alinéa 2 de la loi n° 96-06 portant Code des collectivités locales et de l'article 102 de la loi n° 2001-103 portant constitution de la république du Sénégal, la décentralisation constitue « le cadre institutionnel d'expression de la participation, au Sénégal ». Dans le contexte de la libre administration des collectivités locales, la mise en œuvre des programmes de santé inaugure cependant un cycle spécifique dans lequel les populations se meuvent parallèlement aux cadres institutionnels d'impulsion du développement.

¹⁰ Elles constituaient respectivement 135360, 20972 et 2080 cas en 2005.

¹¹ La région médicale de Diourbel compte trois autres districts : Bambey, Mbacké et Touba.

La décentralisation est « étroitement liée à de larges efforts dans le but d'améliorer la qualité de la gouvernance et de rendre ainsi les choix et la mise en œuvre des politiques plus efficaces, plus participatives et plus aptes à répondre aux objectifs et aux besoins démocratiquement exprimés » (VENGROFF, 1994).

Après une décennie de mise en œuvre du transfert de compétences, et face à l'aspiration croissante des élus locaux allant dans le sens du transfert d'un nouveau paquet de compétences, la réflexion s'oriente de plus en plus vers une évaluation de l'efficacité de l'action des exécutifs locaux. Dans ce cadre, Mamadou TALL (2006), coauteur d'un ouvrage sur La transparence budgétaire dans les collectivités locales, observe que « ...les gens ne retiennent de cette réforme que la création de la région en collectivité locale. Or, la décentralisation c'est l'harmonisation du cadre territorial dans une dynamique d'expression du pouvoir local, le tout codifié ».

Du côté des collectivités locales, les premières évaluations faites de la décennie d'application de la troisième phase du processus de réforme administrative, territoriale et locale, révèlent, trois (3) principaux écueils à l'action des collectivités locales :

◀ la faible articulation de l'investissement public à l'investissement privé ;

◀ la duplication des objectifs d'investissement des plans de développement locaux ;

◀ l'insuffisante implication des populations locales à la gestion de leurs propres affaires.

De ce point de vue, une meilleure implication des populations apparaît comme un levier actif de planification des stratégies et de coordination des interventions décentralisées.

Parallèlement, à la contribution des populations à la mise en œuvre des programmes, il est opportun de s'interroger sur les impacts induits par la participation des populations. En d'autres termes, par quelles modalités la mise en œuvre du Programme de Renforcement de la Nutrition contribue à l'organisation communautaire des femmes ? Et en quoi l'organisation des femmes contribue à la prise en charge des problèmes de développement local ? Nous le voyons, il s'agit là d'une problématique itérative que nous aborderons en inscrivant ces deux éléments en relation.

La contribution de la présente étude sera perceptible notamment dans la l'appréciation de la participation des populations à la mise en œuvre des programmes de santé. L'exemple d'un programme adressant prioritairement la santé maternelle et infantile est riche d'enseignements à plus d'un titre. Traditionnellement, en effet, au sein de la cellule familiale, la gestion de la santé constitue un des rares centres de responsabilité incombant aux femmes. Le niveau de participation de la population en général, des femmes en particulier, à la gestion du programme de santé communautaire constitue un indicateur de la prise en charge, par les populations d'une des compétences transférées par le législateur. A travers le cas d'un programme de santé communautaire qui adresse principalement la mère et l'enfant, l'opportunité nous est ainsi offerte d'évaluer les avancées de la communauté locale en termes d'implication dans la gestion de la cité

en général et, plus précisément, l'implication des femmes dans les instances de prise de décisions.

Le centre d'intérêt particulier qui fera l'objet de cette étude est l'évaluation des effets et impacts d'un programme de santé décentralisé sur le développement de la participation des populations. L'idée de départ est de procéder à une meilleure allocation des responsabilités dans le cadre de ce qu'il est aujourd'hui convenu d'appeler la démocratie participative. Le transfert de compétence apparaît ainsi comme un moyen d'exercice de la démocratie locale qui pose la problématique de la participation des populations.

Chapitre 03 CADRE OPERATOIRE

Le cadre opératoire constitue l'étape de simplification et de modélisation qui permettra de traduire les questionnements de la problématique en éléments objectifs pouvant faire l'objet de recherches concrètes. Notre modèle d'analyse se fonde d'abord sur la définition d'un objectif de recherche (section 3), sur la déclinaison des hypothèses qui en découlent (section 4) et enfin sur le choix de variables et indicateurs permettant de tester lesdites hypothèses (section 5).

Section 3 OBJECTIFS

A travers les transformations institutionnelles récentes du mode de gestion de la santé, notre objectif consiste à appréhender non pas exclusivement les performances du Programme de Renforcement de la Nutrition, mais encore et surtout son impact sur les capacités de prise en charge, par les populations des affaires de leur ressort.

Section 4 HYPOTHESES

Cet objectif de recherche s'appuie sur deux hypothèses :

« la participation communautaire constitue un facteur déterminant de l'atteinte des objectifs du PRN ;

« la participation communautaire à la mise en œuvre du programme exerce un effet en retour ou « effet boomerang » sur l'organisation communautaire des populations.

Section 5 VARIABLES ET INDICATEURS

La première hypothèse sera testée à travers les indicateurs suivants :

- ◀ le nombre de femmes participant aux mobilisations sociales ;
- ◀ le nombre de présences aux causeries ;
- ◀ le nombre d'entretiens individuels réalisés ;
- ◀ l'évolution des différents indicateurs de performance du programme.

D'autres indicateurs permettront de tester la seconde hypothèse de recherche, il s'agit :

- ◀ du degré de responsabilisation des femmes dans la prise en charge de la santé infantile ;
- ◀ des actions entreprises dans le cadre communautaire ;
- ◀ de la participation des populations aux structures institutionnelles de gestion de la santé (comité de santé, comité de gestion) ;
- ◀ du nombre d'organisations ayant vu le jour dans la communauté.

Chapitre 04 METHODOLOGIE

Au plan méthodologique, l'étude s'articule autour de trois axes :

- ◀ le choix du thème ;
- ◀ la revue de littérature;
- ◀ la collecte et l'exploitation de données.

La formulation du présent thème de recherche s'inscrit dans le cadre conceptuel de la dynamique de la participation des populations et du contrôle citoyen de l'action publique.

Section 6 RECHERCHE DOCUMENTAIRE

La revue documentaire a pris pour cadre les centres de documentation de l'Ecole Nationale d'Economie Appliquée (ENEA), de l'Ecole Nationale d'Administration (ENA), du Conseil pour Développement de la Recherche en Sciences Sociales (CODESRIA), du Centre Africain d'Etudes Supérieures en Gestion (CESAG) et de l'Université Cheikh Anta Diop de Dakar (UCAD). Cette recherche a été utilement complétée par les ressources de l'Internet.

Les informations collectées au niveau de la phase documentaire varient suivant les sources d'informations.

Les centres de documentation de l'ENEA et du CODESRIA fournissent une documentation variée sur la genèse et les avancées de la participation au Sénégal. L'ENA et l'ENEA apportent une information variée sur le processus de décentralisation au Sénégal. La bibliothèque du CESAG nous a permis de progresser sensiblement sur la mise en œuvre des programmes de santé ainsi que sur l'enracinement de la participation communautaire.

La revue de littérature a permis, entre autres de préciser la place du district dans l'échiquier sanitaire national. Une recherche documentaire générique a été menée afin de permettre la constitution d'une importante base

d'informations et de données statistiques sur le département de Diourbel.

Section 7 CHOIX DES INSTRUMENTS DE COLLECTE DE DONNEES

Deux principales cibles sont visées par l'enquête. D'abord au sein des ménages les centres de décision pouvant impulser l'adoption de comportements nutritionnels de rupture. Ensuite les systèmes organisationnels communautaires.

Au regard du type d'informations nécessaires à la recherche, trois (3) instruments de collecte de données ont été retenus : des questionnaires, un guide d'entretien et des focus groups.

Un questionnaire a servi de base à la collecte des données démographiques et socioéconomiques à l'échelle ménage. Il est administré au chef de ménage, en présence de sa (ses) conjointe (s).

Ce premier questionnaire est complété par un second dont l'objectif est d'appréhender l'évolution des centres de responsabilité de la santé maternelle et infantile.

Un guide d'entretien a été administré au responsable du district sanitaire.

Enfin deux quartiers, sur les quatre que compte la ville, ont servi de support aux focus groups. Ces derniers rassemblant les mères des enfants bénéficiaires du programme ont revêtu, pour thème central la participation

des populations à la mise en œuvre du programme ainsi que leur organisation communautaire.

Les autres instruments de recueil des informations sont les interviews et l'observation directe.

Section 8 ECHANTILLONNAGE

L'estimation des paramètres indispensables à la construction de notre modèle d'analyse requiert le recours à l'échantillonnage. L'échantillon nous permettra de recueillir les informations relatives à l'organisation communautaire, aux actions entreprises dans le cadre communautaire, aux différents centres de responsabilités ainsi qu'à l'identification des problèmes nutritionnels.

Sous Section 7 Base de sondage

La base de sondage est constituée par l'ensemble des bénéficiaires enfants actuellement touchés par le programme, soit huit cent vingt quatre (824) enfants domiciliés dans autant de ménages.

Sous Section 8 Détermination de l'échantillon

Le PRN n'intervient que dans la zone urbaine du district sanitaire correspondant à la commune de Diourbel, le milieu rural n'est pas pris en compte. Cela signifie donc que la commune constitue une zone test alors que le milieu rural représente une zone témoin. Toute la zone urbaine sera couverte par l'enquête. Dans l'état actuel de

la mise en œuvre du programme, la zone rurale n'est pas encore prise en compte. Notre échantillon sera donc tiré en prenant en référence la zone urbaine du district sanitaire où les effets et impacts du programme peuvent être mesurés à l'échelle des communautés.

Eu égard aux contraintes de délais et de moyens (matériels et humains) impartis à l'opération de recensement, l'échantillon a été réduit au minimum compatible avec les objectifs de la recherche. Un quart de l'univers d'enquête, soit deux cent six (206) ménages, a été touché par l'enquête.

La commune de Diourbel comprend quatre (4) quartiers administratifs dont les populations sont indiquées au tableau 4.1.

Tableau 4.1. Population de la commune de Diourbel

QUARTIERS	POPULATION 2002	
Cheikh Anta	13340	12,68%
Cheikh Ibra	18327	17,42%
Medinatoul	40736	38,73%
Thierno Kandji	32777	31,16%

Source : Bureau régional de l'Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie, 2007.

Pour les besoins d'une gestion municipale de proximité, les quatre quartiers de la commune de Diourbel ont été éclatés en trente quatre (34) sous quartiers. L'agence d'exécution communautaire du PRN intervient à l'échelle de douze (12) sites de nutrition qui correspondent à des regroupements fonctionnels de sous quartiers en fonction des besoins opérationnels du programme. Tous les douze (12) sites ont été couverts par l'enquête. Chaque site s'est vu affecter un taux de

couverture proportionnel au poids démographique relatif du sous quartier dans la commune. Le tableau ci-dessous montre les sous quartiers ciblés par le programme, leur population relative par rapport à la population communale ainsi que le nombre de ménages touchés par l'enquête.

Tableau 4.2. Découpage administratif de la commune en sous quartiers

QUARTIERS	SOUS-QUARTIERS	PRN	Bénéficiaires	Enquête
Thierno Kandji	Champs de courses I			
	Champs de courses II			
	Demba Wellé (TK Ouest)	*	7,16%	15
	Grand Diourbel	*	5,95%	12
	Ndayane			
	Ndiourbel Tock (N Tiébo)	*	4,85%	10
	Ngolomith			
	Sesséne			
	Tawfikh			
Thiébo				
Cheikh Ibra FALL	Dara Lamp (C I Est)	*	8,25%	17
	Maka loy-loy			
	Marché Kad			
	Mérina FALL			
	Mérina Sorah			
	Mérina Tibo (C I Ouest)	*	12,26%	25
	Ndargu Ndaw			
	Ndiouféne			
	Ngouye			
Cheikh Anta Mbacké	Baye Laye Gaye	*	8,01%	17
	Dang			
	Diamaguéne			
	Keur Yelly			
	Mbakhane (C Anta)	*	8,62%	17
	Ndiodione			
	Ngogole			
	Pikine I			
Médinatoul	Hodjil (Médina Nord)	*	8,74%	18
	Keur S Mbaye Sarr	*	7,52%	16
	Lonkine (Medina Ouest)	*	10,80%	22
	Mboudaye (ME)	*	10,44%	22
	Médinatoul Mosquée (DS)	*	7,40%	15
	Teug Ndiobène			
	Touba Ndiarème			
TOTAL			824	206

Source : Commune de Diourbel, 2006.

Au niveau de chaque site de nutrition, un tirage aléatoire a déterminé la liste des ménages à enquêter.

Section 9 ENQUETE

Les questionnaires ménages ont été administrés par trois (3) agents enquêteurs recrutés au regard de leur engagement communautaire et formés avec l'assistance de l'antenne régionale de l'ANSD.

Le déroulement de l'enquête est décrit par le tableau ci dessous:

Tableau 4.3 : Plan de collecte de données.

Jours	Quartiers	Enquêteurs			
		1	2	3	TOTAL
17/10	Demba Welle	10	5	0	15
	Grand Diourbel-Ndayanne	0	5	7	12
18/10	Ndiourbel Tock	0	0	10	10
	Dara Lamp	10	7	0	17
19/10	Mérina Tibo	12	13	0	25
	Baye Laye Gaye	0	0	10	10
20/10	Baye Laye Gaye	0	0	7	7
	Mbakhane	9	8	0	17
21/10	Hodjil	10	8	0	18
	Keur Serigne Mbaye Sarr	0	0	10	10
22/10	Keur Serigne Mbaye Sarr	0	6	0	6
	Lonkine	11	0	11	22
23/10	Mboudaye (ME)	5	10	7	22
	Médinatoul Mosquée (DS)	7	4	4	15
		74	66	66	206

Source : enquête octobre 2007, DESS/ADT/ENEA

Section 10 TRAITEMENT DES DONNEES

Les données issues des enquêtes ont fait l'objet d'un double traitement. D'abord une exploitation statistique (SPSS et EXCEL) puis une interprétation cartographique (MAP INFO 7.5 et ARC VIEW 3.2).

Dans le cadre de cette étude, les logiciels EXCEL et SPSS permettent de mettre en relation les différentes variables afin de révéler les éléments explicatifs, de lier entre elles les différentes variables. A ce niveau, les rapports de tableaux croisés dynamique et les cross tabs seront mis en œuvre. En outre, les analyses statistiques telles que la régression, la corrélation et les tests de Khi deux permettent de préciser la nature des relations établies.

$$\text{Corrélation : } \rho, \rho_{x,y} = \frac{\text{Cov}(X,Y)}{\sigma_x \sigma_y}$$

Le rapport de corrélation est le pourcentage de la variance totale expliquée par la régression. En tant que pourcentage, le rapport de corrélation est compris entre 0 et 1. Lorsque $\rho_{x,y}$ est égal à 1, alors, la moyenne des variances conditionnelles de Y est nulle. Ainsi, à la valeur xi de X correspond une seule valeur de Y et par conséquent Y liée fonctionnellement à X.

$$\text{Régression : } Y = f(X) \text{ ou } X = g(Y)$$

Soient deux (2) caractères quantitatifs X et Y, on s'intéresse à l'existence d'une liaison éventuelle entre eux. La régression fournit une expression de cette liaison

sous la forme d'une fonction qui peut être nulle¹², intermédiaire¹³ ou fonctionnelle¹⁴. On appelle courbe de régression de Y en x, la courbe représentative des moyennes conditionnelles x_j en fonction de y_j .

$$\text{Khi deux} : \chi^2 = \sum_{i=1}^l \sum_{j=1}^c \frac{(A_{ij} - E_{ij})^2}{E_{ij}}$$

A ce niveau, A_{ij} représente la fréquence réelle dans la i -^{ème} ligne et de la j -^{ème} colonne ; E_{ij} représente la fréquence prévue dans la i -^{ème} ligne et la j -^{ème} colonne ; l est le nombre de lignes et c le nombre de colonnes.

Le Khi deux est un indicateur de mesure de liaison entre deux variables. Si $\chi^2 = 0$, alors il y a indépendance statistique entre les deux caractères étudiés. Si χ^2 est proche de $n(p-1)$ alors, on peut penser à l'existence d'une liaison forte.

Les logiciels MAP INFO 7.5 et ARC VIEW 3.2 permettent de traduire et d'interpréter, sous l'angle spatial, les différentes variations de comportements observées à l'échelle de la ville.

Section 11 LIMITES DE LA RECHERCHE

A l'instar de nombreuses recherches scientifiques, plus particulièrement dans le domaine des sciences

¹² X et Y sont non corrélés.

¹³ Cas le plus fréquent.

¹⁴ $Y=f(X)$.

sociales, la présente étude présente un certain nombre d'imperfections qui en limitent la portée.

Au premier niveau se situe l'ambiguïté du rapport enquêteur enquêté. Si cette contingence est omniprésente, quel que soit le contexte (Morin et Bourdieu l'ont analysé pour la France, par exemple), il est instructif de repérer les spécificités que présente ce rapport dans le contexte de notre cadre de recherche.

Ensuite, les nombreuses variations que présentent les données statistiques d'un service à l'autre. S'y attache le fait que les données recueillies à partir des questionnaires comportent un certain risque lié à la transcription des informations par les agents enquêteurs.

Par ailleurs, l'approche statistique est indissociable de la notion d'erreur même si l'intervalle de confiance de 95% est retenu par le chercheur (soit un risque d'erreur de 5%).

Enfin, il ne nous a pas été loisible de procéder au choix d'un groupe semi- collectif¹⁵ lors des focus groups. Dans le cadre de la présente étude la constitution des groupes s'est faite au rythme de l'arrivée des femmes au niveau des points de prestation.

Nonobstant ces limites inhérentes à tout processus de recherche, les résultats issus de la présente étude conservent toute la fiabilité et la rigueur requises d'une analyse scientifique de cette envergure.

¹⁵ Groupe limité à six ou huit individus dont les profils et les ambitions sont, à la base, similaires ou rapprochés.

Partie II. RESULTATS DE L' ETUDE

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

Les résultats de l'étude seront exposés à partir de la présentation du cadre de l'étude (chapitre 5) puis des résultats de l'enquête menée au niveau des sites d'intervention du programme entre le 17 et le 23 octobre 2007 (chapitre 6).

La présentation du cadre d'étude repose sur les enseignements de la revue de littérature ainsi que des enquêtes spécifiques menées auprès des structures administratives de l'échelon départemental ou régional. A ce niveau nous adopterons une approche en entonnoir qui revêt l'avantage de positionner la commune en relation dynamique avec son hinterland.

Un second niveau d'analyse du cadre d'étude est celui de la présentation et de l'interprétation des résultats d'enquête qui seront organisés en cinq sections: la caractérisation des ménages, l'évacuation des ordures ménagères, la gestion des eaux domestiques, l'organisation communautaire et les actions entreprises.

Chapitre 05 CADRE DE L'ETUDE

Un principe essentiel et novateur des réformes apportées par le législateur de 1996 est celui de la prise en compte de l'espace en tant que cadre pertinent de promotion du développement économique et social. Cependant, le concept d'espace est essentiellement polysémique, nous tenterons de l'appréhender à travers trois de ses composantes :

◀ depuis le XVI^e siècle, le cadre biophysique constitue l'une des réalités les plus constantes du découpage zonal, à ce titre, il constituera le premier élément de définition de notre espace de travail (section 12).

◀ à l'examen du cadre biophysique, il convient d'adjoindre, dans une seconde section, l'analyse de la dynamique de la population du département ainsi que la portée de l'organisation administrative qui lui sert de cadre (section 13).

◀ dans un troisième temps, enfin, la dynamique communautaire sera posée comme le cadre primaire d'expression de la participation des populations (section 14).

Section 12 LE MILIEU BIOPHYSIQUE

Nous appréhenderons successivement la situation géographique de la commune dans le cadre national, les sols et le climat.

Sous Section 9 Situation géographique

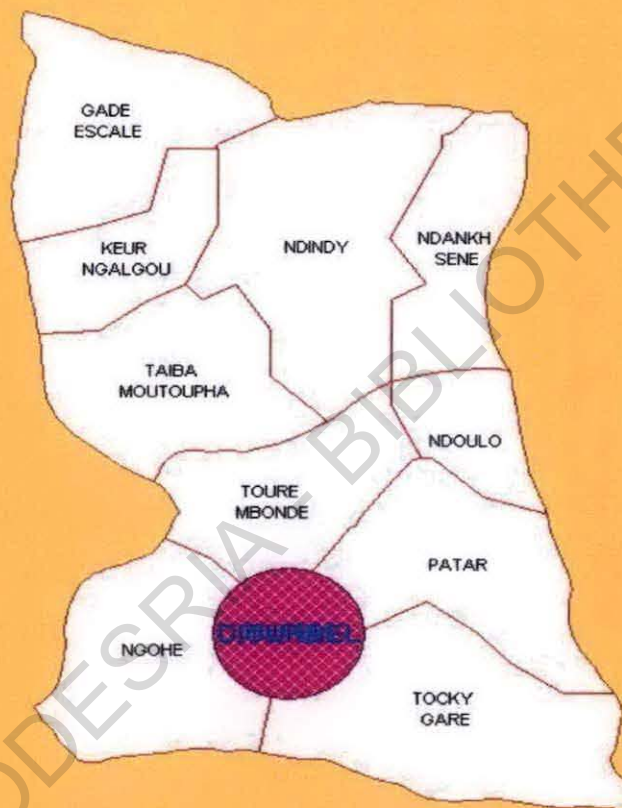
La région de Diourbel est la seule région du pays ne disposant ni d'une façade maritime, ni d'un affluent fluvial. Ainsi que le montre la carte administrative ci dessous, Diourbel est limitée par les régions de Thiès, Louga et Fatick. Diourbel se situe entre 14° 3' et 15° de latitude nord, et 15° 40' et 16° 40' de longitude ouest. Ses limites coïncident approximativement avec celles de

l'ancienne province coloniale du Baol. Sa superficie est de 4.769 km², soit 2,42% du territoire national.

Le département de Diourbel occupe une position centrale à l'échelle régionale. Le département représente 28,89% de la superficie régionale, soit 1.175 km². Au centre ouest du département de Diourbel, se situe la commune de Diourbel qui couvre une superficie de 36 km², soit 3,06% de l'étendue du département.

Le district sanitaire de Diourbel revêt les contours du département de Diourbel. Outre la commune de Diourbel, chef lieu de département, il comprend les dix (10) communautés rurales du département.



DEPARTEMENT DE DIOURBEL, CARTE ADMINISTRATIVE.

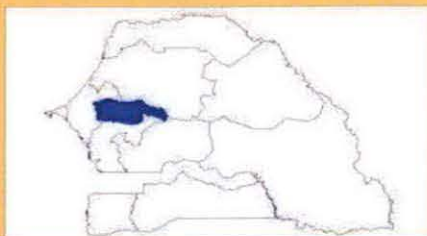


Projection: UTM.
Hémisphère Nord, Zone 28.
Source: SRAT Diourbel.
Réalisation: Cheikh Oumar NDIAYE,
DESS ADT/ENEA.

0 5 10
Kilomètres

LEGENDE

-  Commune de Diourbel
-  Limite de Communauté Rurale



Sous Section 10 Climat, sols, végétation et hydrologie

Le climat du département est de type quasi sahélien, avec l'alternance d'une saison sèche et d'une saison pluvieuse. La saison sèche s'étend sur huit (8) à neuf (9) mois. Elle est marquée par un vent dominant d'orientation sud-est/nord-est, très érosif¹⁶.

L'hivernage, qui couvre trois (3) ou quatre (4) mois, débute entre juin et juillet. Les précipitations causent une intense érosion hydrique. Ainsi que le figure le graphique 5.1 ci dessous, le département de Diourbel enregistre une pluviométrie moyenne de 475 m/m sur la décennie 1996-2006, soit la plus faible moyenne à l'échelle régionale. Sur la plage de temps, la pluviométrie du département excède la barre des 500 m/m en 1996, 2000 et 2005. L'écart type de la pluviométrie est de 97,9%, il traduit un cas de forte dispersion¹⁷ de la distribution statistique des précipitations. La pluviométrie se situe entre 300 et 500 m/m entre 1997 et 2002 et entre 2004 et 2005. L'année 2003 constitue la seule valeur de la série où la pluviométrie n'atteint pas 300 m/m.

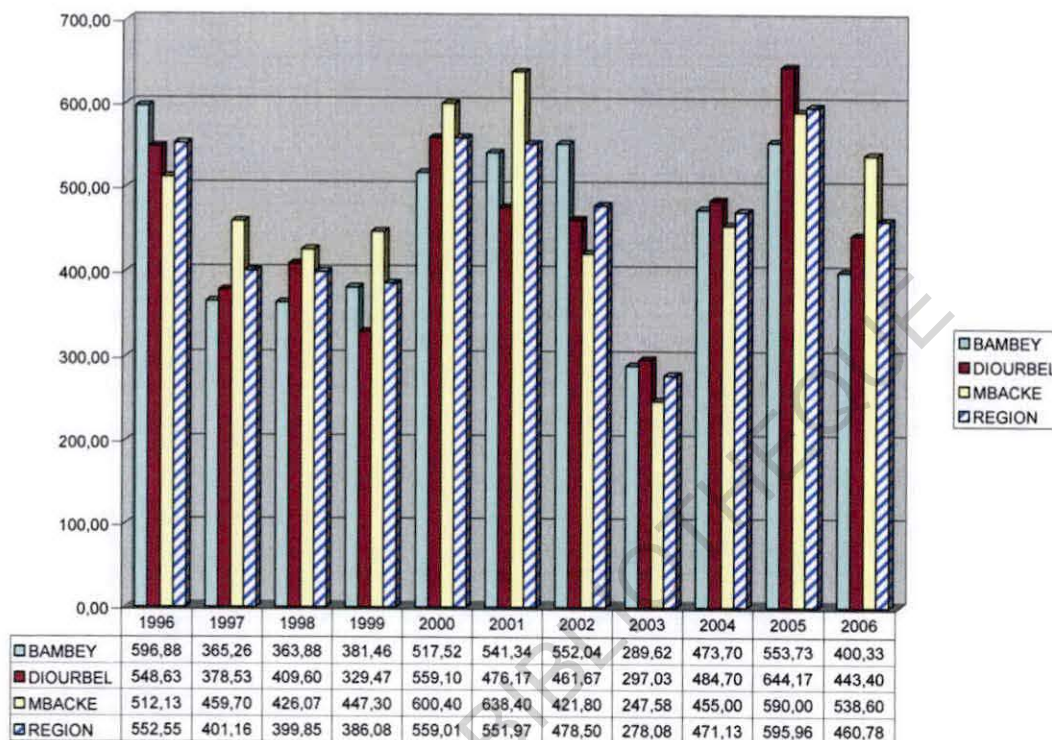
Depuis le milieu des années soixante dix (70), la tendance baissière de la pluviométrie influe négativement sur les performances agricoles de la région.



¹⁶ Occasionnant le décapage des dépôts alluvionnaires et de lithométhéores.

¹⁷ Pour une distribution statistique **normale**, la plupart des données se situent entre $\bar{A}-2\sigma$ et $\bar{A}+2\sigma$.

Graphique 5.1 : Pluviométries comparées des départements de la région de Diourbel



Source : Direction Régionale du Développement Rural (DRDR), 2007.

Le département de Diourbel appartient à la zone éco géographique dite du **bassin arachidier**. Au regard du Plan National d'Aménagement du Territoire (PNAT) le département est compris dans les zones d'aménagement spécifique, « J » correspondant au bassin arachidier ancien et « K », coïncidant avec le bassin arachidier du centre.

Trois types de **sols** se partagent l'espace départemental, ils sont décrits dans le tableau ci-dessous.

Tableau 5.1 : Sols caractéristiques et principales cultures portées.

SOLS	% SOLS DU DEPT	CARACTERISTIQUES	CULTURES PORTEES
DIOR	80	- pauvreté en matières organiques - forte perméabilité - faible capacité de rétention en eau.	Arachide, manioc, mil, niébé, pastèque.
DECK	15	Richesse en matières organiques	- mil, sorgho - maraîchage
DECK-DIOR	5	forte capacité de rétention de l'eau	maïs, sorgho, gombo, tomate.

Source : Direction Régionale du Développement Rural (DRDR), 2004.

Au plan hydrologique, le département de Diourbel, ne dispose pas d'eaux de surface pérennes, ses principales disponibilités en eaux souterraines sont décrites par le tableau ci dessous.

Tableau 5.2 : Description par arrondissement des principales nappes du département de Diourbel.

ARRONDISSEMENTS	NAPPES	PROFONDEUR
Ndindy	Maestrichtien	310 à 374 m
Ndoulo	Eocène	80 m

Source : Division Régionale de l'Hydraulique, 2004.

Outre les difficultés d'accès à la ressource induites par la profondeur des nappes, la très forte teneur en

fluor¹⁸ constitue un élément important de détérioration de la santé des populations.

La végétation ligneuse est composée de parcs arborés avec un tapis herbacé rabougri. Le département ne comporte pas de forêt naturelle.

Section 13 : DEMOGRAPHIE ET ORGANISATION ADMINISTRATIVE

Nous aborderons successivement le découpage administratif à l'échelle du département ainsi que la structure et la répartition de la population départementale.

Sous Section 11 Le découpage administratif

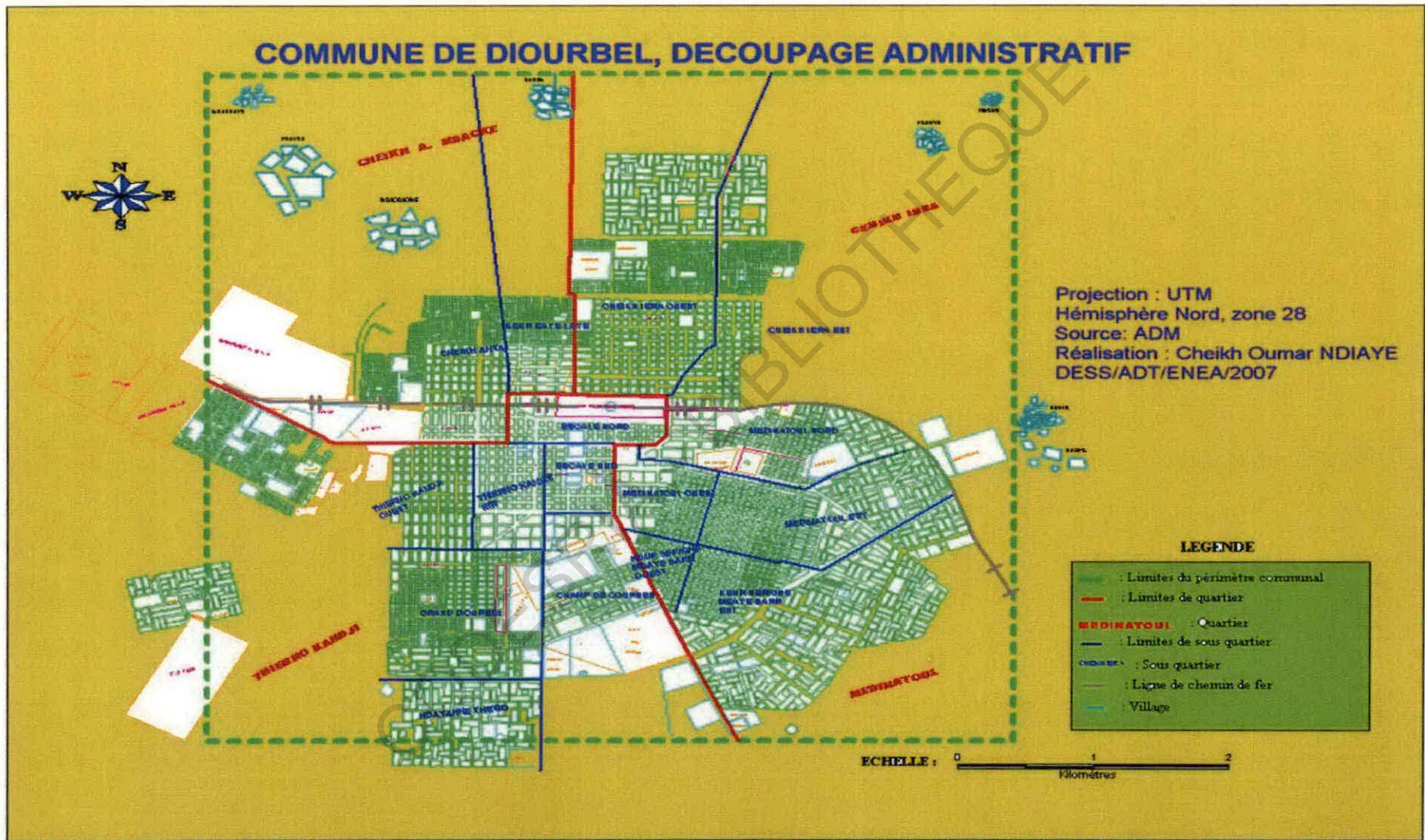
La configuration du département de Diourbel n'a pas été affectée par les modifications récentes intervenues dans le découpage régional¹⁹.

Le département de Diourbel compte deux (2) arrondissements, dix (10) communautés rurales et une (1) commune, celle de Diourbel, confère carte de la page 40.

La commune quant à elle est organisée en sous quartiers selon le découpage ci dessous.

18 Teneur en sel dépassant la norme définie par l'OMS

19 Il s'agit du décret n° 2002-166 du 21 février 2002, fixant le ressort territorial et les chefs lieux de région et de département, du décret n° 2006-391 du 27 avril 2006 modifiant le décret n° 76-191 et enfin du décret n° 2006-853 du 8 septembre 2006 portant rattachement de la communauté rurale de Khelcom à l'arrondissement de Malem Hoddar.



Sous Section 12 Une population jeune et très inégalement répartie

Depuis 1976²⁰, la population de la région de Diourbel est en augmentation constante. Elle est en effet passée de 422.968 à 1.055.920 habitants entre 1976 et 2002²¹. La région de Diourbel concentre un peu plus de 10% de la population nationale sur un territoire représentant 2,42% de la superficie nationale. Derrière la région de Dakar avec plus de 4.000 habitants au km², Diourbel concentre les plus fortes densités de population au plan national, soit 231 habitants au km² en 2003.

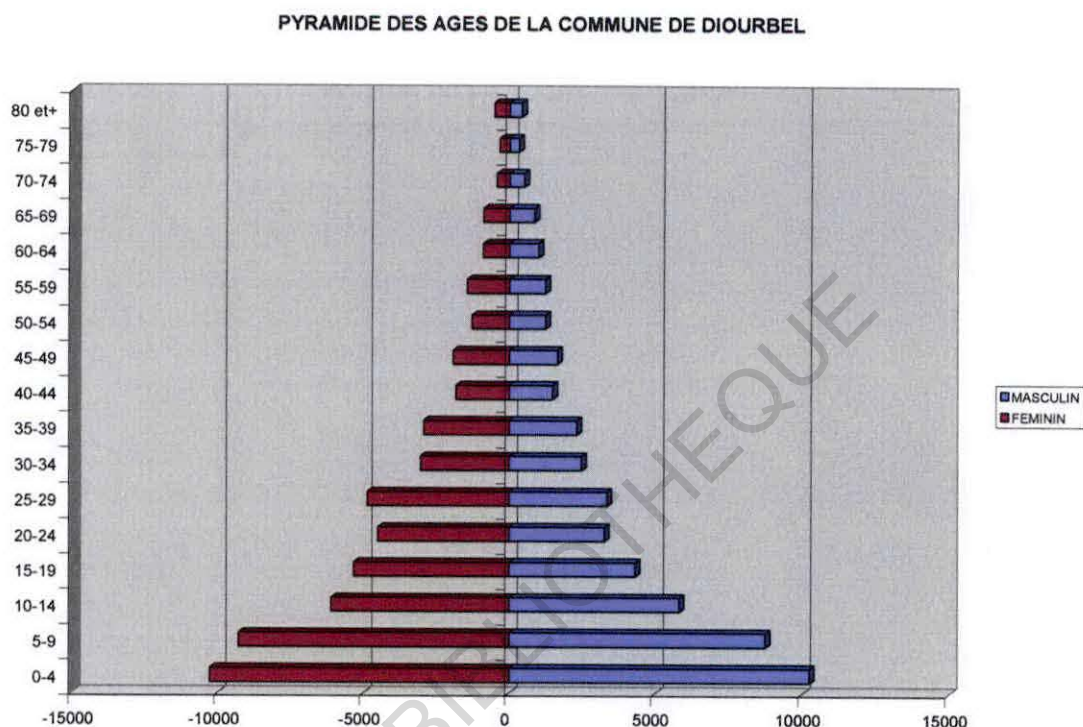
La population régionale est très jeune puisque constituée à 58,8% d'individus de moins de 20 ans. La population régionale est très inégalement répartie; en 2002, 60% des habitants résidaient dans le département de Mbacké qui connaît un taux de croissance démographique de 5,6% sur la période inter censitaire. D'après les résultats de l'Enquête Migrations et Urbanisation du Sénégal (EMUS) la région de Diourbel est passée du statut de foyer de départ, dans les années 1970 à celui de foyer d'accueil, dans les années 1990. Le département de Mbacké et notamment, l'agglomération de Touba constitue le principal réceptacle de cette migration interne.

La population du département de Diourbel présente globalement le même profil que la population régionale. Elle se caractérise principalement par sa jeunesse et son inégale répartition. La capitale départementale concentre, en effet 50,75% des habitants sur 0,51% du territoire départemental.

²⁰ Date du premier recensement général de la population et de l'habitat

²¹ Service Régional de la Prévision et de la Statistique, 2004

Graphique 5.2 : Pyramide des âges de la commune de Diourbel



Source : Bureau ANSD Diourbel, 2007.

Section 14 : UNE DYNAMIQUE COMMUNAUTAIRE ESSENTIELLEMENT ORIENTEE VERS LA PROMOTION DES ACTIVITES SOCIOECONOMIQUES

A ce niveau, il s'agira d'appréhender, les structures organisationnelles mises en place par les populations pour la prise en charge solidaire des problèmes de développement en général et de santé en particulier.

Nous analyserons successivement les associations de développement, les groupements et les organisations non gouvernementales.

Sous Section 13 Les associations de développement

Vingt quatre associations de développement ont été dénombrées à l'échelle du département de Diourbel²². 37,5% de ces associations se meuvent dans le secteur du petit commerce contre 16% dans le secteur de la transformation des produits agricoles. De plus en plus, cependant, on observe une orientation des activités des associations en direction du secteur de promotion de la santé.

Sous Section 14 Les G.I.E et les G.P.F

Onze (11) groupements de promotion féminine (GPF) ont été recensés dans la commune. Leur création remonte à 1987. 90,9% des GPF pratiquent le petit commerce à titre d'activité principale. L'embouche, le crédit revolving et la sensibilisation contre le SIDA constituent les autres centres d'intérêt.

Sous Section 15 Les programmes de santé

Trois (3) programmes de santé interviennent dans le département de Diourbel, à travers la région médicale :

²² Confère tableau annexe 7.

il s'agit du projet d'Appui à la Région Médicale de Diourbel (ARMD) de la GTZ et de la KFW.

Le projet ARMD fait suite à une première intervention du royaume de Belgique dans la région de Diourbel. C'est un projet d'appui aux Soins de Santé Primaires (SSP) dans la zone rurale de la région médicale de Diourbel. Il bénéficie cependant directement ou indirectement²³ à l'ensemble du système de santé régional à travers ses objectifs d'amélioration du rôle de référence des postes de santé ainsi que de l'amélioration des capacités de gestion des équipes cadres.

La coopération Allemande à travers la KFW et la GTZ a pris pour cadre l'hôpital régional Heinrich Lubké de Diourbel.

Section 15 : UNE ECONOMIE A BASE AGRICOLE ET ORIENTEE VERS L'ACTIVITE COMMERCIALE

Les mines, l'industrie et l'artisanat, le commerce, l'agriculture, l'élevage et la gestion des ressources naturelles serviront de support à l'analyse socioéconomique du département de Diourbel.

²³ Médicament, ressources humaines, plateau technique centres de santé, référence/contre référence, etc.

Sous Section 16 Des ressources minières quasi inexistantes

A l'image de la région, le département de Diourbel, se trouve très faiblement doté en ressources naturelles. On note cependant l'existence d'une carrière de sable localisée dans le sous quartier de Sessène.

Sous Section 17 L'industrie et l'artisanat

Le secteur artisanal formé par ses trois composantes (art, services et production) constitue l'une des vitrines de l'économie régionale. Au dernier recensement effectué par la chambre des métiers de Diourbel en 2004, le département de Diourbel regroupait 47,35% et 48,84% des artisans de la région. En outre, le département abrite 58,71% des unités artisanales de la région.

Le département abrite la SUNEOR (ex SONACOS.EIB), qui constitue l'un des fleurons du tissu industriel régional.

Sous Section 18 Le commerce

Le secteur commercial est le secteur traditionnel d'activité des populations de la région. Son analyse met en exergue le poids de l'agglomération de Touba. Celle ci polarise, en effet, 60% des stations d'essence et 80% des boulangeries de la région. A titre de comparaison, le département de Diourbel abrite 18% des stations d'essence de la région.

En outre le département compte trois (3) marchés permanents, dix (10) marchés hebdomadaires et deux cent vingt deux (222) commerçants répertoriés dans les trois catégories définies par les services du commerce.

Sous Section 19 L'agriculture, l'élevage et la gestion des ressources naturelles

La région de Diourbel est celle qui présente la plus faible biodiversité du pays avec seulement trois cent quatre vingt (380) espèces recensées. En outre, les actions anthropiques au nombre desquelles la pression foncière et les pratiques culturelles néfastes compromettent la restauration des sols.

L'agriculture constitue un maillon central de l'économie régionale. A la lumière du SRAT, elle révèle quatre principales tendances qui sont la baisse des superficies mises en culture par les ménages ruraux²⁴, la baisse en proportion des ménages ruraux pratiquant l'agriculture, la pratique quasi exclusive²⁵ de l'agriculture pluviale et la vétusté du matériel de culture essentiellement acquis dans le cadre du programme agricole²⁶.

Au niveau du département de Diourbel, la population rurale a baissé de 9% entre 1976 et 2000, tandis qu'elle augmentait, dans le même temps de 10% dans le département de Mbacké.

²⁴ D'après le Recensement National de l'Agriculture, elles connaissent une baisse de 72% entre 1960 et 2000.

²⁵ A 97%

²⁶ Le programme agricole a pris fin en 1980.

Les superficies cultivées se situent annuellement autour de 51.944 ha, soit 25,97% des superficies annuellement emblavées dans la région. Les principales spéculations pratiquées sont le mil, le niébé, l'arachide et le sorgho. Le bilan céréalier est largement déficitaire avec un taux de couverture départemental de 53,16%²⁷, soit une durée de couverture des besoins de 6 mois 15 jours environ. Au niveau de la commune de Diourbel, le maraîchage constitue la principale activité agricole ; il se pratique dans les bas fonds du sous quartier de Sessène.

L'élevage est pratiqué en association avec l'activité agricole. Selon les statistiques de la Direction Régionale du Développement Rural (DRDR), le cheptel départemental représentait, en 2003, 29,81% des ovins, 44,17% des ovins caprins, 32,46% des équins et 33,99% des asins.

Section 16 LE PRN DANS LE DISPOSITIF SANITAIRE DU DISTRICT

Les développements ci dessous tendent à identifier les modalités par lesquelles le programme de renforcement de la nutrition contribue à la réalisation des objectifs de santé publique²⁸ tels que définis par le programme national de développement sanitaire et social (PNDSS).

²⁷ DRDR Diourbel, 2007.

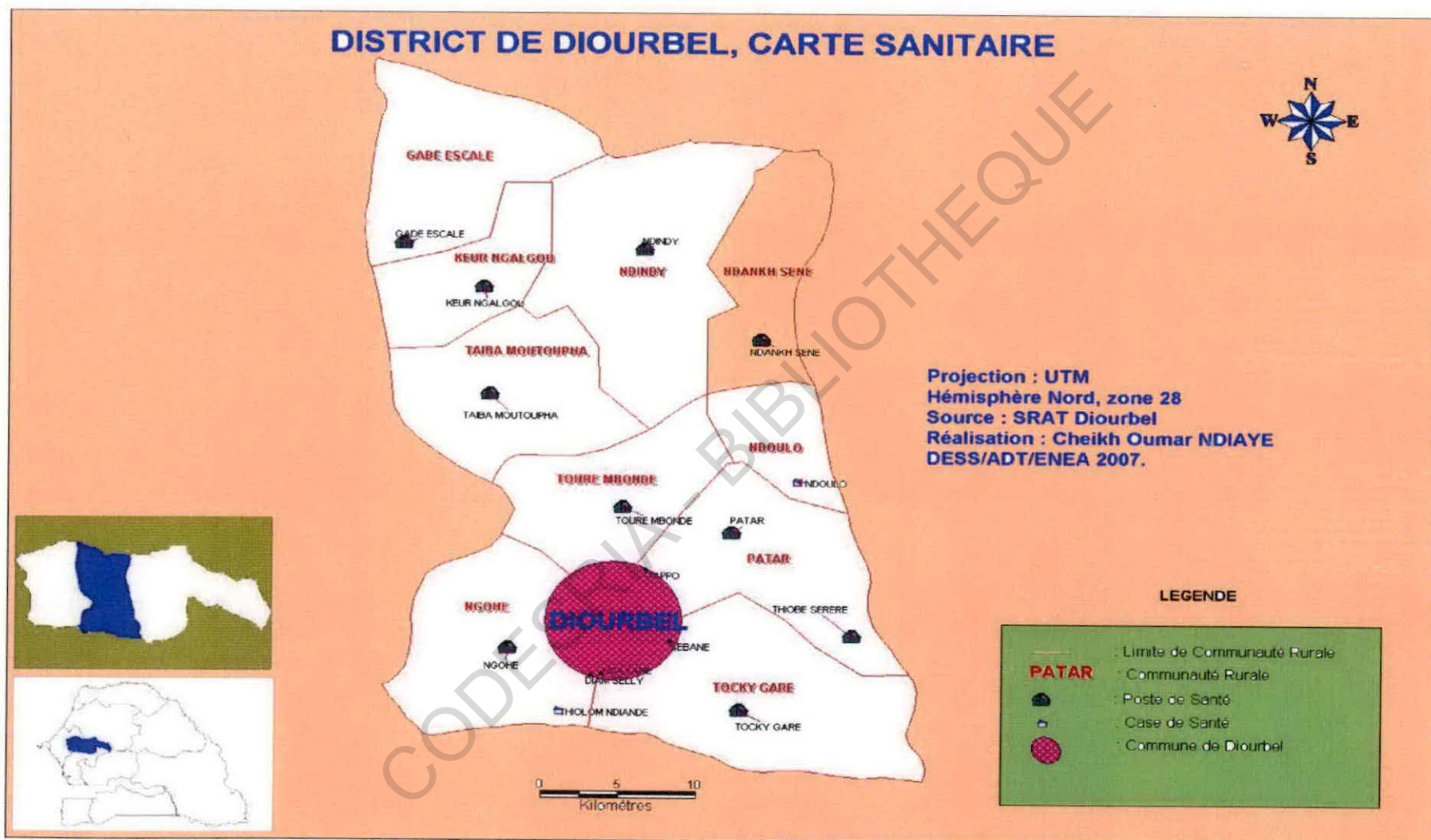
²⁸ Le PNDS s'articule autour de onze orientations stratégiques pour atteindre l'objectif «améliorer l'état de santé des populations».

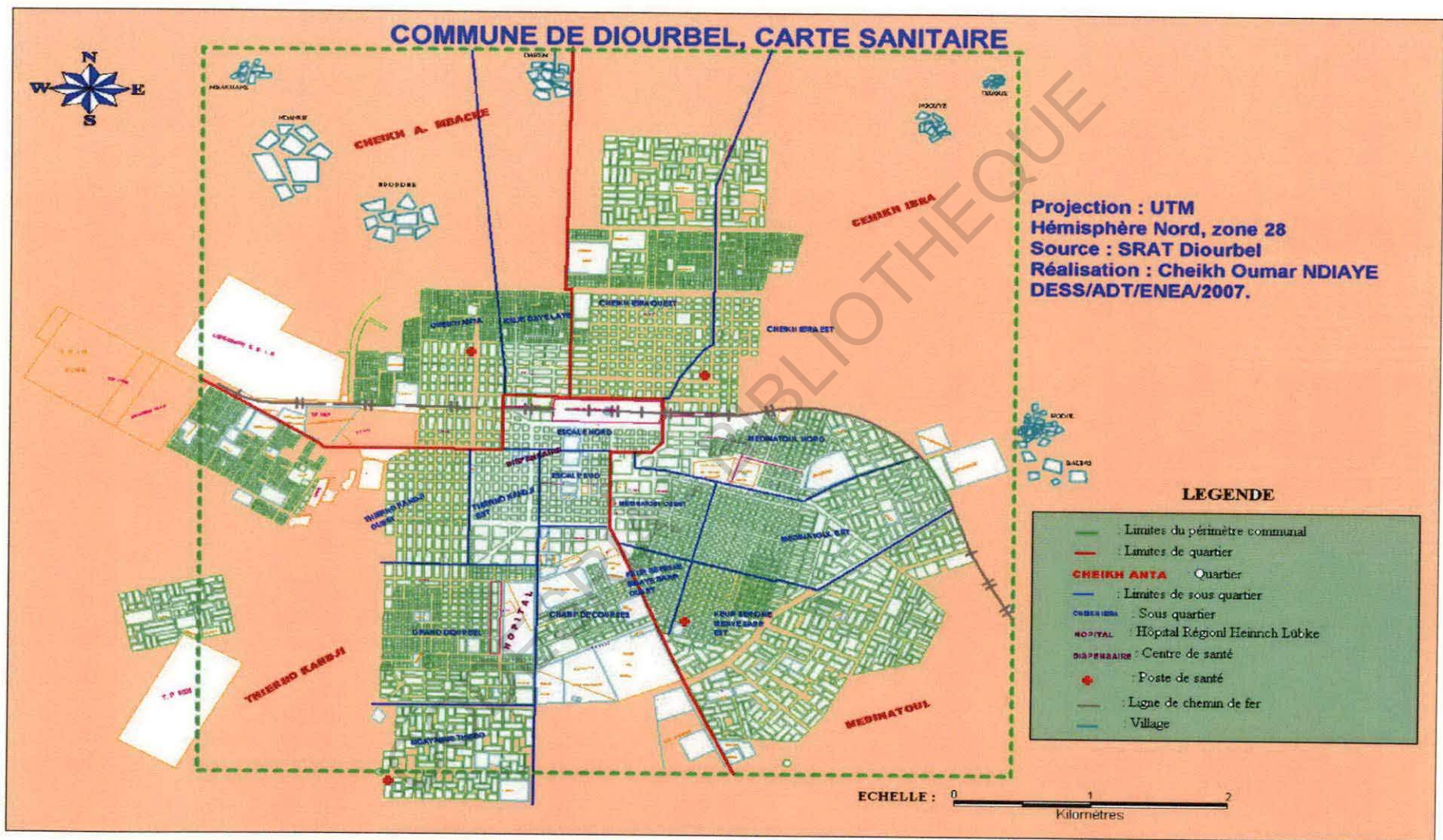
Ce questionnement, s'effectuera autour de l'analyse du schéma institutionnel puis de la mise en œuvre du PRN.

Les illustrations proposées dans les pages ci-dessous présentent la cartographie des infrastructures sanitaires autant à l'échelle du district qu'à l'échelle de la commune.

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

DISTRICT DE DIOURBEL, CARTE SANITAIRE





Ainsi que nous l'avons annoncé à la section 17, sous section 3, les contours du district sanitaire de Diourbel se confondent avec ceux du département. À l'exception de Patar qui en compte deux (2), chacune des neuf (9) autres communautés rurales qui composent le district abrite un poste de santé. Trois (3) Communautés rurales comportent des cases de santé. Malgré un effort important consenti au cours des dix dernières années en matière d'accès le maillage des infrastructures sanitaires pose à l'évidence un problème d'accès des populations aux structures et donc aux soins de santé. La prise en charge des problèmes de malnutrition au niveau du district se heurte aux difficultés de déplacement des populations, à leur faible niveau d'information et à la faible qualification du personnel.

Au niveau de la commune quatre postes de santé complètent le dispositif articulé autour du centre de santé, siège du district. L'hôpital régional Heinrich Lübke qui ne relève pas hiérarchiquement du district constitue cependant une opportunité pour les populations. Toutes les structures dispensent des conseils PCIME et interviennent dans la mise en œuvre du PRN.

Sous Section 20 le schéma institutionnel du PRN

Paragraphe 1 La stratégie : le faire faire

L'exécution du PRN est également novatrice en termes d'approche. Se substituant à l'approche classique d'exécution directe des activités par la mise en œuvre de ressources matérielles et humaines propres, le PRN, à

travers la stratégie dite du faire faire s'appuie sur les ressources locales.

Dans le cadre de cette option, le programme déroule un processus de sélection d'Agence d'Exécution Communautaire (AEC) aux fins de découvrir la meilleure offre en termes de prestation de services nutritionnels à base communautaire disponible sur le marché et répondant au mieux à ses besoins.

Paragraphe 2 Les intervenants de terrain

Au niveau des points de prestation, la mise en œuvre du projet s'appuie sur des agences d'exécution communautaire et des structures institutionnelles de participation des populations.

Sélectionnées à l'issue d'un avis d'appel à la concurrence, les AEC sont chargées de l'exécution du PRN à l'échelle du district sanitaire. Dans ce cadre, l'ONG World Vision retenue au terme du processus de sélection met en œuvre, depuis mai 2004, un projet dénommé « Baol Nutrition », dans le département de Diourbel. A cet effet, l'AEC s'appuie sur un système pyramidal dont la base est constituée par les agents relais communautaires (ARC) recrutés au sein des communautés. L'activité des ARC est encadrée par un superviseur qui contrôle l'évolution des services au niveau des points de prestation. Enfin, un coordinateur, à l'échelle du district agence l'ensemble des activités qui concourent à l'atteinte des objectifs nutritionnels.

Sous la tutelle des comités de quartiers, les différents comités de gestion élus par les communautés (des bornes fontaines, des activités communautaires) au

niveau des quartiers constituent les structures institutionnelles de participation des populations. Les comités sont liés à l'AEC par un protocole d'accord qui vise un partage des responsabilités. Les comités sont chargés de la gestion et de la mise en œuvre des activités à base communautaire recommandée par le PRN. Enfin, la commune, à travers le point focal désigné pour le suivi du projet est tenue informée du déroulement des activités.

Depuis juillet 2007, suite au retrait de l'AEC World Vision, le district sanitaire, en accord avec le BER de Thiès-Diourbel coordonne et supervise les prestations de services au niveau des sites de nutrition.

Sous Section 21 La mise en œuvre du PRN

Paragraphe 3 Les aspects nutritionnels

Des démonstrations culinaires sont effectuées dans les points de prestation avec, comme objectifs, la promotion et la valorisation de la consommation des produits locaux. Les démonstrations permettent de mieux comprendre une technique notamment par l'application pratique de théories développées grâce à un matériel mis à disposition par le programme.

Planifiés à l'issue des pesées, les entretiens individuels constituent un moment privilégié de diagnostic participatif en compagnie de la personne en charge de la santé de l'enfant. Ils peuvent donner lieu à des visites domiciliaires.

Dans certains cas, l'administration de **vitamine A** et d'oligo éléments est recommandée par le programme, sous la

supervision des autorités du district sanitaire. L'opération est souvent couplée aux journées nationales de vaccination.

Paragraphe 4 Les aspects opérationnels

La promotion de la vaccination des enfants constitue un élément essentiel d'amélioration de leur statut nutritionnel. Par ce biais, le PRN contribue de façon déterminante à l'atteinte des objectifs de couverture vaccinale dégagés par le niveau national et mis en œuvre par le district. Suivant les statistiques des points de prestation de services de nutrition, le taux d'enfants complètement vaccinés est de 87%.

Dans le cadre de la promotion de l'accès à l'eau potable, le PRN a procédé, depuis 2004, à l'implantation de six (6) bornes fontaines au niveau des quartiers périphériques. Les points de prestation de Diourbel Tock (2), Grand Diourbel-Ndayanne, Keur Baye Laye et Mérina Tibo ont ainsi été ciblés. Les recettes générées par ces équipements sont obligatoirement domiciliées dans le compte d'une institution financière et gérées par un bureau comprenant un(e) président(e), et une fontainière. L'utilisation des ressources est limitativement spécifiée. Elles servent à apurer les factures de la Sénégalaise Des Eaux (SDE), à assurer l'entretien éventuel de la borne fontaine, à dégager les ressources nécessaires à la démonstration culinaire et à rémunérer la fontainière.

Les pesées constituent un élément essentiel du suivi promotion de la croissance ; à ce titre, elles se situent au cœur du dispositif de Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME). Elles permettent, chaque mois, de suivre l'évolution du statut pondéral de

l'enfant, premier indicateur de son statut nutritionnel. La pesée sert également de soubassement aux entretiens individuels. Elle encourage aussi le développement de stratégies telles que la vaccination, la promotion du déparasitage systématique, l'amélioration de l'alimentation de l'enfant par le biais de démonstrations culinaires.

Tableau 5.3 : Pesées effectuées dans le district de Diourbel

SOUS QUARTIERS	PESEES	
Baya laye gaye	66	8,01%
Daaray lamp	68	8,25%
Darou salam	61	7,40%
Hodjil	72	8,74%
Keur Serigne Mbaye Sarr	62	7,52%
Lonkine	89	10,80%
Mbakhane	71	8,62%
Medinatoul est	86	10,44%
Merina tibo	101	12,26%
Ndiourbel tock	40	4,85%
T kandji l	59	7,16%
T kandji sud	49	5,95%
Total	824	100,00%

Source : BER Thiès, septembre 2007.

Huit cent vingt-quatre (824) pesées ont, au total, été effectuées dans la commune. Elles révèlent globalement une amélioration de seize (16) points du statut nutritionnel des enfants²⁹.

La **mobilisation sociale** permet de susciter et de développer l'adhésion des populations du quartier aux objectifs du programme. Aux termes du manuel de formation des maîtres d'œuvre communautaires, elle constitue « un processus de communication planifié en vue d'impliquer, à travers la sensibilisation de masse, tous les échelons de la société dans la dynamique de résolution de problèmes posés à la société ». Véritable instrument de plaidoyer,

²⁹ La prévalence de la malnutrition est ainsi passée de 24 à 8%.

la mobilisation sociale vise, entre autres objectifs, l'enracinement de la volonté de changement de comportement nutritionnel. La périodicité des mobilisations sociales est trimestrielle.

Enfin, dans la mesure où les points de prestation de services nutritionnels sont localisés dans des quartiers pauvres urbains, un filet de sécurité est mis en place à travers les projets dits « Small Grant ». Il s'agit, à ce niveau, de micro subventions accordées par le PRN aux mères d'enfants bénéficiaires des services de nutrition. Chaque point de prestation a ainsi reçu la somme de trois cent cinquante mille francs (350.000 FCFA) administrée par un bureau. Les financements Small Grant ont permis le financement de diverses activités tournant autour du crédit revolving et du micro commerce. Au niveau des points de prestation de Mbakhane et de Lonkine, les financements initiaux ont été fructifiés, après 2 ans de mise en oeuvre. A Médinatoul Est, Grand Diourbel-Ndayanne et Hodjil une stagnation des financements a été notée. Au niveau des autres points de prestation (Demba Welle, Ndiourbel Tock, Dara Lamp, Mérina Tibo, Baye Laye Gaye, Keur Serigne Mbaye Sarr et Mboudaye) des problèmes de gestion de l'enveloppe globale sont apparus, nécessitant même l'intervention du Préfet de département à Demba Welle.

Deux enseignements majeurs ressortent des financements Small Grant : les expériences réussies sont localisées dans les quartiers périphériques de la commune, tandis que celles qui ont été développées dans les sous quartiers proches du central district business se sont soldées par un échec.

Chapitre 06 PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS

Les développements qui vont suivre ont pour objectif d'analyser les caractéristiques spécifiques des ménages enquêtés d'un point de vue statistique et suivant une approche sociologique.

Section 17 LES MENAGES

La caractérisation des ménages constitue la première étape de la description de notre échantillon.

Tableau 6.1 : Poids relatif des quartiers de la commune

QUARTIERS	POPULATION RELATIVE
Thierno Kandji	15,77%
Cheikh Ibra	22,55%
Cheikh Anta	16,80%
Médinatoul	44,89%
COMMUNE	2435

Source : enquête octobre 2007, DESS/ADT/ENEA

Au terme de l'enquête, les populations relatives touchées diffèrent légèrement du poids relatif des quartiers à l'échelle de la commune. Ainsi Thierno Kandji qui abrite 31,16% de la population municipale ne représente que 15,77% de la population globale de l'échantillon. A contrario, Médinatoul qui représente 38,73% de la population de la commune est représentée pour 44,89% dans l'échantillon.

Le cadre familial des bénéficiaires du programme est déterminant dans la prise en charge de la petite enfance. Le tableau ci-dessous précise les aspects saillants des ménages concernés.

Tableau 6.2 : Caractéristiques démographiques des ménages de l'échantillon

QUARTIERS ET SOUS QUARTIERS	STAT_CM		MOY_ENF	MOY_PRS_MNG
	MONO	POLY		
Demba Welle	11	3	2,00	10,85
Grand Diourbel_Ndayanne	8	4	1,58	9,58
Ndiourbel Tock	10	0	2,20	11,70
THIERNO KANDJI	29	7	1,93	10,71
Dara Lamp	10	7	1,53	11,00
Mérina Tibo	11	14	1,40	14,48
CHEIKH IBRA	21	21	1,47	12,74
Baye Laye	10	7	1,65	12,47
Mbakhane	11	6	1,47	11,59
CHEIKH ANTA	21	13	1,56	12,03
Hodjil	11	6	1,67	9,22
Keur S M Sarr	10	6	2,00	11,50
Lonkine	15	5	1,91	11,77
Mboudaye	17	5	1,50	13,05
Medinatoul Mosquée	11	4	1,67	13,13
MEDINATOUL	64	26	1,75	11,73
DIOURBEL	135	67	1,68	11,80

Source : enquête octobre 2007, DESS/ADT/ENEA

Du point de vue de la situation matrimoniale, l'échantillon est composé, à 66,83% par des monogames contre 33,17% de polygames. A ce niveau, la distribution spatiale des deux grands groupes se conforme au poids relatif des différents sous quartiers, avec par exemple 31,68% des ménages de l'échantillon résidant à Médinatoul.

Les ménages comprennent, en moyenne 1,68 enfant et 11,8 personnes.

Section 18 EVACUATION DES ORDURES MENAGERES

La gestion du cadre de vie des bénéficiaires du programme est déterminante dans la santé nutritionnelle,

d'où l'importance de l'analyse des systèmes d'évacuation des ordures. Le tableau ci-dessous décrit les principales modalités de l'évacuation des ordures ménagères.

Tableau 6.3 : Modalités d'évacuation des ordures ménagères

QUARTIERS	ENF	VEH HIP	DEP SOV	VOIT RAMAS
Demba Welle	2	7	4	1
Grand Diourbel Ndayanne	2	2	7	1
Ndiourbel Tock	3	1	6	0
THIERNO KANDJI	7	10	17	2
Dara Lamp	0	12	5	0
Mérina Tibo	0	18	7	0
CHEIKH IBRA	0	30	12	0
Baye Laye	0	2	15	0
Mbakhane	1	10	6	0
CHEIKH ANTA	1	12	21	0
Hodjil	1	0	13	4
Keur Serigne Mbaye Sarr	0	5	11	0
Lonkine	4	3	15	0
Mboudaye	0	4	18	0
Medinatoul Mosquée	0	3	11	1
MEDINATOUL	5	15	68	5
DIOURBEL	13	67	118	7

Source : enquête octobre 2007, DESS/ADT/ENEA

Les dépôts sauvages, avec 57,56% des ménages de l'échantillon constituent le principal mode d'évacuation des ordures ménagères. Disséminés à travers l'espace communal, ils traduisent la déficience globale du système d'évacuation des ordures ménagères.

Les véhicules hippomobiles à traction équine ou asine constituent, avec 32,68%, le second mode le plus fréquemment usité en matière d'évacuation des ordures ménagères. L'évacuation par véhicules hippomobiles traduit une première réponse des ménages, aussi sommaire soit elle, à la production quotidienne des ordures ménagères. La collecte des ordures ménagères par les véhicules

hippomobiles s'effectue sous l'égide des GIE de quartiers, elle fait, dans certains cas, l'objet d'initiatives communautaires qui seront abordées à la section 25.

L'évacuation par les voitures de ramassage, avec 3,41% des ménages de l'échantillon, constitue le mode le plus élaboré d'enlèvement des ordures ménagères. Ce système d'évacuation est mis en place par la commune.

L'enfouissement des ordures ménagères dans ou à proximité immédiate des concessions touche 6,34% des ménages de l'échantillon. Il constitue la solution d'accommodation des populations face au problème de la prise en charge des ordures ménagères.

Il convient de souligner à ce niveau que la commune de Diourbel ne dispose ni d'une décharge contrôlée ni d'un centre d'enfouissement technique. De ce point de vue les initiatives en matière d'évacuation des ordures ne constituent en fait que des stratégies de transposition géographique du problème de la gestion des ordures ménagères.

Les modes d'évacuation des ordures ménagères peuvent être mis en relation avec le type de logement et/ou le type d'aisance.

Tableau 6.4 : Type logement et gestion des ordures ménagères

TYP_LOG * OM Crosstabulation

Count		OM				Total
		DEPOT SAUVAGE	ENFOUIS SEMENT	VEH HIPPOMOB	VOITUR RAMAS	
TYP_LOG	5176					5176
DUR		57	4	55	7	123
PAILLE		61	9	12		82
Total	5176	118	13	67	7	5381

Source : enquête octobre 2007, DESS/ADT/ENEA

A ce niveau, il apparaît, au regard de l'échantillon, que le type principal de logement ne constitue pas un critère déterminant du mode d'évacuation des ordures ménagères.

Dans ce cadre, le tableau ci-dessous présente les éventuelles relations entre l'évacuation des ordures ménagères et le type d'aisance des ménages.

Tableau 6.5 : Type d'aisance et évacuation des ordures ménagères

TYP_AIS * OM Crosstabulation

Count		OM				Total
		DEPOT SAUVAGE	ENFOUISSEMENT	VEH HIPPOMOB	VOITUR RAMAS	
TYP_AIS	5176					5176
LATRINES		37	5	8	2	52
NATURE		11	3	4		18
WC		70	5	55	5	135
Total	5176	118	13	67	7	5381

Source : enquête octobre 2007, DESS/ADT/ENEA

La même remarque peut être faite pour ce qui concerne la relation entre le type principal de logement et le type d'aisance. Il est cependant à observer, à ce niveau, que les ménages ayant recours aux WC sont ceux pour lesquels le véhicule hippomobile constitue la principale modalité d'évacuation des ordures ménagères, la régression est de 96%.

Section 19 GESTION DES EAUX DOMESTIQUES

Tableau 6.6 : Principale modalité de l'habitat

QUARTIERS	HABITAT	
	DUR	PAILLE
Demba Welle	10	4
Grand Diourbel-Ndayanne	7	5
Ndiourbel Tock	1	9
THIERNO KANDJI	18	18
Dara Lamp	11	6
Mérina Tibo	22	3
CHEIKH IBRA	33	9
Baye Laye	8	9
Mbakhane	17	0
CHEIKH ANTA	25	9
Hodjil	9	9
Keur Serigne Mbaye Sarr	9	7
Lonkine	12	10
Mboudaye	9	13
Medinatoul Mosquée	8	7
MEDINATOUL	47	46
DIOURBEL	123	82

Source : enquête octobre 2007, DESS/ADT/ENEA

L'habitat constitue le cadre physique dans lequel se meuvent les ménages. A ce titre, sa configuration est déterminante dans le développement de comportements nutritionnels assurant la promotion de la santé maternelle et infantile. 60% des ménages interviewés résident dans un habitat principalement constitué de constructions en dur contre 40% dans un habitat en paille. Le mode principal d'habitat constitue un indicateur correct du niveau de pauvreté. Il est à remarquer qu'aucun des ménages enquêtés du quartier de Mbakhane ne réside dans une concession en paille. A contrario, seuls 0,49% des ménages de Ndiourbel Tock résident dans une concession en dur.

Tableau 6.7 : Principal mode d'aisance des ménages

QUARTIERS	TYPE D' AISANCE		
	WC	LATRINES	NATURE
Demba Welle	10	3	1
Grand Diourbel-Ndayanne	10	2	0
Ndiourbel Tock	1	5	4
THIERNO KANDJI	21	10	5
Dara Lamp	13	4	0
Mérina Tibo	23	2	0
CHEIKH IBRA	36	6	0
Baye Laye	6	11	0
Mbakhane	17	5	0
CHEIKH ANTA	23	16	0
Hodjil	11	5	2
Keur Serigne Mbaye Sarr	10	5	1
Lonkine	16	3	3
Mboudaye	10	5	7
Medinatoul Mosquée	8	7	0
MEDINATOUL	55	25	13
DIOURBEL	135	57	18

Source : enquête octobre 2007, DESS/ADT/ENEA

Au niveau de l'échantillon, les WC avec fosses constituent le principal type d'aisance des ménages. Les latrines constituent la seconde modalité, avec 27,8% des ménages. Il est à remarquer que 8,78% des ménages satisfont encore leurs besoins dans la nature. Ce point est assez sensible dans la mesure où, au-delà du péril fécal et de ses incidences sur la malnutrition protéino-énergétique se pose celui du choléra dont l'agglomération voisine de Touba Mosquée semble constituer un foyer quasi endémique. Le quartier de Médinatoul est celui où les populations recourent le plus à l'utilisation de la nature en tant que mode d'aisance. Le point de prestation de Mboudaye retient l'attention dans la mesure où il concentre, à lui seul, 3,41% des réponses visées.

Tableau 6.8 : Type de logement et mode d'aisance

TYP_LOG * TYP_AIS Crosstabulation

Count		TYP AIS			Total
		LATRINES	NATURE	WC	
TYP_LOG		5176			5176
	DUR		6	117	123
	PAILLE		46	18	82
Total		5176	52	135	5381

Source : enquête octobre 2007, DESS/ADT/ENEA

La relation entre le type de logement et le type d'aisance est assez forte. Conformément à la théorie des modèles et valeurs foncières, nous observons que dans les concessions principalement constituées de matériaux en dur, les WC constituent le principal mode d'aisance. Les latrines et la nature constituent le mode d'aisance au niveau des concessions où la paille constitue le principal matériau de construction.

Tableau 6.9 : Type de logement et évacuation des eaux usées

TYP_LOG * O_USE Crosstabulation

Count		O USE		Total
		CANALISATION	NATURE	
TYP_LOG		5176		5176
	DUR		1	122
	PAILLE			82
Total		5176	1	204

Source : enquête octobre 2007, DESS/ADT/ENEA

L'incidence du type de logement sur le mode d'évacuation des eaux usées est marginale, le recours à la nature étant le mode quasi exclusif d'évacuation des eaux usées.

Il convient à présent de s'attacher au mode d'approvisionnement en eau potable des ménages de l'échantillon décrit par le tableau 6.10 ci-dessous.

Tableau 6.10 : Approvisionnement en eau potable des ménages

	ACCES A L'EAU POTABLE	
	ROBINET	PUITS
Demba Welle	8	6
Grand Diourbel-Ndayanne	6	6
Ndiourbel Tock	4	6
THIERNO KANDJI	18	18
Dara Lamp	12	5
Mérina Tibo	24	1
CHEIKH IBRA	36	6
Baye Laye	8	9
Mbakhane	15	2
CHEIKH ANTA	23	11
Hodjil	11	7
Keur Serigne Mbaye Sarr	12	4
Lonkine	19	3
Mboudaye	13	9
Medinatoul Mosquée	9	6
MEDINATOUL	64	29
DIOURBEL	141	64

Source : enquête octobre 2007, DESS/ADT/ENEA

Le robinet constitue la principale modalité d'approvisionnement en eau potable, avec 68,78% des ménages. Il convient cependant d'observer que 31,22% des ménages utilisent l'eau de puits comme eau de boisson. L'importance relative de cette modalité s'explique par la forte teneur en fluor évoquée à la sous section 4. Les quartiers Thierno Kandji (8,78%) et Médinatoul (14,15%) sont ceux où la consommation d'eau de puits est la plus courante. Cette situation n'est à l'évidence pas sans répercussion sur l'état nutritionnel des enfants.

La variable accès à l'eau potable peut elle être expliquée par d'autres modalités de notre échantillon au premier rang desquelles le type de logement ?

Tableau 6.11 : Type de logement et accès à l'eau potable

TYP_LOG * AEP Crosstabulation

Count		AEP			Total
			PUITS	ROBINET	
TYP_LOG		5176			5176
	DUR		23	100	123
	PAILLE		41	41	82
Total		5176	64	141	5381

Source : enquête octobre 2007, DESS/ADT/ENEA

Le type de logement semble bien constituer un critère discriminant de l'accès à l'eau potable des ménages enquêtés. En effet le rapport de corrélation entre le type principal de logement et la modalité d'approvisionnement en eau potable est de 98%.

Tableau 6.12 : Accès à l'eau potable et nombre de personnes vivant dans le ménage

AEP * NBR PRS_MNG Crosstabulation

Count		NBR PRS MNG																											
		3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	25	26	28	3				
AEPUI		1	3	4	4	4	4	5	8	2	9	2	2		2	4	1	1	2	1		1	1						
ROB		2	3	7	8	11	12	14	21	10	8	1	5	12	1	4	3		9	1	2			2					
Total		3	6	11	12	15	16	19	29	12	17	3	7	12	3	8	4	1	11	2	2	1	1	2					

Source : enquête octobre 2007, DESS/ADT/ENEA

L'accès à l'eau potable est aussi une fonction décroissante de la population du ménage.

Section 20 ORGANISATION COMMUNAUTAIRE

Dans les développements qui vont suivre, seront abordées les modalités par lesquelles les populations s'organisent, mais encore et surtout les domaines d'action privilégiés par les mécanismes sociaux de regroupement. Quels sont les domaines d'actions dans lesquels les populations ont mis en place un système organisationnel permettant d'améliorer leurs conditions de vie et accessoirement de faciliter la mise en œuvre du PRN ?

Tableau 6.13 : Organisation communautaire adoptée dans les points de prestation

QUARTIERS	AD_OCB	ORGANISATION COMMUNAUTAIRE	
		DEPAR	MOUSTIK
Demba Welle	5	5	8
Grand Diourbel-Ndayanne	2	3	3
Ndiourbel Tock	0	4	3
THIERNO KANDJI	7	12	14
Dara Lamp	9	10	5
Mérina Tibo	13	17	3
CHEIKH IBRA	22	27	8
Baye Laye	13	13	2
Mbakhane		10	7
CHEIKH ANTA	13	23	9
Hodjil	2	7	8
Keur Serigne Mbaye Sarr	5	11	2
Lonkine	6	13	4
Mboudaye	3	4	13
Medinatoul Mosquée	7	4	4
MEDINATOUL	23	39	31
DIOURBEL	65	101	62

Source : enquête octobre 2007, DESS/ADT/ENEA

L'adhésion aux organisations communautaires de base s'avère être assez faible dans l'échantillon. Sous ce rapport, les données de l'enquête ne font que corroborer la dynamique organisationnelle à l'échelle communale

(confère annexes n°5, 6 et 7). 31,55% des ménages participent à une OCB.

Dans les points de prestation, les domaines ciblés par l'organisation communautaire des populations sont relatifs au déparasitage et à la promotion des moustiquaires imprégnées.

Les facteurs déterminants de l'adhésion aux organisations communautaires de base, seront recherchés à travers le statut du chef de ménage et le nombre d'épouses.

Tableau 6.14 : Statut du chef de ménage et adhésion aux organisations communautaires de base

STAT_CM * AD_OCB Crosstabulation

Count		AD OCB		Total
		NON	OUI	
STAT_CM	5176			5176
CELIBATAIRE		1		1
DIVORCE		1		1
MARIE		136	65	201
VEUF		2		2
Total	5176	140	65	5381

Source : enquête octobre 2007, DESS/ADT/ENEA

La relation entre le statut du chef de ménage et l'adhésion aux OCB est une relation du second degré. Seuls les ménages mariés adhèrent aux OCB. Il est cependant à remarquer que 67,66% des ménages ne sont affiliés à aucune organisation communautaire.

Tableau 6.15 : Nombre d'épouses et adhésion à une organisation communautaire de base

NBRE_EP * AD_OCB Crosstabulation

Count		AD OCB		Total
		NON	OUI	
NBRE_EP	0	4		4
	1	101	35	136
	2	32	20	52
	3	1	10	11
	4	2		2
Total		140	65	205

Source : enquête octobre 2007, DESS/ADT/ENEA

Au niveau des ménages répondant « oui » à la question adhérez-vous à une OCB, le nombre d'épouses peut être considéré comme un critère discriminant. L'adhésion à une OCB est d'autant plus forte que le ménage compte moins d'épouses.

Section 21 ACTIONS ENTREPRISES

A ce niveau, seront analysées les actions développées par les populations dans le cadre de leur quartier. Les facteurs explicatifs des actions mises en œuvre seront recherchés à travers l'identification du siège de la décision de suivi du statut nutritionnel, l'origine de l'identification des problèmes nutritionnels, et les activités communautaires.

Tableau 6.16 : Actions développées dans le cadre communautaire

	AD_OCB	ACTIONS COMMUNAUTAIRES		
		DEPARA	EVAC_ORD	MOUSTIK
Demba Welle	5	13	0	0
Grand Diourbel_Ndayanne	2	4	0	2
Ndiourbel Tock	0	10	0	0
THIERNO KANDJI	7	27	0	2
Dara Lamp	9	13	0	0
Mérina Tibo	13	17	2	1
CHEIKH IBRA	22	30	2	1
Baye Laye	13	15	0	0
Mbakhane		14	0	3
CHEIKH ANTA	13	29	0	3
Hodjil	2	13	0	3
Keur Serigne Mbaye Sarr	5	8	3	0
Lonkine	6	16	1	1
Mboudaye	3	14	1	0
Medinatoul Mosquée	7	5	6	0
MEDINATOUL	23	56	11	4
DIOURBEL	65	142	13	10

Source : enquête octobre 2007, DESS/ADT/ENEA

Quelles sont les activités mises en œuvre par les populations ?

Les actions communautaires prennent principalement la forme de campagnes de déparasitage, d'évacuation des ordures ménagères et de distribution de moustiquaires imprégnées.

Le déparasitage constitue le domaine d'activité le plus prisé par les actions développées au niveau communautaire ; 86,06% des activités communautaires sont en effet orientées dans cette direction.

L'évacuation des ordures ménagères et la promotion des moustiquaires imprégnées se partagent équitablement le reste des réponses de l'échantillon, avec

successivement 7,88% pour l'évacuation des ordures ménagères et 6,06% pour le déparasitage.

Cette situation est révélatrice d'une forte orientation des actions communautaires des populations des quartiers d'intervention vers des objectifs spécifiquement nutritionnels. La question qui se pose à ce niveau est de savoir si cette orientation est durable ou alors si elle n'occulte pas d'autres problèmes de développement identifiés dans les quartiers. La décision de suivi du statut nutritionnel de l'enfant est elle liée au statut du chef de ménage ?

Tableau 6.17 : Statut du chef de ménage et décision de suivi du statut nutritionnel

STAT_CM * DEC_STAT_NUT Crosstabulation

Count		DEC_STAT_NUT			Total
		AUTRE	EPOUSE	EPOUX	
STAT_CM		5176			5176
	CELIBATAIRE		1		1
	DIVORCE		1		1
	MARIE	1	138	60	201
	VEUF		2		2
Total		5177	142	60	5381

Source : enquête octobre 2007, DESS/ADT/ENEA

De notre échantillon, il ressort que l'écrasante majorité (99,02%) des ménages dans lesquels se prend cette décision vit en situation de mariage.

Au sein du groupe des ménages mariés, 68,65% des décisions de suivi du statut nutritionnel relèvent de la responsabilité des épouses. Il est à remarquer cependant que pour 29,85% des ménages, cette décision incombe à l'époux. L'identification des problèmes nutritionnels est elle liée au nombre d'épouses ?

Tableau 6.18 : Nombre d'épouses et identification des problèmes nutritionnels

NBRE_EP * ID_PROB_NUT Crosstabulation

Count		ID_PROB_NUT			Total
		AUTRE	EPOUSE	EPOUX	
NBRE_EP	0		4		4
	1	2	131	3	136
	2	1	50		52
	3		11		11
	4		2		2
Total		1	3	3	205

Source : enquête octobre 2007, DESS/ADT/ENEA

Notre échantillon révèle qu'à ce niveau, le nombre d'épouses ne constitue pas un facteur déterminant d'identification des problèmes nutritionnels. L'épouse représente à ce niveau, le siège de l'identification des problèmes nutritionnels.

Une fois identifié le problème nutritionnel, à l'échelle du ménage, se pose la question de la prise de décision de suivi du statut nutritionnel. Le passage de l'une à l'autre des étapes n'est pas automatique, d'où l'importance de la détermination des facteurs explicatifs. Quelle est, de ce point de vue, la relation entre le nombre d'épouses et la décision de suivi du statut nutritionnel ?

Tableau 6.19 : Nombre d'épouses et décision de suivi du statut nutritionnel

NBRE_EP * DEC_STAT_NUT Crosstabulation

Count		DEC_STAT_NUT			Total
		AUTRE	EPOUSE	EPOUX	
NBRE_EP	0		4		4
	1	1	91	44	136
	2	1	39	11	52
	3		6	5	11
	4		2		2
Total		1	142	60	205

Source : enquête octobre 2007, DESS/ADT/ENEA

La responsabilité de suivi du statut nutritionnel par les époux est une fonction décroissante du nombre d'épouses. Si dans les ménages monogamiques, la décision de suivi incombe particulièrement aux femmes (75%) cette responsabilité baisse à (66,91%) dans les ménages polygames à deux épouses et à (54,54%) dans les ménages polygames comptant trois épouses.

Tableau 6.20 : Activités communautaires et nombre d'enfants

ACT_COM * NBR_ENF Crosstabulation

Count		NBR_ENF					Total
		0	1	2	3	4	
ACT_COM			14	18	7	1	40
	DEPARASITAG	1	74	51	12	3	142
	EVAC ORD		7	6			13
	MOUSTIQUAIR		6	3	1		10
Total		1	101	78	20	4	205

Source : enquête octobre 2007, DESS/ADT/ENEA

L'engagement communautaire des ménages traduit par une activité communautaire semble évoluer à raison décroissante du nombre d'enfants.

Au total, les développements ci-dessus mettent en exergue une relation trivalente.

Au premier niveau point le rapport entre l'adulte et l'enfant qui fait percevoir les enfants comme un groupe marginal dont les problèmes sont distincts et de moindre importance que ceux des adultes.

Au second niveau, se dégage la relation de prise en charge de l'enfant et des problèmes nutritionnels par l'épouse qui prend sa source, au sein de la cellule familiale.

Au troisième niveau, enfin, apparaît le rapport de la communauté de quartier à la perspective d'une implication croissante dans la prise en charge de ses problèmes nutritionnels.

La carte ci-dessous permet de dégager un profil sommaire des différents quartiers abritant des points de prestation. Elle présente : la taille du ménage, les principales caractéristiques du logement, l'utilisation de l'eau de puits comme mode d'approvisionnement en eau potable, l'organisation communautaire en vue du déparasitage ou de l'accès aux moustiquaires imprégnées. Cinq sous quartiers n'ont pas été touchés par l'enquête³⁰.

Au niveau de la taille des ménages, le profil des sous quartiers corrobore les statistiques des diverses études monographiques. Trois (3) quartiers, Cheikh Ibra Est, Thierno Kandji Ouest et Grand Diourbel, seuls comptent une population moyenne de moins de onze (11) personnes par ménage. Les plus fortes densités de populations par ménage se retrouvent au niveau des sous quartiers Cheikh Ibra Ouest et de Médinatoul Est.

³⁰ Escale Nord, Escale Sud, Thierno Kandji Est, Keur Serigne Mbaye Sarr Ouest et Champ de Courses.
Décentralisation et analyse de la participation communautaire dans la mise en œuvre d'un programme de santé : cas du PRN dans le district sanitaire urbain de Diourbel. 80

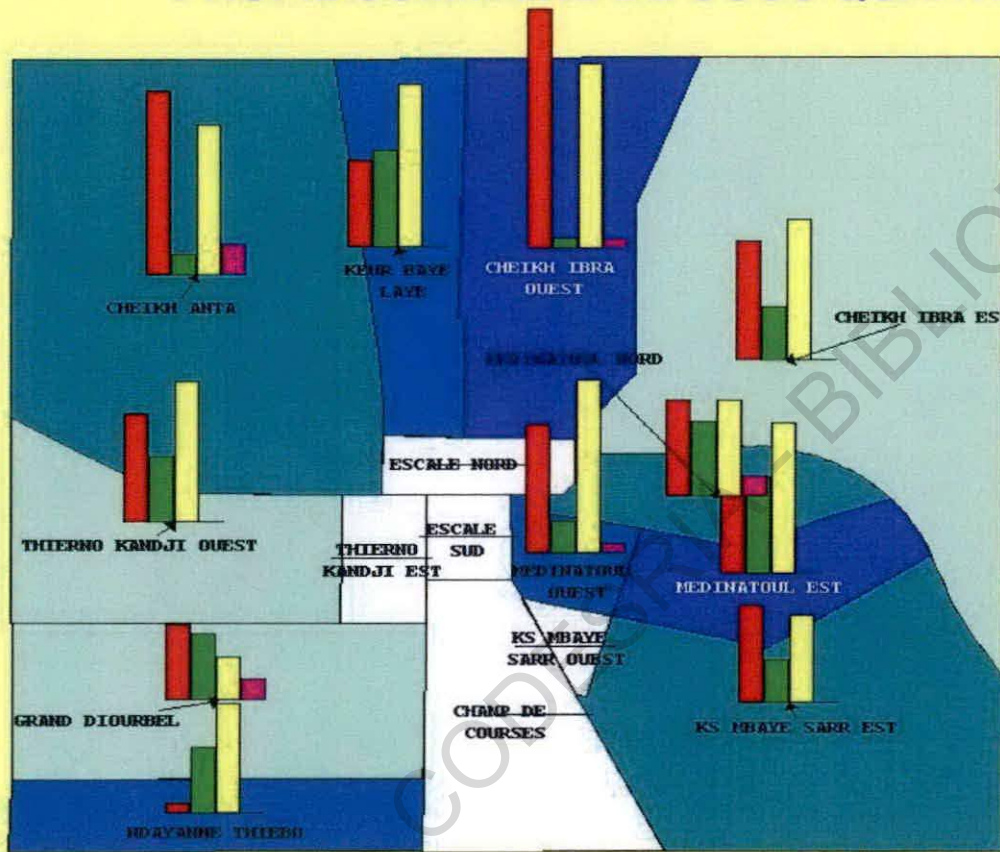
La **construction en dur** constitue la principale modalité de l'habitat. Il est à observer que cette modalité est relativement faible dans les sous quartiers de Ndayanne Thiébo, Médinatoul Nord, Médinatoul Est, Keur Baye Laye et Grand Diourbel.

Le recours à l'**eau de puits** en qualité d'eau de boisson n'est pas marginal dans les quartiers abritant des points de prestation du programme. Les sous quartiers Cheikh Anta, Médinatoul Ouest et Keur Serigne Mbaye Sarr font cependant exception à cette règle.

Le recours au **déparasitage** s'affirme comme une pratique quasi systématique au niveau des sous quartiers. Seuls Grand Diourbel et, accessoirement, Keur Serigne Mbaye Sarr Est semblent être en retrait de ce processus.

L'utilisation de la **moustiquaire imprégnée** connaît des avancées significatives. Sa pénétration dans les quartiers abritant des points de prestation est cependant relativement faible à l'interprétation du profil sommaire des sous quartiers. Cheikh Anta est le seul sous quartier au niveau duquel l'échantillon enregistre plus de cinq (5) ménages qui emploient la moustiquaire imprégnée.

PROFIL SOMMAIRE DE SOUS QUARTIERS DE DIOURBEL



ECHELLE : 0 1 2
Kilomètres

LEGENDE

NOMBRE MOYEN DE PERSONNES PAR MENAGE

- 13 personnes et plus (2)
- De 11 à moins de 13 personnes (3)
- 11 personnes (3)
- Moins de 11 personnes (3)

DIAGRAMME EN BARRE DES DONNES DES SOUS QUARTIERS

- Habitat en dur
- Puits
- Déparasitage
- Moustiquaire

Projection : UTM
Hémisphère Nord, zone 28
Source : Enquêtes Octobre 2007, DESS/ADT
Réalisation : Cheikh Oumar NDIAYE
DESS/ADT/ENEA/2007

Partie III. VERS UNE ORGANISATION
COMMUNAUTAIRE AU SERVICE DU
DEVELOPPEMENT LOCAL

L'exploitation et le traitement des données d'enquêtes aboutissent à la formulation d'un certain nombre de recommandations. Ces dernières sont centrées sur le double objectif de la gestion des problèmes nutritionnels et de l'amélioration de l'organisation des populations.

Les résultats de l'enquête révèlent des avancées indéniables en termes d'organisation nonobstant certains facteurs de blocage (chapitre 7).

Cependant, autour de l'approche communautaire de la nutrition, naissent un certain nombre d'enjeux qu'il est opportun de circonscrire (chapitre 8).

Enfin, un certain nombre de recommandations pratiques permettront de contribuer à une meilleure valorisation de la participation des populations (chapitre 9).

Chapitre 07 DES AVANCEES ORGANISATIONNELLES INDENIABLES MALGRE CERTAINS FACTEURS DE BLOCAGE

A l'échelle de la commune de Diourbel, force est de reconnaître que l'intervention sociale du programme n'est pas neutre. Si la contribution des populations constitue un facteur essentiel d'atteinte des objectifs nutritionnels, voire de santé, il convient de remarquer que du point de vue de l'organisation des populations, la mise en œuvre du projet a contribué à des avancées

certaines (section 22) même si des goulots d'étranglement subsistent (section 23).

Section 22 LES PROGRES

L'intervention du PRN dans la commune de Diourbel coïncide avec un certain nombre d'évolutions au nombre desquelles l'intégration de la société civile dans les politiques publiques et le renforcement du rôle de la municipalité en tant que premier interlocuteur des politiques territoriales.

L'une des externalités majeures du programme réside dans la valorisation de la prise en charge de la santé infantile par les mères d'enfants. Plus spécifiquement, les mères d'enfants se voient reconnaître de façon institutionnelle la charge du suivi de la santé de l'enfant. En outre, le programme contribue au développement d'activités centrées sur la nutrition et à l'éclosion d'organisations communautaires.

De fait, la commune, collectivité décentralisée, transcende les frontières qui lui ont été assignées par les transferts de compétences. En effet, dans la mise en œuvre du programme, il lui échoit une fonction plus opérationnelle, celle de point focal. A travers ses ramifications que constituent les quartiers et les chefs de quartiers, la commune joue un rôle de supervision et de suivi évaluation des activités développées sur le terrain. Cette attitude constitue, à n'en pas douter une avancée significative en matière de décentralisation car elle va dans le sens du développement d'activités locales

et du renforcement des capacités des quartiers en matière de mise en œuvre de programmes.

Le PRN constitue également un prétexte pour explorer d'autres problèmes intéressant le quartier.

Section 23 LES ELEMENTS D'INERTIE

Dans une certaine mesure, l'intervention du programme peut être perçue comme un facteur limitant du développement local.

Les populations des quartiers ne sont en effet associées que dans la phase de mise en œuvre des activités. La participation est normée par le programme qui définit les formes dans lesquelles les populations contribuent à sa propre mise en œuvre. En outre et pour ce qui concerne plus spécifiquement la dynamique organisationnelle, c'est le programme qui définit les comités de quartiers, le contenu des projets Small Grant, etc. Quelle est, dans ce contexte, la part d'initiative laissée aux populations ?

Chapitre 08 ENJEUX AUTOUR DE L'APPROCHE COMMUNAUTAIRE DE LA NUTRITION

La mise en œuvre des recommandations est porteuse d'enjeux autour de la conquête des centres de décision

(section 24), de la durabilité de l'approche programme (section 25) et de la perception des maladies de l'enfant (section 26).

Section 24 LA CONQUETE DES CENTRES LOCAUX DE DECISION

Autour de la question de la nutrition se dessine un redéploiement des pouvoirs et des centres de responsabilité à l'échelle locale. L'analyse de la participation des populations à la mise en œuvre des programmes de santé se situe à cheval d'une stratégie nationale, la décentralisation, et d'une préoccupation opérationnelle, le système de santé. Le défi, dans ce contexte de mutation des structures de pouvoirs est celui de la place que doivent occuper les populations de quartiers et principalement les femmes dans la mise en œuvre de stratégies définies à l'échelon national.

Au sein du système de santé organisé suivant une forme pyramidale, interviennent les autorités administratives, coutumières ainsi que le système de fonctionnement propre au PRN. Dans ces conditions, quels éléments militent en faveur de l'ingérence des citoyens des quartiers dans des domaines de compétence jusqu'alors exclusivement réservés aux services publics de l'état ?

Lors des assises de la décentralisation³¹ le doyen Mamadou DIOUF³² identifiait trois étapes du processus de décentralisation au Sénégal : la phase d'expérimentation,

³¹ Elles se sont tenues à Dakar du 27 au 29 novembre 2007.

³² Ancien Directeur des Collectivités Locales au Ministère de la Décentralisation.

la phase de consolidation et la phase d'accélération. Les mutations qui caractérisent cette troisième phase vont dans le sens d'une meilleure implication des populations dans la gestion des affaires locales. La question qui se pose à ce stade est de savoir si l'approfondissement de la décentralisation est synonyme de renforcement de la délégation de mandats et de pouvoirs aux échelons les plus bas, les plus proches des populations de quartiers. Quelles sont les contreparties et les modalités de cette nouvelle répartition de rôles et des responsabilités à l'échelle locale ?

Section 25 L'APPROCHE PROGRAMME EN QUESTION

Les évolutions et mutations récentes du système de santé s'orientent vers l'implication croissante des populations dans la prise en charge des soins de santé, par une croissance de la participation communautaire. Une étude menée dans la région de Diourbel en 2007 révèle en effet que « ... Le fonctionnement des structures de santé est fortement tributaire de la participation communautaire des populations d'où le rôle important des structures de gestion » (NDIAYE, 2007). Cette situation induit une exigence croissante des populations à l'endroit du système de santé. Parallèlement, Le secteur de la santé connaît une effervescence de projets et programmes. La population perçoit le système de santé publique ainsi que les programmes de santé comme étant le recours naturel pour la satisfaction de ses besoins de santé. Un tel paradigme est-il susceptible d'évoluer et de faire admettre dans les comportements pauvres

quotidiens une auto prise en charge de problèmes dont la portée est souvent minorée?

Si l'approche programme revêt l'avantage indéniable de l'opérationnalité, elle constitue de fait un facteur d'inhibition des capacités d'initiative plus particulièrement en milieu pauvre. Au plan organisationnel le principal problème qu'introduisent les programmes est qu'ils proposent une approche « prêt-à-porter » aux populations. Ces dernières se trouvent dans une situation où les activités sont à exécuter alors que la planification et la programmation ont déjà été projetées au niveau national. Les mécanismes endogènes des programmes ne favorisent pas, a priori, une attitude communautaire de prise de responsabilités.

Section 26 LA PERCEPTION DES MALADIES DE L'ENFANT

De la perception des enfants en tant que groupe marginal par rapport au microcosme des adultes et de ses priorités découle un certain nombre de comportements. La survenue de certaines pathologies est considérée comme « normale » et ne nécessite pas la mise en place de systèmes organisationnels spécifiques lorsque d'autres difficultés, économiques principalement, se posent avec plus d'acuité. Les systèmes organisationnels centrés sur la santé de l'enfant n'apparaissent et ne survivent qu'à l'initiative des partenaires au développement. Ce sentiment s'avère d'autant plus vivace qu'il est corroboré par la prise en charge de la santé infantile,

par le système de santé publique et/ou par les programmes sectoriels de santé.

Chapitre 09 RECOMMANDATIONS PRATIQUES

La mise en œuvre du PRN a, ainsi que nous l'avons exposé au chapitre 7, entraîné un certain nombre d'améliorations au point de vue de l'organisation des populations à la base. En outre, il apparaît parallèlement, une participation des femmes au sein d'instances telles que le comité de santé du district. Les développements qui vont suivre ont pour objectif de consolider ce double mouvement de contribution des populations à la lutte contre la malnutrition, mais encore et surtout de renforcement de l'organisation propre des populations. De ce point de vue les propositions d'améliorations porteront d'abord sur la collectivité locale en sa qualité de cadre territorial d'absorption des interventions (section 27). Elles porteront ensuite sur la nécessaire valorisation du rôle du comité de quartier (section 28).

Section 27 LA COLLECTIVITE LOCALE, PORTE D'ENTREE DES INTERVENTIONS

Si la clause générale de compétence des collectivités locales reconnaît à ces dernières, vocation à impulser le développement économique et social il convient d'observer que cette mission se confronte à un certain nombre de contraintes. Un certain nombre de réformes semblent opportunes en vue de permettre à la commune de jouer pleinement le rôle qui est attendu d'elle c'est-à-dire celui de porte d'entrée des interventions locales et de fédérateur de différentes initiatives à la base.

Avant tout, il importe de mettre en place, sous l'impulsion de la commune, des outils et/ou des organes de mise en cohérence des actions à l'échelle des quartiers. De ce point de vue, la dynamique dite de **développement social des quartiers** permet de mettre en cohérence les interventions de la commune, les initiatives des populations, les actions des services publics de santé, etc.

Sous ce rapport, les relations avec les différents partenaires gagneraient à être clarifiées autant au niveau de la commune qu'au niveau du quartier.

Les deux démarches préconisées ci-dessus s'inscrivent dans une dynamique de valorisation du potentiel local. Par ce biais, serait restituée au quartier toute sa dignité dans le processus décisionnel local.

Les dynamiques émergentes telles que l'appui budgétaire ainsi que les expériences de décentralisation progressive du Budget Consolidé d'Investissement de l'Etat s'inscrivent dans la même perspective.

Section 28 VALORISER LA PLACE DU COMITE DE QUARTIER

A la lumière des différentes expériences menées tant en matière d'actions de renforcement de la nutrition que d'émergence d'organisation d'appui, l'expérience du PRN met à jour un nécessaire positionnement des comités de quartier.

Du point de vue institutionnel, nous préconisons la reconnaissance par les autorités municipales du rôle des comités de quartiers par leur intégration dans l'ordonnancement institutionnel. Sous ce rapport, les comités de quartier pourraient constituer une structure fédératrice des différentes initiatives portées au niveau local. En outre la reconnaissance de ce rôle permettrait de réduire sensiblement les différents dysfonctionnements observés notamment dans la gestion des financements Small Grant. Dans les quartiers périphériques, par exemple où la cohésion sociale est plus forte, ce genre de dérapage n'a pas eu cours.

Un élément important est l'intégration aux comités de quartier de tous les acteurs de la société civile. Cette stratégie permettrait, outre le renforcement des capacités d'intervention des comités, leur ouverture sur

d'autres problématiques de santé, voire de développement qui touchent le quartier.

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

CONCLUSION

La commune de Diourbel qui a servi de cadre à notre recherche se particularise principalement aux points de vue de la pauvreté et de la prévalence aiguë de la malnutrition. Une troisième caractéristique, et non des moindres, est l'orientation résolue des organisations communautaires vers les activités économiques. Dans ce contexte, notre analyse revêt les contours d'une recherche exploratoire.

Retrouvons nos hypothèses de recherche.

Hypothèse 1 : la participation communautaire constitue un facteur déterminant de l'atteinte des objectifs du programme. A ce niveau, les indicateurs tendent à valider l'hypothèse selon laquelle la relation entre la participation communautaire des populations et l'atteinte des objectifs du programme est très forte.

Le groupe le plus restreint, la cellule familiale, est celui là même sur lequel s'appuie le programme pour la mise en pratique des stratégies retenues. C'est ce groupe qui met en œuvre l'application des moustiquaires, qui suit l'évolution du statut pondéral, qui améliore le cadre de vie, etc. Au sein de ce groupe, les enquêtes révèlent, conformément aux mécanismes de répartition sociale des tâches, le rôle prééminent de la femme.

Le rôle des groupes intermédiaires ou groupes communautaires est déterminant dans la mise en œuvre du programme. Il s'articule autour des comités de gestion mis en place par le programme.

Au niveau du quartier, le groupe le plus élargi est celui des comités de quartier. Ces derniers, à travers des lignes d'action ponctuelles prennent en charge des éléments essentiels de l'amélioration du statut nutritionnel. Il s'agit de l'approvisionnement en eau potable, du déparasitage systématique, de la vulgarisation des moustiquaires imprégnées.

Hypothèse 2 : la participation communautaire exerce un effet boomerang sur l'organisation communautaire des populations. Les indicateurs tendent à montrer que les effets du programme sur l'organisation des populations sont mitigés.

D'un côté, au niveau des quartiers abritant des points de prestation nutritionnelle, il a été observé une dynamique de participation des femmes dans le fonctionnement des instances de gestion des structures de santé. En outre l'animation des instances de quartier destinées à l'atteinte des objectifs, voire à la pérennisation des activités du programme est vivace.

D'un autre point de vue, les valeurs idiosyncrasiques de la société locale qui disposent la prééminence du groupe sur l'individu, tendent à secréter un comportement d'attente par rapport à la PCIME. Sous ce rapport, la disponibilité du programme achoppe relativement à certains principes de la participation.

Ces considérations nous ramènent à notre **Objectif** de recherche « appréhender les performances du programme mais encore et surtout son impact sur les capacités organisationnelles des populations ».

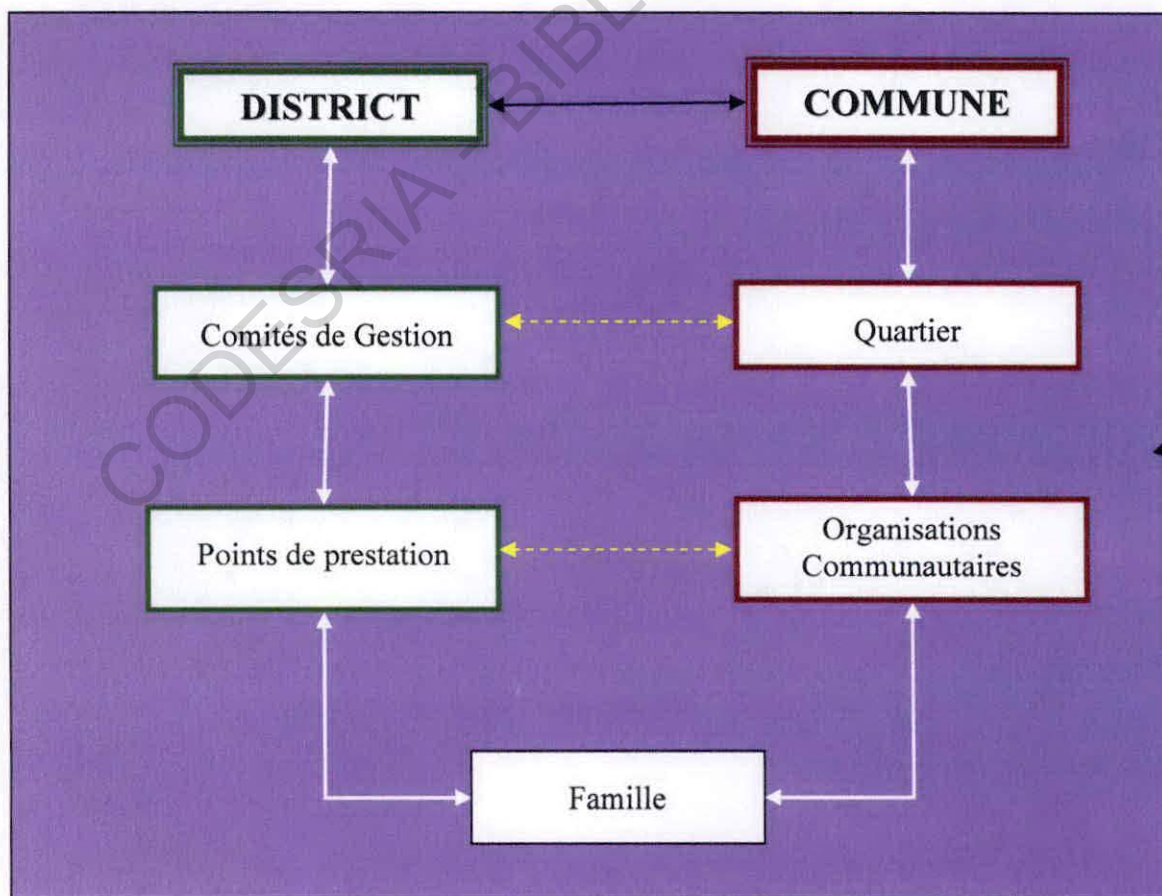
S'il faut à l'évidence observer une recrudescence de la représentativité des femmes au sein des instances de

quartiers, un certain nombre de questions restent en suspens :

1) quels éléments devront être rajoutés à la carte sociale dont les contours sont suggérés par le digramme de Venn ci-dessous ?

L'analyse des parties prenantes à la PCIME communautaire donne un voir une juxtaposition de systèmes (de santé, municipal) prenant appui sur la cellule familiale. L'objectif, à ce stade est celui d'une recombinaison sociale intégrant les préoccupations profondes de chacune des parties.

Graphique 9.1 : Diagramme de Venn des parties prenantes à la PCIME communautaire



2) quels sont les leviers stratégiques qu'il faudra actionner en vue d'enraciner la PCIME au sein de la communauté? De ce point de vue le tableau 9.1 tente de systématiser les rapports de pouvoirs.

Tableau 9.1 : Matrice d'analyse des centres de décision communautaires

Sources Pouvoir	District	Comités de Gestion	Points de Prestation	Organisations Communautaires	Famille
Légitimité	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Capacité financière	Oui	Non	Non	?	Non
Représentativité	Oui	?	?	Oui	Oui
Expérience	Oui	Non	Oui	?	?

Source : enquête octobre 2007, DESS/ADT/ENEA

Les centres de décision seront évalués à l'aune de :

- ◀ la légitimité ;
- ◀ la capacité financière ;
- ◀ la représentativité et
- ◀ l'expérience

Les points de prestation s'ils disposent d'une expérience avérée en matière de suivi promotion de croissance, se heurtent à la limite de la capacité financière et de la légitimité.

La légitimité des comités de gestion dérive de celle du programme. Cependant ces derniers ne disposent ni de la capacité financière, ni de l'expérience.

La famille est socialement légitime et représentative. Cependant ses entreprises achoppent principalement sur l'insuffisance des ressources.

Les organisations communautaires, à l'instar de la famille, jouissent de la légitimité et de la représentativité sociale. Elles se confrontent cependant à la modicité des ressources affectées à la prise en charge de la PCIME.

Le district sanitaire constitue la seule structure qui satisfasse concomitamment aux exigences de légitimité, de capacité financière de représentativité et d'expérience.

Pour mémoire, la phase 1 du PRN visait à tester les stratégies d'intervention communautaire en PCIME. L'approche PCIME retenue devra trouver les ressorts nécessaires pour impulser la participation des populations sans pour autant la restreindre au secteur de la nutrition. Dans le schéma à définir, le ministère de la santé (aspects techniques) et le PRN occupent une place centrale dans l'approche PCIME avec une ouverture croissante sur les partenaires communautaires. De ce point de vue la PCIME devra trouver le meilleur équilibre entre les dynamiques en présence.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages généraux

- 1) ANZIEU Didier, Martin Jacques Yves, 1990 : « Dynamique des groupes restreints » ; 390 pages.
- 2) Cahiers Géographiques, n° 32, 1996 : « Approches géographiques de la planification sanitaire. I. Concepts et méthodes " ; 58 pages.
- 3) Commune de Diourbel, 2004 : « données socioéconomiques », 75 pages.
- 4) DIAGNE Mayacine, 2003 : « La décentralisation des compétences locales au Sénégal » ; 23 pages.
- 5) DIOP Djibril, 2006 : « Décentralisation et gouvernance locale au Sénégal, quelle pertinence pour le développement local ». L'Harmattan, études Africaines, 268 pages.
- 6) DIOP Momar Coumba, 2002: « La société Sénégalaise entre le local et le global ». Karthala 723 pages.
- 7) Direction des Collectivités locales, 2002 : « Diagnostic stratégique et organisationnel, Plan stratégique 2002-2012 » ; 61 pages.
- 8) GUEYE Bara, 1999 : « Le présent du développement participatif en Afrique : l'expérience de l'Afrique de l'ouest francophone ». Programme Sahel, Sénégal IIED.
- 9) HOUEE Paul, 1989 : « Le développement local ». MERCOIRET, 245 pages.

10) La gazette des communes, des départements et des régions, mars 2002 : « La décentralisation, vingt ans après, Numéro spécial » ; 71 pages.

11) Le petit LAROUSSE illustré, 2007 : « le dictionnaire de référence pour toute la famille ». LAROUSSE, 1855 pages.

12) MERLIN Pierre, 2004 « l'aménagement du territoire ». Que sais-je, 132 pages.

13) Ministère des Finances, 2000 : « Mise en œuvre du P.N.A.T et problématique de l'investissement », 78 pages.

14) Ministère des Finances, 2006: « Document de Stratégie pour la croissance et la Réduction de la Pauvreté » ; 103 pages.

15) MONOD Jérôme, CASTELBAJAC Philippe de, 2006 « l'aménagement du territoire ». Que sais-je, 127 pages.

Publications spécialisées

16) Aide et Action, 2005 : « Guide pour des études de cas sur la participation communautaire, des expériences des organisations non gouvernementales et de la société civile » ; 12 pages.

17) Agence Japonaise de Coopération Internationale (JICA), 2005 : « Termes de référence relatifs à l'étude de la situation de la mise en œuvre de la décentralisation au Sénégal » ; 04 pages.

18) Ambassade de France, Mission économique de Dakar, 2005 : « Le système de santé au Sénégal » ; 04 pages.

19) Banque Mondiale, 2007 : « le suivi et l'évaluation, quelques outils, méthodes et approches » ; 28 pages.

20) Fonds pour la promotion des études préalables, études transversales et évaluations (F3E), 1999 : « guide méthodologique, l'évaluation de l'impact ». CIEDEL, 52 pages.

21) Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale, Service National de l'Information Sanitaire, juillet 2006 : « Annuaire statistique 2005, version finale », 172 pages.

22) Ministère des Finances, 1999 : « Plan Général d'Aménagement du Territoire », 165 pages.

23) NDIAYE Cheikh Oumar, 2007 : « la gestion de la compétence santé par la région de Diourbel ». Mémoire de fin d'études ENA, Cycle A, 84 pages.

24) NDIAYE Cheikh Oumar, atelier scientifique de la Journée Mondiale de la Population, 2005 : « Problématique de l'occupation de l'espace dans une dynamique relationnelle entre villes et campagnes : cas de la région de Diourbel ». COREPORH, 12 pages.

25) NDIAYE Cheikh Oumar, 2004 : « Contribution de la région de Diourbel au 3^e Plan d'Action et d'Investissement en matière de Population ». COREPORH, 50 pages.

26) Revue trimestrielle du Haut Comité de la Santé Publique, n° 29, 1999 : « Santé Publique et Aménagement du

Territoire, Actualité et Dossier en Santé Publique » ; 88 pages.

27) Projet de Nutrition Communautaire, ISADE-CEPIC, 1997 : « Module de nutrition santé » ; 41 pages.

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

ANNEXES

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

ANNEXE N° 1 : QUESTIONNAIRES ET GUIDES D'ENTRETIEN

Questionnaire N°I : ADMINISTRATEUR DE STRUCTURE DE SANTE.

I. Niveau de qualification professionnelle.

- Médecin
- Technicien Supérieur
- Sage Femme
- Infirmier

II. Améliorations de la qualité de service induites par le transfert de la compétence santé.

- Augmentation des recettes de fonctionnement
- Augmentation de la fréquentation

III. Difficultés nouvelles apparues avec le transfert de la compétence santé.

- Spécialisation des fonds

IV. Votre comité de santé comporte-t-il un comité de gestion ?

- Oui
- Non

V. Existe-t-il une relation entre la situation des enfants référés et la régularité des pesées ?

- Oui
- Non

VI. Quelles sont les améliorations de la qualité du service induites par la participation des populations ?

Questionnaire N° II : MENAGES.

Quartier / _____ / Sous Quartier / _____ /

Date / __/__/2007. N° enquêteur

I. Identification du chef de ménage.

I.1. Statut du chef de ménage

χ Célibataire

χ Marié

χ Divorcé

χ Veuf

I.2. Nombre d'épouses

χ

I.3. Nombre d'enfants de moins de 5 ans.

χ II

I.4. Nombre de personnes vivant dans le ménage

χ II

II. Principale caractéristique du logement.

χ Maison en dur

χ Maison en bois

χ Maison en paille

χ Autre / _____ /

III. Type d'aisance.

χ WC avec fosses

χ Latrines

χ Nature

IV. Approvisionnement en eau de boisson.

χ Puits

χ Robinet

χ Autre / _____ /

V. Evacuation des ordures ménagères.

- Enfouissement
- Incinération
- Dépôt sauvage
- Véhicule hippomobile
- Voiture de ramassage
- Autre / _____/

VI. Evacuation des eaux usées.

- Nature
- Puisard
- Canalisation
- Autre / _____/

VII. Participation communautaire.

VII.1. Adhésion à une organisation communautaire de base

- Non
- Oui date / _____/

VII.2. Bénéfices induits par la participation communautaire

- Actions entreprises dans le cadre communautaire
 - Evacuation des ordures
 - Evacuation des eaux usées
 - Déparasitage
 - Distribution de moustiquaires imprégnées
- Organisation communautaire
 - Déparasitage
 - Distribution de moustiquaires imprégnées

Questionnaire N° III : EVOLUTION DES CENTRES DE
RESPONSABILITE DE LA SANTE MATERNELLE ET INFANTILE.

Quartier / _____ / Sous Quartier / _____ /

Date /__/__/2007.

N° enquêteur

I. Identification des problèmes nutritionnels.

- χ Epoux
- χ Epouse
- χ Autre / _____ /

II. Décision de suivi du statut nutritionnel.

- χ Epoux
- χ Epouse
- χ Autre / _____ /

III. Implication dans la récupération nutritionnelle.

- χ Pesée Epoux| Epouse| Autre / _____ /
- χ Vaccination Epoux| Epouse| Autre / _____ /
- χ Iodation Epoux| Epouse| Autre / _____ /
- χ Moustiquaires Epoux| Epouse| Autre / _____ /

I. Perception des bénéficiaires relativement à
l'amélioration de la participation des populations

◀ Connaissance du PRN

◀ Participation des populations à la mise en œuvre du PRN

◀ Evaluation de la participation des populations du quartier à la mise en œuvre du PRN

II. Perception des non bénéficiaires relativement à
l'amélioration de la participation des populations

◀ Connaissance du PRN

◀ Participation des populations à la mise en œuvre du PRN

◀ Evaluation de la participation des populations du quartier à la mise en œuvre du PRN

ANNEXE N° II : TABLEAUX

Tableau annexe 1 : Population du département de Diourbel

	SUPERFICIES	POPULATION
	en Km ²	2006
DEPT DE DIOURBEL	1175	256777
ARRDT DE NDINDY	617	54327
CR de NDankh Sene	107	10456
CR de Gade Escale	130	10234
CR de NDindy	175	14708
CR de Keur NGalgou	75	6568
CR de Taïba Moutapha	130	12361
ARRDT DE NDOULO	558	72620
CR de NDoulo	75	11644
CR de NGOhe	116	22454
CR de Patar	105	11381
CR de Tocky	164	12308
CR de Touré MBonde	98	14833
ZONE URBAINE		129829
<i>DIOURBEL</i>		129829

Source : Bureau régional de l'Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie, 2007.

Tableau annexe 2 : Répartition régionale des commerces

	DIOURBEL	BAMBEY	MBACKE	TOUBA	TOTAL
Commerçants 1 ^e catégorie	6	2	3		11
Commerçants 2 ^e catégorie	57	4	54		115
Commerçants 3 ^e catégorie	159	101	337		597
Pharmacies	7	4	3		14
Boulangeries	11	4	4	31	50
Stations essence	4	2	3	11	20
Marchés Permanents	3	2	12		17
Marchés Hebdomadaires	10	11	6		27

Source : Service Régional du Commerce

Tableau annexe 3 : Agences d'exécution communautaires du PRN

Projet/AEC	District d'intervention	Nombre de sites	Enfants 0-5 ans	Enfants 0-3 ans	Femmes Enceintes	Femmes Allaitantes	Pop. Totale du District	Agents communautaires
« Baol Nutrition » World Vision Diourbel	Diourbel Zone urbaine	12	6.108	3.665	489	611	106.673	1 superviseur et 24 ARCs
« Thiappy Nutrition » World Vision Bambey	Bambey Zone urbaine + Bambey Sérére	6	1.460	876	117	146	25.047	1 superviseur et 12 ARCs
« Suuxat Njabot » Mathlaboul Fawzaini Touba	Touba	25	15.567	9.340	1.245	1.557	27.709	4 superviseurs et 50 ARCs
« Yaaye Ak Domam » Croix Rouge Sénégalaise/Wilaaya Touba	Touba	35	4.666	7.000	933	1.166	12.500	7 superviseurs et 35 ARCs

Source : Bureau exécutif régional du PRN de Thiès.

Tableau annexe 4 : Taux de couverture des besoins alimentaires par département

	Population en 2003	Besoins (2) en T	Production céréales (T)	Offre (1) en EPC (T)	Ecart (1 - 2)		Couverture des besoins	
					(T)	%	Taux	Durée
Bambey								
Rurale	236 785	40 254	28 633	24 338	-15 916	-39,54	60,46	7 mois 11 j
Totale	265 836	45 192	28 633	24 338	-20 854	-46,14	53,86	6 mois 17 j
Diourbel								
Rurale	124 701	21 199	25 960	22 066	- 867	- 4,09	95,91	11 mois 21 j
Totale	244 197	41 513	25 960	22 066	-19 447	-46,84	53,16	6 mois 15 j
Mbacké								
Rurale	407 806	69 327	14 024	11 921	- 57 406	- 82,80	17,2	2 mois 13 j
Totale	477 282	81 138	14 024	11 921	- 69 217	- 85,30	14,7	1 mois 24 j
Région								
Rurale	769 292	130 780	68 617	58 325	- 72 455	- 55,40	44,6	5 mois 13 j
Totale	987 315	167 843	68 617	58 325	- 109 518	- 65,25	34,75	4 mois 7 j

Source : DRDR 2007.

Tableau annexe 5 : Répertoire des groupements de promotion féminine (GPF) de la commune de Diourbel

NOM	Présidente	Membres	Activités réalisées	ADRESSE / CONTACT
DARAY BAYE CHEIKH NDAW	Awa DIOUF	17	Petit commerce, couture, teinture, prêts revolving	Quartier : Cheikh Ibra Tél : 339715307
DARAY LAMP FALL	Madjiguène SALL	19	Petit commerce, embouche	Quartier : Cheikh Ibra. Pikine Tél: 339715307
FASS DIOM	Astou DIENG	24	Petit commerce, credit revolving	Quartier : Thierno Kandji Tél : 339714309 - 4574437
TAKKU I	Astou SECK	24	Petit commerce, alphabétisation	Quartier : Thierno Kandji Tél : 339711317 - 776416260
LAMSAR	Mané DIOP	17	Petit commerce	
DIOUBO	Fatou DIOUF	25	Petit commerce	Quartier : Thierno Kandji - Elevage
RABBE	Ndèye Soda MBOUP	15	Petit commerce	Quartier : Médinatoul Tél : 339713909
WALO – WALO	Fama MBODJ	55	Petit commerce, transformation de produits locaux (fruits, légumes et céréales)	Quartier : Thierno Kandji Roukh Bou Séw Tél : 339711684
BOK XOL	Rokhaya SECK	53	Petit commerce, prêt revolving, lutte contre le S.I.D.A	Quartier : Thierno Kandji Tél : 339713538
BOK DIOM BALIGNE	Mame Saye SENE	50	Petit commerce, embouche, agriculture (mil, arachide, niébé et gombo)	Quartier : Médinatoul Balingue Tél : 764927495
TAKKU LIGGEY	Fatou DIOUF		Petit commerce, embouche, agriculture (mil, arachide, niébé et gombo)....	Quartier : Médinatoul, Hodjil

Source : Service Départemental du développement Communautaire, Octobre 2007.

NOM	MEMBRES	Bureau Pdte : présidente, T : trésorière S : secrétaire.	N° et Année de création	REALISATIONS	Adresse / Contact
SOKHNA FATOU DIA MBACKE	10	Pdte : Fatou Mbacké NGOM T : Yaye Kokhaya NDAO S : Absa KEINDE	193-B- 1999 1999	Petit commerce, couture, teinture, embouche.	Médiratoul Tél : 775332675

Tableau annexe 6 : Répertoire des GIE de la commune de Diourbel

SOKHNA FATOU DIA MBACKE	10	Pdte : Fatou Mbacké NGOM T : Yaye Kokhaya NDAO S : Absa KEINDE	193-B- 1999 1999	Petit commerce, couture, teinture, embouche.	Médiratoul Tél : 775332675
MAME FA WADE WELLE	55	Pdte : Fama MBODJ T : Tabara MBODJ S : Fatou MBODJ	SN-DBL-2001-B-288 du 14-09-2001	Petit commerce, transformation de produits locaux, couture, participation à la FIDAK et à la FIARA	Th. Kandji Tél : 339711684 – 776336372
COUTURIERES ASSOCIEES DE DIOURBEL	10	Pdte : Ngoné GUEYE T : Niagna Ndiaye S : Adja Kh. BATHILY	N°306-B-2002 du 15- 10-2002	Petit commerce, couture, teinture, broderie	Th. Kandji Tél : 765883739
DAARAL DE DIOURBEL	50	Pdte : Ndiémé FAYE T : Fatou SENE S : Marthe DIOP	N°635-B-93 du 30- 10-93	Petit commerce, restauration	Th. Kandji C de courses Tél : 339713538
DAN SEEN DOOLE		Pdte : Coumba Kane SARR T : S :	N°SN/DL-2002 du 15-04-2005	Petit commerce, transformation de fruits et légumes micro finance, - santé	Ch. A Mbacké Tél : 339712552

NOM (suite)	MEMBRES	Bureau	N° et Année de création	REALISATIONS	Adresse / Contact
BOLO LIGUEYE		Pdte : Sokhna GUEYE NGOM T : S :	Du 05-07-2005	Petit commerce- promotion de la santé (lutte contre le SIDA, le paludisme, la tuberculose), promotion de la scolarisation des filles lutte contre le travail des enfants	Ch. Anta Mbacké Tél : 776453592
BOKK LIGGEY		Pdte : Rokhaya DIENE T : S :	N° AP 2324 Du 10-02-06	Petit commerce- teinture, promotion de la santé	Médiratoul Tél : 772130508 - 339712559
L'ISLAM		Pdte : Marème AMAR T : S :	1987	Petit commerce, agriculture, embouche	Médiratoul (Keur S. Mbaye Sarr) Tél : 339701616 - 339711154
MBOGA-HIFF		Pdte : Christelle SENHOR T : S :	FN-DbI-2005-C- 1033 du 04-08-2005	Petit commerce, prêt revolving, alphabétisation	Th. Kandji – Sesséne Tél : 339714443 - 775340371
LIGGUEY MOO WOR		Pdte : Astou NGOM T : S :	N° SN-DbI-2003-C- 0442 du 20-06-2003	Petit commerce, couture, teinture, promotion de la santé- prêts revolving, alphabétisation	CRETEF Tél : 339711675 - 776439314

Source : Service Départemental du développement Communautaire, Octobre 2007.

Tableau annexe 7 : Répertoire des associations de développement de la commune de Diourbel

NOM	Bureau	N° Récépissé Date création	Membres	Activités réalisées	Contact Adresse
SOPE MAME DIARRA	Pdte : Fatou DIAGNE T : Khady BASSEL S : Astou BA	N°113 29 -11- 2006	30	Petit commerce, sensibilisation à la lutte contre le SIDA, le palu, et autres maladies. Scolarisation des filles,- crédit revolving.	Médinatoul Tél : 776094176
BOKK NDAP LI	Pdte : Fama CISSE T : Astou CISSE S : Awa NDOYE	N°			
DIAP TAMPOUDE	Pdte : Aïssata Ba T : Youmé A KANE S : Marème DIOP	N°002/GRD 17-01- 2006	100	Prêt tournant- petit commerce	Th. Kandji Grand Diourbel
CDEP / SCOFI	Pdte : Amy FAYE T : Sokhna M DIAW S : Maguette WELLE	Récépissé national 1997	30	Cours de renforcement, distribution de fournitures sensibilisation au recrutement et au maintien des filles à l'école.	Médinatoul
ASCOSAD	Pdte : Lalla Fall BA T : Mame Anta GAYE S : Moustapha FALL	005/GRDAA 15 -03- 1998	1125	Collecte d'ordures ménagères, lutte contre la prolifération des dépôts sauvages, sensibilisation sur la lutte contre le paludisme et le choléra	Ch. Ibra Fall Tél : 339715307 - 5321456
SOPE KHADIM MAME DIARRA	Pdte : Mane KABE T : S :	N°106 GRD- Dbl 24 novembre 2006	30	Sensibilisation sur la lutte contre le paludisme, lutte contre la malnutrition, scolarisation des filles.	Médinatoul
SIGGIL JIGGEEN	Pdte : Rokhaya MBAYE T : S :	N°051/GRD 11-10- 2007	33	Petit commerce, sensibilisation sur la lutte contre le paludisme et la tuberculose	Ch. Anta Mbacké Tél : 4235657

NOM (suite)	Bureau	N° Récépissé Date création	Membres	Activités réalisées	Contact Adresse
SOPEY MAME DIARRA JOKKO SOKHNA FATY GAYE	Pdte: Sokhna Faty GAYE T: S:		144	Petit commerce, teinture, couture, crédit revolving.	Médiratoul
UNITE DE PRODUCTION CEREALES	Pdte : Thioro DIONE T : S :	2000	24	Transformation céréales (mil, niébé, arachides), conserve de viande séchée	Médiratoul Hodjil
RESEAU DES UNITES DE PRODUCTION	Pdte : Fama CISSE T : S :	Réseau des U.P	105	Transformation de céréales et fruits locaux,, fabrication de savon artisanal, teinture.	Médiratoul K S Mbaye Sarr HLM n°6
RESEAU XEEX SIBIRU	Pdte : Lalla FALL BA	Arrêté N°032 Dbl 15-066 2006	1500	Sensibilisation sur la lutte contre le paludisme, promotion de la santé	Keur Ch. Ibra Fall Tél : 339715307 - 5321426
BOKK LIGGEEY	Pdte: Rokhaya DIENE T: S:	10-02- 2006	9	Petit commerce- teinture- couture	Médiratoul Tél : 2130508 – 339712559
GIE DE BALLING	Pdte : Mame Saye SENE	N°111-B-2000 19-05-2000	50	Petit commerce, embouche, culture.	Médiratoul Balling Tél : 4927495
AMICALE DES FEMMES SECRETAIRES / FAFS	Pdte : Ndèye FAYE	8-03- 1991	36	Promotion de la santé (PEV, lutte contre le paludisme, le SIDA, reboisement, assainissement, scolarisation des filles, crédit revolving, petit commerce.	Th. Kandji Cité E.I.B, Sésène Tél : 339711774

NOM (suite et fin)	Bureau	N° Récépissé Date création	Membres	Activités réalisées	Contact Adresse
DIMBALANTE / FAFS	Pdte : Ndèye Fama NDIAYE	4-03- 1995	22	Petit commerce- micro finance- promotion de la santé	HLM route de Bambey Tél : 5194280
JIGGENU KËRGI / FAFS	Pdte : Fatou BA	N°45-B-58 27 -04-1998	19	Transformation des produits locaux (sunguf jaboot), crédit revolving.	Th. Kandji Ndayane Tél : 774529414
FUBE NGARI / FAFS	Pdte : Fatou BA	N°046-GRD 27-09-2006	40	Transformation de produits locaux (sunguf jaboot, café-touba) teinture	Th. Kandji Ndayane Tél : 774529414
PASTEEF / FAFS	Pdte : Aïssatou NDIAYE	04 -06- 1995	61	Promotion de la famille, de la santé (PEV, lutte contre le paludisme, le SIDA), reboisement, assainissement.	Ch. Anta Tél : 339711430 775385331
SOPE SERIGNE FALLOU MBACKE / FAFS	Pdte : Khoudia SECK	05 -01- 2003	14	Petit commerce, micro finance	Th. Kandji Tél : 775385331
KITTA BANE / FAFS	Pdte : Penda DRAME	Juillet 1995	23	Petit commerce, teinture, micro finance.	Th. Kandji Tél : 775385331
JEF JERINU / FAFS	Pdte : Ndèye FAYE	14-04- 1996	36	Appui aux Daaras, promotion de la santé, petit commerce, micro finance	Cité ouvrière Tél : 339711774
PROFESSIONNELLES DE L'ECONOMIE FAMILIALE / FAFS	Pdte : Bineta DIALLO	1994	40	Petit commerce, promotion de la santé, de l'éducation et des familles	CRETEF Tél : 339711775

Source : Service Départemental du développement Communautaire, Octobre 2007.



Tableau annexe 8 : Situation des financements **Small Grant** par site de nutrition

SITES	FINANCEMENT INITIAL	DESTINATION	EVALUATION	PARTENAIRES	OBSERVATIONS
Hodjil	350.000	Crédit revolving au niveau de 4 Points de prestation : - Mboudaye 50.000 - Keur SENE 55.000 - Nana Kad 75.000 - Mbosseh 70.000	Août 2005 : - Mboudaye 55.000 - Keur SENE 60.000 - Nana Kad 80.000 - Mbosseh 75.000		
Lonkine	350.000	Crédit revolving au niveau de 4 points de prestation		ACEP	2 financements de 850 en décembre 2005 et 1200 en novembre 2006
Demba Welle	350.000	Projet avicole de 150 sujets	Blocage : fonds détenus par président (288.000) et caissière (68.000).		Intervention du préfet de département, à ce jour sans résultat.
G Diourbel-Ndayanne	350.000	Crédit revolving	400.000 en août 2005		
Ndiourbel Tock	350.000	Démonstration culinaire pour 100.000, Crédit revolving	Dettes de 295.000 de la trésorière à rembourser en paiement échelonnés de 30.000 par mois.		Les 55.000 sont détenus par 2 femmes qui refusent de rembourser.
Keur S M Sarr	350.000	Petit commerce Crédit revolving	Décembre 2006 : - 75.000 entre les mains de la présidente - 184.500 en caisse - 2 relais restent détenir 90.000		
Mérina Tibo	350.000	Petit commerce	Pas de situation financière		
Dara Lamp	350.000	Ouverture compte ACEP Crédit revolving au niveau de 4 points de prestation	Refus de remboursement de la part des allocataires de crédit 245.000 en caisse	ACEP	104.000 sont détenus par 3 bénéficiaires qui refusent de rembourser
Baye Laye	350.000	Crédit revolving au niveau de 5 points de prestation			
Mbakhane	350.000	Petit commerce Crédit revolving au niveau de 4 points de prestation	600.000 en caisse en décembre 2006.		
Darou Salam	350.000	Crédit revolving	Pas de situation financière		Fonds détenus par la trésorière et 2 anciens relais.
Médinatoul Est	350.000	Petit commerce	350.000 en caisse		Fonds logés au niveau de la trésorière

Source : BER Thiès, octobre 2007.