

UNIVERSITE CHEIKH ANTA DIOP DE DAKAR

FACULTE DES LETTRES ET SCIENCES HUMAINES

Département de Sociologie



Mémoire de D.E.A.

**Décentralisation, Développement local et
transfert de compétences : le cas du secteur de la
santé dans la communauté rurale de Ndiédieng.**
(Arrondissement de Ndiédieng, Département de Kaolack)

Soutenu par :

Serigne Amath THIAM

Sous la direction de

Boubacar LY : Maître de Conférences

Année académique : 2003-2004

DEDICACES

Louanges à Allah !

Paix et Salut de Dieu sur son Prophète Mouhamad !

A Cheikh Aladji Ibrahima dit (Baye) Niasse (R.T.A.)

Nous vous dédions ce modeste travail pour tout votre engagement à défendre, à travers le monde, les valeurs d'une paix universelle à savoir : l'indépendance, la justice, la liberté, la solidarité, le travail, l'éducation, bref la sagesse.

A nos grands parents In Mémorium

(Fatou Diop, Amath Thiam Soulèye, Aliou Sokhna Thiam, Seynabou Awa Bitèye et Mame Serigne Kélèle Thiam)

Reposez en paix.

A ma mère In Mémorium

Nous ne vous oublierons jamais car même si vous nous avez quitté tôt, nous gardons en tête les efforts que vous déployiez tous les jours pour nous encadrer, nous éduquer, nous inculquer la discipline, le respect de l'autre, la patience, le sens du pardon et la générosité. Nous vous sommes reconnaissant à tout égard.

Reposez en paix.

A mon père El Hadji Mame Serigne Thiam

Vous nous avez appris à vivre avec les hommes, en communauté, en nous donnant une éducation fondée sur la foi en Dieu, la soif de connaissance, la solidarité, le culte du travail.

Aujourd'hui encore, vous continuez à nous assister et à nous orienter vers la responsabilité, principe fondamental de toute action humaine.

Que Dieu vous laisse encore, parmi nous et en bonne santé.

A ma chère femme Mariama Thiam

Je te dédie ce travail. Tu as été patiente avec moi, compréhensible, solidaire, complice. Je mesure à sa juste valeur l'amour que tu éprouves à mon

égard. Je t'en suis reconnaissant tout en priant Dieu que nous soyons unis pour toujours dans cet amour mutuel et dans la paix.

A notre grand frère Ouztaz Mouhamadou Moustapha Thiam

Ce travail vous est dédié vous et votre famille. Nous gardons en mémoire tous les efforts que vous avez faits pour notre réussite dans la vie. Soyez en remercié.

A notre grand-frère le Docteur Mamadou Habib Thiam

Nous ne savons pas par où commencer car vous avez toujours été à nos côtés pour nous éduquer, nous orienter, nous conseiller, nous protéger.

Vous nous protégez aujourd'hui encore, plus que jamais, matériellement et moralement.

C'est vous qui avez acheté tout ce dont nous avons besoin pour réussir à l'école primaire, au lycée, à l'Université car vous aviez très tôt compris que les moyens sont essentiels pour avoir un bon enseignement. Nous nous inspirerons de votre disponibilité, de votre générosité et de votre altruisme.

A Madame Kiné Thiam

Nous garderons de vous l'image d'une femme ouverte, courtoise, compréhensible, généreuse. Nous vous dédions ce travail avec beaucoup de reconnaissance.

A mes frères et sœurs

A mes oncles et à leur famille

A mes cousins et cousines

A tous les étudiants de l'UCAD taalibé de Baye Niasse.

A tous mes enseignants du primaire, du moyen et du secondaire.

Au PCR, à l'ICP et à tous les membres des différentes structures que nous avons rencontrés dans la communauté rurale de Ndiédieng.

A Madame Octavie Kény Ndiaye du service de psychiatrie de Fann pour sa totale et permanente disponibilité.

A mes amis du primaire et du lycée (à Kaolack et à Dakar)

Aux amis de la Fac

Enfin à tous celles et ceux qui nous ont aidé à réaliser ce travail.

REMERCIEMENTS

A Notre Maître le Professeur Boubacar Ly

Vous avez accepté de diriger ce travail avec objectivité et avec plaisir. Votre disponibilité, votre ponctualité et votre assiduité nous marqueront toujours.

Vous symbolisez, pour nous, un grand monument de la sociologie au Sénégal. Nous savons l'amour que vous éprouvez à enseigner la sociologie, mais encore, votre engagement à développer chez vos étudiants le goût de la recherche et de la réflexion sur les sociétés qui, de plus en plus, nécessitent qu'on s'y attarde. C'est toujours avec une grande passion que nous suivons vos enseignements et vos séminaires. Nous nous inspirerons toujours de vous.

Que Dieu vous protège et vous donne une longue vie !

A notre Maître le Professeur Abdoulaye Bara Diop

Nous avons suivi avec un grand intérêt vos séminaires d'où nous sortions avec beaucoup d'enseignements. Les connaissances que vous nous avez livrées sur la sociologie politique de l'Etat contemporaine et de l'Etat moderne nous ont permis d'avoir une vision plus claire sur les réussites et les échecs de certains Etats notamment africains.

Tout au long des séminaires, vous avez été très disponible pour nous. Soyez en remercié.

A notre Maître le Professeur Moustapha Tamba

Nous garderons toujours en mémoire les efforts que vous avez consentis pour nous amener à s'investir passionnément dans la recherche.

Nous avons reçu de vous les savoirs méthodologiques qui constituent les bases de tout travail de recherche sociologique. L'assiduité, la ponctualité et la disponibilité dont vous ne cessez de faire preuve sont à la dimension de votre amour envers la sociologie et tous ceux qui s'y adonnent.

Trouvez ici notre reconnaissance.

A notre Maître le Professeur Mamadou Moustapha Dièye pour sa disponibilité

A notre Maître le Professeur Malick Ndiaye

Nous avons toujours aimé suivre vos enseignements qui développent en nous les sentiments de fierté, de dignité et d'honneur d'être des sociologues.

Vous demeurerez éternellement une référence pour nous.

Trouvez ici notre gratitude.

A tous les autres Professeurs du département et à tous ceux qui ont contribué au développement de la sociologie au Sénégal, en Afrique et dans le monde.

SOMMAIRE

INTRODUCTION

PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIE

CHAPTRE I : CADRE THEORIQUE

- I- Problématique
- II- Objectifs et Intérêts du sujet
- III- Revue de la littérature
- IV- Hypothèses
- V- Définition des concepts
- VI- Modèles théoriques

CHAPITRE II : METHODOLOGIE

- I- Recherche documentaire
- II- Champ d'Etude
- III- Population cible
- VI- Techniques de collecte de données
- V- Déroulement de l'enquête
- VI- Difficultés rencontrées

DEUXIEME PARTIE : PRESENTATION, ANALYSE et INTERPRETATION DES DONNEES

CHAPITRE I : APERCU SUR LES STUCTURES SANITAIRES LOCALES

- I- La construction des infrastructures
- II- L'équipement des infrastructures
- III- L'entretien et la maintenance des infrastructures
- IV- La logistique des structures sanitaires
- V- Les contraintes de la politique de santé

CHAPITRE II : DES STRATEGIES POLITIQUES AUX STRUCTURES DECISIONNELLES EN POLITIQUE DE SANTE

- I- Le comité de santé
- II- Le comité de gestion
- III- Communication sociale et gestion politique de la santé

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

TABLE DES MATIERES

ANNEXES

INTRODUCTION

Au Sénégal, la santé fait partie des secteurs où les besoins ne cessent de poser problème aux autorités administratives et politiques, d'une part et aux populations d'autre part.

Pour ce qui concerne les autorités administratives et politiques, le principal problème c'est de chercher les voies et moyens qui permettent d'assurer une bonne couverture sanitaire aux administrés.

De l'autre côté, une bonne partie des administrés, c'est-à-dire des couches composées essentiellement de personnes sans revenu ou à faible revenu, est confrontée à des problèmes de diverses natures.

Deux situations communes aux citadins et aux ruraux peuvent être notées :

- l'inaccessibilité aux revenus empêche à certaines personnes de disposer d'un habitat ayant un minimum d'hygiène leur permettant de se prémunir contre d'éventuelles maladies ;
- d'autres personnes disposent de revenus mais, ces derniers sont si faibles qu'ils ne leur permettent pas de payer des soins de qualité.

Cependant, une troisième situation semble être une caractéristique du monde rural : c'est l'éloignement des structures sanitaires communautaires locales. Face à cette situation, l'Etat du Sénégal, conscient de la difficulté d'élargir son règne – du moins – son autorité dans tous les secteurs de la vie du pays, a décidé de transférer un certain nombre de domaines de compétences aux collectivités locales (régions, communes et communautés rurales). La santé et l'action sociale constituent un de ces domaines de compétences transférées. Ainsi, il appartient aux collectivités locales, par l'action de leurs représentants (les élus locaux) de procéder à l'élaboration des stratégies de gestion administrative et politique devant permettre de résoudre, dans les meilleurs délais, les besoins des populations et de favoriser ainsi le développement local.

C'est dans cette perspective que des dispositions juridico-administratives ont été prises par l'autorité centrale (l'Etat) pour définir et délimiter les contours des domaines de compétences transférées parmi lesquelles, celles régissant la nouvelle politique de santé qui s'impose aux collectivités locales et plus précisément aux communautés rurales.

Cela nous amène à parler de la communauté rurale de Ndiédieng à laquelle nous avons consacré cette présente étude.

L'étude est composée de deux grandes parties :

- une première partie qui regroupe le cadre théorique comme premier chapitre et la méthodologie comme deuxième chapitre ;

- et une deuxième partie intitulée « Présentation-analyse et interprétation des données ».

Cette partie est composée de deux chapitres :

- le premier chapitre est intitulé : « aperçu sur les structures sanitaires locales » ;
- et le second chapitre est intitulé : « des stratégies politiques aux structures décisionnelles locales en politique de santé ».

PREMIERE PARTIE :

CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIE

CHAPITRE I : CADRE THEORIQUE

I- PROBLEMATIQUE

Lancée en 1996, au Sénégal, le transfert de compétences administratives et politiques aux collectivités locales (régions, communes et communautés rurales) s'inscrivait dans une dynamique de libération des énergies d'un développement par la participation des populations locales.

Il s'agissait d'impliquer les élus locaux à la mobilisation des ressources nécessaires pour mener une bonne politique de développement. C'est la loi N° 96-07 du 22 mars 1996 qui a transféré neuf domaines de compétences aux collectivités locales. Ces domaines sont :

- l'aménagement du territoire ;
- la création et l'organisation des structures d'élaboration du plan national d'aménagement du territoire ;
- la planification ;
- la gestion des ressources naturelles et de l'environnement ;
- la santé et l'action sociale ;
- l'éducation, l'alphabétisation, la promotion des langues nationales et de la formation professionnelle ;
- la culture ;
- l'urbanisme et l'habitat ;
- la jeunesse et le sport.

Pour ce qui est du domaine de la santé dans les communautés rurales, les textes ont nettement défini – comme nous l'avons dit un peu plus haut – les dispositions prises, dans ce sens, par l'Etat du Sénégal, lesquelles se trouvent dans le code des collectivités locales. C'est sur ce code d'ailleurs que porte la loi n° 96-06 du 22 mars 1996.

En effet, le Décret n° 96-1135 du 27 mars portant application de la loi de transfert de compétences aux régions, aux communes et aux communautés rurales en matière de santé et d'action sociale dit dans sa section I ceci :

« Article 23 : la communauté rurale assure la gestion des postes de santé ruraux, des cases de santé et des maternités rurales.

A ce titre, le président du conseil rural préside un comité de gestion comprenant un représentant du conseil rural, le président et le trésorier du comité de santé et le représentant de la structure.

Le comité délibère sur le projet de budget, les comptes, les fonctionnements, les travaux de réparation et les activités sociales de la structure » [1].

[1] *Recueil de textes de la décentralisation, Février, 1997, p. 198.*

Dans ce même ordre d'idées, l'Article 24 dit ceci :
« *La communauté rurale a également en charge, la construction, l'équipement, l'entretien et la maintenance des infrastructures et la logistique des postes de santé, des maternités et cases de santé rurales dans le respect des normes établies en la matière* » [2].

Voilà donc la logique officielle, administrative, les recommandations des textes portant sur le transfert de compétences.

Cependant, l'application des textes, sur le terrain, n'est pas toujours mécanique au niveau des communautés rurales. C'est partant de ce constat que nous avons choisi de voir ce qu'il en est, réellement, dans la communauté rurale de Ndiédieng. Ainsi, nous nous sommes posé comme question de recherche celle suivante :

- La logique officielle, administrative – en termes de politique de santé – est-elle réellement appliquée dans la communauté rurale de Ndiédieng ?

Comme questions secondaires, nous nous posons celles-ci :

- N'y a-t-il pas d'obstacles au fonctionnement normal des instances administratives et politiques locales qui sont censées être les cadres d'application des textes en matière de santé ?
- Les stratégies élaborées – dans le cadre de la gestion des questions de santé – par les élus locaux, sont-elles suffisantes ou efficaces pour créer et encourager un développement par la santé des populations locales ?

Telles sont les questions, auxquelles nous essayerons d'apporter des réponses dans ce travail de recherche.

II- OBJECTIFS ET INTERETS DU SUJET

II-1. Objectifs

II-1.1. Objectif général

L'objectif général de cette étude c'est de voir, dans quelles mesures, la logique officielle, administrative est-elle applicable dans la communauté rurale de Ndiédieng.

II-1.2. Objectifs spécifiques

Les objectifs spécifiques de l'étude tournent autour de deux grands axes :

[2] *Opcit* p. 198.

- Identifier les stratégies élaborées par les acteurs pour la mise en application des textes officiels régissant le rôle des administrateurs locaux (les élus notamment) dans le secteur de la santé ;
- Voir s'il existe des opportunités locales et/ou extérieures – en termes de ressources - qui devraient pouvoir profiter à la gestion du secteur de la santé dans la communauté rurale de Ndiédieng.

II-2. Intérêts du sujet

Cette étude constitue une contribution à la réflexion entamée, depuis des années, sur la décentralisation et le développement local au Sénégal et notamment dans le département de Kaolack.

A ce titre donc, elle pourrait être utile, du fait des données, de leur analyse et interprétation, pour la recherche opérationnelle (R.O.) en santé communautaire surtout.

Elle pourrait également donner un aperçu sur la situation actuelle de la localité (les infrastructures sanitaires en place ; celles fonctionnelles ; celles non fonctionnelles ; l'équipement ; le personnel ; le budget de fonctionnement ; les structures de gestion, la participation communautaire, etc.).

Enfin, les partenaires au développement pourraient utiliser ce document pour la mise en œuvre de leur plan d'actions prioritaires dans le secteur de la santé, à Ndiédieng.

III- REVUE DE LA LITTERATURE

Pour s'imprégner du thème de cette étude, nous avons consulté un certain nombre de travaux qui nous ont permis de disposer de connaissances de base sur plusieurs aspects du développement local dont, la santé communautaire et, sur diverses approches relatives à la recherche sur la communication pour le développement.

Jacqueline Mengin et Gérard Masson, dans leur ouvrage intitulé : *Guide du Développement local et du Développement social*, ont fait d'intéressantes analyses sur les différentes dimensions du développement, à travers une réflexion profonde.

Pour eux, réussir le développement signifie, d'abord, utiliser une « *approche des problèmes du terroir* ». Ainsi, ces deux auteurs ne différencient pas les secteurs de la vie locale dans lesquels des interventions sont nécessaires car, selon eux, cela concourt à éviter la dispersion des énergies consenties pour le développement. Autrement dit, la santé qui nous intéresse ici, doit être appréhendée en tant que secteur qui s'insère dans le programme de politique générale de développement des collectivités locales.

En effet, « *l'énoncé du problème général, d'une zone et des populations qui y résident, est un préalable à la recherche de solutions appropriées aux divers*

cas. Plus la structure de concertation, de recherche de solutions est large, plus elle comprend de partenaires, plus le problème d'ensemble est justement posé dans ses différents aspects, plus le territoire a des chances de voir surgir des solutions adaptées » [³].

Dans la perspective de ces deux auteurs, la synergie des actions est une nécessité pour résoudre le problème du développement local et/ou du développement social. Leur vision n'est pas sans argument car ils partent du fait que « *la complexification croissante ne permet plus une gestion uniquement sectorielle, elle exige la collaboration des divers secteurs concernés, et d'abord, que l'interdépendance qui les lie sur un territoire apparaisse à tous les égards. La transversalité s'impose d'elle-même* » [⁴].

Les deux auteurs pensent que les acteurs du développement doivent tous comprendre qu'il y a un certain nombre de préalables :

- savoir adapter le type de développement envisagé pour un milieu bien déterminé au fonctionnement des institutions locales ;
- savoir identifier la « *population* » et les « *groupes réels* » ;
- savoir que la mobilisation des « *ressources locales naturelles et humaines* » s'impose ;
- pouvoir appréhender les contraintes « *internes et externes* » du développement ;
- faire une « *évaluation* » des plans d'actions mises en œuvres.

Bref, les auteurs théorisent le développement comme un processus social. Un autre ouvrage intitulé : *l'Appui au développement communautaire, une expérience de communication en Afrique rurale de l'Ouest*, s'est intéressé à beaucoup d'aspects du développement déjà analysés par les deux auteurs cités ci-haut.

Entre autres aspects, il y a « *l'appui aux initiatives dans le domaine de la santé* » qui fait partie des priorités du développement [⁵]. L'ouvrage, publié sous la direction de LUCIE ALEXANDRE, parle des expériences, en matière de formation, d'accompagnement des acteurs du développement en général et du développement local en particulier. L'ouvrage contient des réflexions sur les modalités qui permettent de diagnostiquer les besoins des populations et les contraintes auxquelles sont confrontés ceux qui doivent trouver des voies de

[³] MENGIN (J), MASSON (G), *Guide de Développement local et du Développement social*. Harmattan, Collection « *Logiques sociales* », p. 27.

[⁴] *Opcit*, p. 28

[⁵] ALEXANDRE (L) et al. *L'Appui au Développement communautaire, une expérience de communication en Afrique rurale de l'Ouest*, CRDI/AIF, Paris, 2000, p. 144.

satisfaction à ces besoins. Les stratégies élaborées dans ce sens consistent dans une bonne part à la création, par l'Agence Internationale de la Francophonie (AIF), de centres de lecture et d'animation culturelle (C.L.A.C.), depuis plus de dix ans, en Afrique francophone. L'ouvrage est d'autant plus intéressant pour nous – comme référence – qu'en plus d'autres stratégies communicationnelles, servant au développement local, les auteurs y exposent les résultats d'études faites sur la santé comme pilier du développement.

D'ailleurs les auteurs eux-mêmes affirment que l'ouvrage est le fruit de « *réflexions sur les expériences réalisées dans 23 localités de l'Afrique de l'Ouest* »^[6].

D'autres auteurs comme DIDIER FASSIN et collaborateurs ont consacré une étude à la problématique de la santé communautaire au SENEGAL et plus précisément à PIKINE ^[7].

Dans cette étude, les auteurs analysent les aspects sociaux de la « *participation communautaire* » qui est une donnée fondamentale pour l'amélioration des soins de santé.

Les auteurs de l'étude s'interrogent sur les modalités de fonctionnement des comités de santé à PIKINE. Ils montrent que « *les réunions des comités de santé et les rapports des diverses séances* » permettent de savoir que les questions de santé ne sont soulevées par les membres des comités de santé que rarement ou bien « *occasionnellement* », pour utiliser leur terme. Ils pensent que c'est seulement quand il s'agit, pour les acteurs, de légitimer leur statut de représentants, dans les différentes structures comme les comités de santé. Ce qui domine les débats au sein de ces structures ce sont plutôt l'élection des différents bureaux et surtout la gestion financière.

Enfin les auteurs de l'étude ont mené des réflexions relatives à l'accès aux soins de santé et aux inégalités sociales lesquelles résultent – quelque part – des inégalités de revenus. Ainsi, ils préconisent des approches qui permettent d'identifier les besoins, de repérer leurs soubassements en vue de chercher des moyens de les résoudre.

Un autre document de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie de l'Université Cheikh Anta Diop de Dakar donne d'intéressantes orientations en matière de recherche en santé publique ^[8].

Entre autres choses, les auteurs y exposent des analyses sur le changement social et l'analyse stratégique théorisés par les sociologues, les anthropologues et autres spécialistes des sciences sociales. Selon les auteurs de ce document, le

^[6] *Opcit*, Préface, p. VII

^[7] FASSIN (D) et Ali, « *Les Enjeux sociaux de la participation communautaire. Les comités de santé à PIKINE* » (SENEGAL), *Sciences sociales et Santé*, 4, 1986, pp 205-221.

^[8] *Séminaire-Atelier sur la Méthodologie de Recherche en santé, Dakar, du 15 au 20 mars 1999.*

changement social et l'analyse stratégique constituent les meilleurs modèles d'analyse des processus et des actions entreprises ou à entreprendre dans tout ce qui est lié aux soins de santé primaires.

Nous nous sommes aussi intéressé à un auteur comme HENRI MENDRAS, sociologue français, dont les théories sur le changement permettent de comprendre les différents paramètres qui constituent ses corollaires et sous forme de couples tels que : « *crises et conflits* », « *routine et innovation* », « *décisions et diffusion* »^[9].

L'auteur a essayé de montrer que le changement n'est pas une donnée brute, un processus mécanique mais qu'au contraire c'est une dynamique qui passe par plusieurs étapes et varie en fonction de ses acteurs, des stratégies qu'ils ont mises en œuvre pour réaliser ce changement mais aussi de l'environnement dans lequel doit se réaliser le processus lui-même.

Les théories sur le développement local et le développement social étant liées à celles faites sur le changement, MENDRAS ne pouvait manquer de constituer, pour nous, une référence.

Le Plan local de Développement (PLD) de la Communauté rurale de Ndiédieng, où, nous avons fait les recherches aboutissant à ce travail, fait état de quelques contraintes en santé dans la localité et dégage un certain nombre d'actions prioritaires dans ce secteur. Le document donne des informations capitales, pour nous, sur les infrastructures sanitaires, le comité de santé et le comité de gestion. Bref, il est l'une des références prioritaires pour les analyses qui porteront sur les actions du conseil rural, acteur principal du développement de la communauté rurale.

Pour un auteur comme MAMADOU DIEYE, il y a un nouveau « *contexte de décentralisation au SENEGAL* ». On n'est plus – si on tente de commenter l'idée de DIEYE – à la période où la décentralisation faisait de certaines compétences le domaine réservé de l'autorité centrale (l'Etat) mais, au contraire, on vit dans une période nouvelle avec une nouvelle forme de décentralisation qui transfère beaucoup de compétences aux populations elles-mêmes, par l'intermédiaire de leurs représentants (les élus locaux).

L'auteur s'intéresse aux contraintes des collectivités locales qui empêchent la mise en œuvre d'une « *bonne gouvernance locale* » au SENEGAL, avec comme exemple la communauté rurale de Malème Hoddar (département de Kaffrine, région de Kaolack) ^[10]. Parmi ces contraintes il y a la difficile cohabitation des

^[9] MENDRAS (H), *Eléments de sociologie*, Armand Colin, Paris, 1989, pp. 201-217.

^[10] DIEYE (M), « *Analyse des contraintes des collectivités locales dans le nouveau contexte de la décentralisation au SENEGAL. Pour la mise en place d'une stratégie de gouvernance locale. Etude de cas : la Communauté rurale de Malème Hoddar, (arrondissement de Malème Hoddar, département de Kaffrine, région de Kaolack)* ». Mémoire ENTSS, Dakar, 1998.

représentants des différents partis politiques qui siègent au conseil rural qui est un problème qu'on ne peut résoudre qu'en inculquant aux protagonistes un « *esprit civique* ».

Enfin nous nous sommes intéressé aux travaux de Michel CROZIER, sociologue français, spécialiste des organisations et notamment à son ouvrage intitulé *l'Acteur et le système* écrit en collaboration avec Ehrard Friedberg.

Dans cet ouvrage, les auteurs montrent que les stratégies et les décisions, dans une organisation, doivent se faire en fonction des exigences de l'environnement culturel, économique, social, politique, etc. Autrement dit, les choix des acteurs s'appuient nécessairement sur des paramètres non négligeables qu'il importe de maîtriser pour pouvoir faire prévaloir une stabilité, un fonctionnement normal de l'organisation. Voilà pourquoi les auteurs de cet ouvrage pensent que chaque stratégie de l'acteur doit nécessairement s'accompagner des ressources qui favorisent son application.

De même, ils ont fait une description du changement qui nous fait penser à un processus plus ou moins fatal et auquel l'organisation, en tant que système, est lié [¹¹].

IV- HYPOTHESES

Les hypothèses (les réponses provisoires) aux questions que nous nous sommes posé sont les suivantes :

- 1) la logique administrative, officielle, en termes de santé n'est pas réellement appliquée dans la communauté rurale de Ndiédieng.
- 2) Il y a un manque de ressources qui empêche aux instances décisionnelles locales de procéder à l'application de cette logique.
- 3) Les stratégies élaborées par les élus – dans le cadre de la gestion des questions de santé – ne sont pas suffisantes pour faire la promotion du développement par la santé des populations locales.

V- DEFINITION DES CONCEPTS

V-1. Développement local

Le développement local est un concept définissant un processus ayant plusieurs facettes. C'est peut-être ce qui fait que les théoriciens ont utilisé plusieurs approches parfois variées pour le définir. Dans le cas de cette étude nous utilisons le concept dans le sens de GREFFE et dans celui MENGIN et MASSON.

Pour GREFFE, le développement local est un « *processus de diversification et*

[¹¹] CROZIER (M), FRIEDBERG (E), *L'Acteur et le système*, Paris, Seuil, 1977.

d'enrichissement des activités économiques et sociales sur un terrain à partir de la mobilisation et de la coordination de ses ressources et de ses énergies »^[12].

Dans cette perspective, la question du développement local reste liée à l'existence de ressources servant d'alternative locale par rapport à des actions globales de l'Etat (les aides telles que le fonds de dotation et la recherche de partenaires extérieures pour les collectivités locales).

Pour MENGIN et MASSON, « *le développement local c'est, pour les sociétés locales, hors d'état de pouvoir adopter le système dominant, par nature délocalisé, la faculté de trouver une alternative en relocalisant le développement* »^[13]. Si pour ces deux auteurs le développement local est, par nature rural et s'oppose ainsi au développement social qui est, par nature, urbain alors la question des ressources pour le développement semble être plus accentuée et plus difficile à résoudre avec la dimension locale qu'avec celle sociale qui renvoie aux villes où diverses activités génératrices de revenus allègent le prix de la santé aux populations.

V-2. Santé communautaire

Est « communautaire » ce qui est relatif à la communauté. La communauté selon GILLES FERREOL et Alii – citant TÖNNIES – est une structure humaine « *où les individus se fondent en une totalité* »^[14]. Dans cette optique, la problématique de la solidarité entre les différents éléments de la communauté semble être, à priori, résolue d'autant que leur fusion se fait à tous les niveaux. La communauté rurale, devient ainsi un cadre où il n'y a pas de place à l'individualisme qui caractérise, le plus souvent, les populations urbaines – du moins une bonne partie d'elles. Par santé communautaire nous entendons la santé des populations rurales qui sont liées par les mêmes systèmes de représentation, les mêmes modes de vie et souvent les mêmes besoins.

V-3. Stratégie

La stratégie est une approche intellectuelle utilisée par un acteur pour aborder un processus, un phénomène, une personne etc. en vue d'atteindre ses objectifs.

Comme concept, la stratégie est beaucoup plus utilisée dans les théories sociologiques des systèmes, des organisations, en Management, en Gestion, en Marketing, etc.

^[12] GREFFE (X), *Territoires en France*, Paris, Economica, 1984, p. 146.

^[13] *Opcit*, p. 41.

^[14] FERREOL (G) et Al., *Dictionnaire de Sociologie*, Armand Colin / Masson, Paris, 1991, 1995, p. 29

La stratégie étant fondamentale dans les prises de décisions, les acteurs de tout système de toute organisation doivent l'utiliser pour conserver la stabilité interne de leur structure. La stratégie tient compte de l'environnement du cadre décisionnel ; c'est-à-dire des dimensions culturelle, économique, sociale, politique, etc.

V-4. Ressources

Les ressources sont l'ensemble des potentialités humaines, matérielles, naturelles et financières de la communauté rurale de Ndiédieng devant être mobilisées pour favoriser, l'application de la logique officielle en matière de politique de santé.

VI- MODELES THEORIQUES

Pour mener cette étude, nous avons choisi de faire appel à deux modèles théoriques :

- le changement social ;
- l'analyse stratégique.

VI-1. Le changement social

Le changement social, comme modèle théorique, a deux orientations :

1. Suivre la perspective qui considère l'individu comme étant déterminé par la société et celle-ci comme un ensemble fonctionnant selon un certain nombre de règles, de lois ; d'où donc l'impossibilité pour les individus d'influencer – en tant qu'acteurs sociaux – le fonctionnement de la société.
2. Se placer dans la perspective idéologique qui considère la société comme somme d'individus autonomes. Cette perspective minimise ou même disqualifie l'existence de déterminants sociaux qui influenceraient l'action des hommes.

La perspective idéologique accorde la primauté à l'engagement et aux initiatives des individus qui se doivent de prendre des décisions indiquant l'orientation qu'ils voudraient donner à leurs actions quotidiennes.

Cependant, dans le cas de cette étude, nous avons choisi de faire une synthèse des deux perspectives du changement social. Cela signifie que nous aborderons le thème en considérant que même s'il est vrai que les acteurs d'un système sont sous l'influence de déterminants sociaux qui varient en fonction de leurs positions, il est tout aussi vrai que ces acteurs peuvent avoir des marges de liberté leur permettant de prendre des décisions individuelles et/ou collectives.

La pertinence du modèle sous sa forme synthétique se trouve dans le fait qu'il permette de montrer que même s'il y a des contraintes sociales qui pèsent sur les acteurs en place (les élus locaux, les membres des comités de santé et de gestion, du corps médical ou paramédical), il est toujours possible, pour eux, de prendre des initiatives dans le sens d'une amélioration de la prestation sanitaire des structures.

De même, les auteurs du document intitulé « *Séminaire-atelier sur la méthodologie de recherche en santé* » soutiennent que « *l'amélioration des soins de santé primaire est le plus souvent liée à un processus de changement social* ».

VI-2. L'analyse stratégique

Dans un système, une organisation, les éléments ou les acteurs ne sont pas mécaniquement dépendants. Autrement dit, il n'y a pas une loi coercitive qui puisse empêcher les acteurs de dévier par rapport à l'orientation de l'organisation ou du système (la stabilité, l'harmonie, l'équilibre interne). En effet, les acteurs rendent leurs actions, leurs comportements imprévisibles créant ainsi des zones d'incertitude chez leurs vis-à-vis et se donnent, par conséquent, des zones de pouvoir qui rendent les autres dépendants. C'est là où intervient l'analyse stratégique.

L'analyse stratégique permet de savoir ou de mettre en évidence « *les possibilités d'alliance ou d'opposition entre acteurs face aux problèmes, les ressources qui leur manquent éventuellement pour y faire face, les modes de fonctionnement qui peuvent changer la qualité des relations, les contraintes qu'il faut éventuellement lever pour créer un nouveau jeu relationnel, etc.* »^[15]. L'analyse stratégique nous permettra de voir comment – face aux choix des acteurs qui peuvent diverger – favoriser la coopération et dans les décisions et dans les actions.

De façon explicite, nous voulons, en utilisant ce modèle, montrer que l'application des dispositions officielles, administratives – en termes de santé – n'est pas une donnée immédiate car, la vision des acteurs politiques (les élus locaux) n'est pas toujours uniforme (l'appartenance politique influence les attitudes et les idées des acteurs). D'autre part, la vision du personnel médical et para-médical n'est pas toujours celle des politiques.

L'équation qu'il faut résoudre est celle de l'harmonisation des visions de tous ceux qui s'activent dans le secteur de la santé, dans la localité.

^[15] LIVIAN (Y.F.), *Introduction à l'Analyse des organisations, Economica, 2000, Gestion Poche*, p. 98.

CHAPITRE II : METHODOLOGIE

I- RECHERCHE DOCUMENTAIRE

La phase documentaire de la recherche dont nous présentons ici les résultats s'est déroulée de la façon suivante :

Nous avons d'abord choisi de nous documenter à partir des travaux disponibles à la bibliothèque du département de sociologie de l'Université Cheikh Anta Diop de Dakar. Cela nous a permis de consulter des mémoires de Maîtrise et de D.E.A. pour voir s'il y en avait qui parlent de la localité où nous avons fait nos recherches (La Communauté rurale de Ndiédieng).

De même nous sommes allé à la bibliothèque centrale de l'U.C.A.D. où nous avons pu consulter de précieux ouvrages sur le développement local, sur les initiatives en santé communautaire en Afrique rurale de l'Ouest et sur beaucoup d'autres aspects relatifs à la santé et au développement communautaires.

Nous avons également visité la bibliothèque de l'Ecole Nationale des Travailleurs Sociaux Spécialisés (E.N.T.S.S.) où nous avons consulté des travaux de fin d'Etudes ou des rapports de stage faits sur le thème de notre étude.

De la même façon nous nous sommes rendu à l'Ecole Nationale de Développement Sanitaire et Social (E.N.D.S.S.) où nous avons eu également des données relatives à la recherche en santé.

Nous avons consulté des archives du Conseil rural de la localité (le Plan Local de Développement, des procès-verbaux et comptes-rendus de réunions du conseil rural, etc.).

Enfin, nous sommes allé à la bibliothèque du C.E.S.T.I. où nous avons consulté des coupures de journaux dans lesquelles on traite de la décentralisation, du développement local et de la santé dans les zones rurales.

II- CHAMP D'ETUDE

II-1. Cadre d'Etude

Le cadre de l'étude c'est le département de Kaolack. C'est l'un des trois départements que compte la région de Kaolack même. Les deux autres départements sont :

- Kaffrine (à l'Est de Kaolack) ;
- Nioro (au Sud de Kaolack).

Kaolack département compte un district sanitaire qui se trouve dans la commune même de Kaolack. C'est ce district qui coordonne toutes les activités des

différents postes de santé, des cases de santé et des maternités rurales du département. Parmi ces différentes structures sanitaires il y a évidemment celles de l'arrondissement de Ndiédieng qui recouvre :

- la communauté rurale de Ndiédieng ;
- la communauté rurale de Ndiaffate ;
- la communauté rurale de Keur Socé.

II-2. Présentation de la Communauté rurale de Ndiédieng

La Communauté rurale de Ndiédieng est à 40 km au Sud de la Commune de Kaolack. Elle recouvre une superficie de 196 km² avec une densité de 88 habitants au km². Elle est limitée au Nord par la communauté rurale de Ndiaffate, au Sud par l'arrondissement de Wack-NGouna, à l'Est par la Communauté rurale de Keur Socé et à l'Ouest par l'arrondissement de Djilor.

Pour ce qui est de la population, il faut dire que deux chiffres sont avancés : 17276 et 23837. En effet, le premier est celui qui se trouve dans le Plan Local de Développement de la Communauté rurale et le second est publié par le DISC (Décentralisation-Initiative-Santé communautaire), un projet financé par l'Agence des Etats-Unis pour le développement Internationale (U.S.A.I.D.).

Nous avons choisi de travailler avec le dernier chiffre d'autant que c'est –selon l'Infirmier Chef de poste (I.C.P.) qui nous l'a donné – le résultat du dernier recensement de la population effectué par une structure pour les besoins de ses actions en santé communautaire dans la localité. Avec le dernier chiffre (23837) on peut voir que la densité passe de 88 habitants au km² à 121,6 habitants au km².

L'agriculture est l'activité principale de la population. Elle occupe 90 % de la population active [¹⁶]. L'espèce culturale la plus fréquente est l'arachide qui connaît aujourd'hui des problèmes de commercialisation.

III- POPULATION CIBLE

Notre échantillon est uniquement composé des membres des comités de santé et de gestion, de l'infirmier chef de poste et de quelques uns de ses subordonnés. Le comité de gestion est composé de cinq personnes dont le Président du Conseil rural et l'Infirmier chef de poste (ICP) (cf. annexe).

Le comité de santé est composé de six membres. Nous avons choisi de nous entretenir avec ces personnes parce que, pour nous, elles constituent des personnes ressources qui donc doivent pouvoir nous donner des informations

[¹⁶] (Cf. *Plan de Développement Local de la Communauté rurale de la localité*).

vérifiables. En effet, nous avons pu vérifier, avec les archives du conseil rural et du poste de santé, certaines données. Pour vérifier certaines données nous avons été sur le terrain auquel renvoient ces données.

IV- TECHNIQUES DE COLLECTE DE DONNEES

Pour collecter des données sur un sujet, un thème de recherche il est important de valider le choix des instruments qui constitueront des supports. En d'autres termes, le chercheur est obligé de faire en sorte que les techniques qu'il choisira comme moyens de collecte, d'informations soient capables de refléter la réalité qu'on veut atteindre.

Pour cette étude ci, nous avons choisi d'utiliser l'entretien, l'observation et l'analyse de contenu.

IV-1. L'entretien

L'entretien est un support utilisé en général pour faire des recherches dont les objectifs sont, pour QUIVY et CAMPENHOUDT :

- d'analyser la signification que « *les acteurs donnent à leurs pratiques et aux événements auxquels ils sont confrontés : leurs systèmes de valeurs, leurs repères normatifs, leurs interprétations des situations conflictuelles ou non, leurs lectures de leurs propres expériences, etc.* » ;
- d'analyser « *un problème précis : ses données, les points de vues en présence, ses enjeux, les systèmes de relations, le fonctionnement d'une organisation, etc.* » ;
- et enfin, de reconstituer des « *processus d'actions, d'expériences ou d'événements du passé* »^[17].

Cependant, dans le cas de cette étude, nous l'avons utilisé pour atteindre le second objectif ci-dessus. C'est-à-dire que nous sommes parti de l'hypothèse que la santé communautaire constitue en elle-même une problématique dans le contexte de décentralisation administrative et politique et, par conséquent, réussir à collecter des données sur les points de vues des différents acteurs du secteur permettra de trouver des solutions à cette problématique. Autrement dit, les différentes colorations politiques des membres du conseil rural, les différences de statuts entre les politiques et le personnel médical et paramédical impliquent des différences d'enjeux, créant des rapports de pouvoir qui reflètent

^[17] QUIVY (R) et CAMPENHOUDT (L.V.), *Manuel de Recherche en Sciences sociales*, Dunod, Paris, 1995, p. 196.

sur le système de gestion autonome des questions de santé dans la communauté rurale de Ndiédieng. L'entretien que nous avons utilisé était semi directif.

IV-2. L'observation

Elle permet au chercheur « *participant* » ou non de prendre des notes sur des attitudes, des comportements, des localités, des événements, des processus, etc. C'est un support de recherche qui donne la possibilité au chercheur de saisir les relations éventuelles qui existent entre la parole et les comportements ou les attitudes d'un acteur, de recueillir des données sur l'environnement des acteurs et ses éventuelles capacités à influencer le fonctionnement des systèmes d'actions. Nous l'avons employée sous sa forme « *participante* » dans le cadre de cette étude.

Nous avons comme objectif de voir si réellement, il y avait des rapports entre les comportements et les attitudes des acteurs, des différentes structures qui s'occupent de santé et leurs discours.

IV-3. L'analyse de contenu

La troisième technique que nous avons utilisée dans la phase d'enquête de terrain c'est l'analyse de contenu. Elle nous a permis de comparaître les informations que nous avons reçues des enquêtés à la suite des entretiens et les données consignées dans les archives des structures que nous avons visitées.

V- DEROULEMENT DE L'ENQUETE

V-1. Pré-enquête

La pré-enquête, comme son nom l'indique, précède l'enquête proprement dite. C'est une phase de collecte de données préliminaires sur le thème de recherche. Ces données servent de bases pour la suite de l'enquête.

En effet, à l'issue de la pré-enquête que nous avons réalisée, nous avons eu des données qui nous ont permis de construire nos hypothèses car, il faut le souligner, à part le PLD de la communauté rurale, nous n'avons eu aucun autre document qui parle de la localité.

Pour débiter la pré-enquête, nous avons tenu compte des réalités du terrain en milieu rural et notamment en milieu politique où la concurrence met les acteurs – souvent – dans un état de fermeture sur eux-mêmes. Ainsi, nous avons trouvé une personne (le surveillant général du Collègue d'Enseignement Moyen de Ndiédieng) sur qui nous nous sommes basé pour faire les premiers contacts avec le conseil rural et avec l'I.C.P.

Ce sont les deux qui nous ont donné les premières informations sur lesquelles nous nous sommes appuyé pour dégager nos hypothèses et élaborer les guides

d'entretien que nous avons soumis plus tard aux personnes ressources que nous avons repérées lors de la pré-enquête, toujours.

V-2. L'enquête proprement dite

A la suite de la pré-enquête, nous avons démarré l'enquête proprement dite. Cette phase a duré trois semaines pendant lesquelles nous avons travaillé toutes les matinées – à part les fins de semaine – de 9 heures à 11 heures 30 minutes. Puisque nous n'habitons pas Ndiédling, le chef lieu de la communauté rurale, nous étions obligé de faire la navette entre M'Biteyène Abdou (notre village d'origine) et le chef lieu, les deux villages étant séparés par une distance de 3 km que nous faisons à pied. Nous avons d'abord, procédé aux entretiens. Pour cela, nous avons demandé un rendez-vous au Président du Conseil rural (P.C.R.) et l'avons obtenu. Nous lui avons dit ce que nous étions venu faire dans sa localité. Nous lui avons dit ceci : « *Nous sommes de l'Université Cheikh Anta Diop de Dakar, au département de Sociologie et nous avons choisi de travailler – pour les besoins de notre mémoire de D.E.A. – sur la Décentralisation et le Développement local et notamment sur un domaine de compétences transférées comme la santé* ».

Il nous a bien accueilli et nous a fixé rendez-vous. Lorsque nous lui avons demandé – le jour du rendez-vous – de nous permettre de lui soumettre un certain nombre de thèmes sur lesquels il nous parlera, il l'a accepté. Ainsi nous avons démarré l'entretien avec lui sur la présentation du conseil rural et de la communauté rurale. De temps à autre, il nous donnait un document ou un papier dans lequel se trouvent des données qu'il utilise pour légitimer son discours. Souvent il ne manquait pas de montrer un visage clair quand il parlait des réalisations dans le domaine de la santé, sous son mandat. Tantôt il montrait un visage sombre quand il s'agissait de parler des manquements notés dans la gestion des affaires. De temps à autre, il sortait totalement du domaine de la santé pour parler de la gestion globale et, nous utilisons des relances pour le ramener au thème.

A la fin de l'entretien nous lui avons demandé de mettre au courant les membres des comités de santé et de gestion de notre volonté de les rencontrer et d'avoir un entretien avec eux. Ce qu'il a fait.

Ainsi nous avons rencontré ces gens dans les locaux du conseil rural.

Puisque certains membres du comité de santé sont également dans le comité de gestion, nous leur avons donné un double statut et les avons interrogés à ce titre. C'est le cas du Président du Comité de santé et son trésorier. Nous avons réuni ces deux personnes dans la salle de délibération du Conseil rural et les avons soumises à un guide d'entretien. Cela nous a permis de gagner du

temps d'autant que nous avons pu parler avec eux des deux structures en même temps.

Nous avons, en dernier lieu, rencontré l'I.C.P. à son bureau. Nous avons eu un entretien avec lui sur beaucoup d'aspects relatifs à la santé dans la localité mais aussi sur ses relations avec les structures locales qui s'occupent de la politique de santé. Il a été très courtois avec nous. Nous avons eu droit à une visite guidée des postes de santé (l'ancien et le nouveau), et du dépôt de médicaments. Il nous a également permis de regarder dans certains registres de consultations. Il nous a même donné une copie de l'Arrêté portant installation du comité de gestion du poste de santé de Ndiédieng (cf. Annexe).

Voilà, de façon résumée, comment se sont déroulés les entretiens. Nous avons, en même temps, procédé à des observations des différents lieux et des attitudes surtout au niveau du poste de santé où nous avons suivi l'I.C.P. consulter ses patients. Ainsi, nous avons pu mesurer l'ampleur des consultations, les cas nécessitant une urgence et la capacité d'accueil du poste de santé. Nous avons, par conséquent, pu comparer la demande en termes de soins et l'offre en termes de prises en charge.

Difficultés rencontrées

Au cours des recherches que nous avons menées, nous avons eu un certain nombre de difficultés qui sont de différentes natures.

- D'abord, nous avons eu des difficultés à rencontrer des écrits sur la localité. Nous avons même cherché à avoir des travaux de géographes mais en vain. Le seul document spécifique que nous avons eu c'est – comme nous l'avons souligné un peu plus haut – le P.L.D. de la Communauté rurale ;
- Ensuite, nous avons eu des difficultés d'ordre matériel. En effet, quand nous avons voulu disposer de copies de certains documents ou extraits de documents (les Procès-verbaux et les comptes-rendus de réunions, etc.) on nous a fait savoir qu'il n'y avait pas de machines à Ndiédieng pour les photocopier. Cela ne nous a pas permis de ramener avec nous des documents non moins importants pour l'Annexe.
- En plus, étant donné que les recherches se sont déroulées pendant la période des cultures, nous faisons la navette, entre Ndiédieng et MBiteyène, à pieds, parce qu'à cette période, tous les moyens de locomotion et notamment les charrettes sont utilisés dans le cadre des travaux champêtres.

Telles sont les problèmes que nous avons eus de façon globale dans nos recherches.

DEUXIEME PARTIE :

PRESENTATION, ANALYSE ET INTERPRETATION DES DONNEES

CHAPITRE I : APERCU SUR LES STRUCTURES SANITAIRES LOCALES

Comme nous l'avons souligné un peu plus haut, à travers l'Article 23 du Décret n° 96-1135 du 27mars1996, il appartient au conseil rural de procéder à la construction, à l'équipement, à l'entretien et à la maintenance, des structures. A partir de ce moment il importe, pour nous, de voir ce qu'il en est réellement dans la localité.

I- LA CONSTRUCTION DES INFRASTRUCTURES

La construction des infrastructures sanitaires fait partie des actions prioritaires, du conseil rural. C'est dans cette perspective que des réalisations ont été faites dans ce domaine.

Cependant, elles l'ont été suivant plusieurs modalités de financement. Autrement dit ce n'est pas seulement le conseil rural qui a pris en charge la totalité des frais dans bien des cas. Il a été aidé dans cette tâche par des ONG.

En effet, il y a dans l'effort de construction des infrastructures, la participation de l'U.S.A.I.D, du D.I.S.C. et du SECOURS MUSULMAN.

Ainsi plusieurs réalisations ont été faites dans la localité dont certaines datent de plus de vingt ans.

I-1. Les postes de santé

Avant l'arrivée de la présente équipe du conseil rural, il n'y avait qu'un seul poste de santé et il se trouve dans le village de Ndiédieng qui est le chef lieu de la communauté rurale. Si l'on part des recommandations, de l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.) qui disent qu'il faut un médecin pour 10 000 habitant, un infirmier pour 5 000 habitants et une sage-femme pour 5 000 femmes en âge de procréer, on peut voir combien il a été difficile, pour le poste de santé, de prendre, toute la population de la communauté rurale en charge. En effet nous avons dit que le chiffre concernant la population qui nous est venu du D.I.S.C. est de 23 837. Donc il faudrait, au moins, deux médecins et un infirmier pour la prise en charge des populations qui viennent consulter. Malgré les recommandations de l'OMS donc, seul un infirmier assure la prise en charge dans l'unique poste de santé de la communauté rurale. D'ailleurs ce poste de santé a été construit pendant la période coloniale et plus précisément en 1958. C'est un bâtiment de quatre pièces :

- 1 bureau de consultation occupé par l'I.C.P. ;
- 1 salle d'observation d'une capacité de trois lits ;
- 1 salle de pansement ;
- 1 salle servant de dépôt de médicaments, annexée à la salle de pansement.

Lorsque l'équipe actuelle du conseil rural est venue, elle a trouvé cette situation sur place. Mais elle n'a pas pu immédiatement résoudre le problème seule. Car la réalisation de certaines actions nécessite une collaboration. C'est dans cette optique que l'I.C.P. qui ne pouvait plus accepter que le poste de santé soit fermé^[18] a initié des démarches dans le sens d'assurer la permanence des consultations. Ainsi il a obtenu du conseil rural une somme de quatre cent mille francs pour la réhabilitation du poste. Il a donc fallu le concours de plusieurs acteurs : des acteurs politiques (les élus locaux qui sont habilités à prendre des décisions administratives et politiques relatives aux priorités du développement local) et des acteurs qui détiennent le savoir médical (l'ICP et les ASC). Cela est d'autant plus attendu que le développement quelle que soit sa nature « *social* » ou « *local* » passe toujours par les hommes qui le programment et s'attèlent à sa réalisation. Or cela ne peut se faire que si les hommes sont en bonne santé. Et de ce fait, la santé, du moins la politique de santé dans la localité de Ndiédieng, devient un préalable au développement. Ce préalable s'appuie sur la synergie de plusieurs forces comme le soutiennent MENGIN et MASSON.

Selon ces auteurs, « *le développement s'appuie sur des forces endogènes, sur des réseaux locaux : groupes socio-économiques (agriculteurs, artisans), cadres moyens, réseaux de voisinage, de parenté, ethniques. Ces forces ne s'évaluent pas en termes de représentativité mais d'implication dans le processus. Qu'elles soient minoritaires ou non n'entre pas en ligne de compte, l'important est l'aptitude de ces acteurs à mener des actions qui seront en fait celles du réseau ou des réseaux multiples auxquels ils appartiennent* »^[19]. A part le poste de santé de Ndiédieng (celui réhabilité) – par la précédente équipe – il y a un autre poste de santé financé par le D.I.S.C. dans le cadre de son partenariat avec la communauté rurale : il s'agit de celui de Ndjilékhari. C'est dans le cadre de la politique de désenclavement des périphéries de la communauté rurale que vient s'inscrire cette action qui, selon le P.C.R., constitue une acquisition opportune. En effet, dans le processus de décentralisation qui a comme objectif principal de créer un développement multisectoriel, il faudrait que les acteurs immédiats (les conseillers ruraux) initient et promouvoient des actions stratégiques vis à vis de leurs partenaires extérieurs (les ONG) mais également de leurs administrés (les populations). Ces stratégies peuvent être – entre autres choses – de donner des solutions aux problèmes les plus immédiats, les plus cruciaux. Or, problème ne peut être plus crucial pour les populations que la difficulté voire l'impossibilité d'avoir accès aux soins de santé primaire. Donc la construction, par la communauté rurale, d'un poste de santé d'une valeur de 20 000 000 F CFA à la suite d'un partenariat avec le D.I.S.C. peut permettre à l'institution administrative locale d'amener les

^[18] Le poste de santé a été momentanément fermé pour cause de difficultés d'ordre matériel.

^[19]] *Opcit*, p. 22

populations bénéficiaires à se sentir considérées et protégées et par conséquent à prendre la décision absolue de s'acquitter de leurs devoirs vis à vis des instances décisionnelles locales.

Entre autres devoirs il y a :

- le paiement de l'impôt ;
- le paiement de droits de stationnement surtout lors des marchés hebdomadaires ;
- le paiement des amendes forfaitaires.

De même qu'elles paieront la taxe rurale, les populations de Djibékhar qui est gros village (1 047 habitants) – comme celles de tout autre village de la communauté rurale de Ndiédieng – choisiront éventuellement cette équipe du conseil rural qui réalise concrètement les rêves des administrés ; le rêve de se soigner chez soi-même, dans son propre village, échappant ainsi aux longs trajets habituels, faits en charrette, pour joindre la zone de polarisation de la santé communautaire, c'est à dire le lieu d'implantation du poste de santé. En d'autres termes, la résolution des problèmes immédiats en santé des populations locales est une manière, pour les politiques, de gagner la confiance des électeurs locaux. Donc, il ne s'agit pas seulement de gagner une bataille contre l'étendue de la communauté rurale mais aussi et surtout de s'imposer politiquement car, comme le disent MENGIN et MASSON, *« l'espace ne peut se définir par des éléments géographiques, écologiques, même si ces caractères spécifiques aident souvent au découpage. Plus profondément, l'espace de développement est un espace « politique ». Il ne peut se comprendre, se concrétiser que par l'analyse des stratégies à l'œuvre sur le territoire. Cet espace, généralement périphérique, est aussi, dans une perspective de développement, enjeu pour un certain nombre d'acteurs politiques et économiques. C'est ce qui structure cet espace de développement »*^[20]

La logique de la politique amène souvent les acteurs à faire des choix stratégiques. Plus on a une autorité, des compétences plus on est obligé de faire preuve de finesse dans les décisions à prendre qui peuvent être fatales pour une erreur, commise d'autant qu'en politique « l'erreur est impardonnable ». Cela semble expliquer les démarches de l'actuelle équipe du conseil rural de Ndiédieng qui, après avoir financé la réhabilitation de l'ancienne bâtisse abritant les locaux du poste de santé de Ndiédieng, a trouvé mieux, en partenariat avec le D.I.S.C. et le PROCR. C'est la construction de nouveaux locaux à côté de la maternité – pour abriter le poste de santé d'une valeur de 10 000 000 F CFA. Cette action est un bon prétexte pour faire basculer le village qui a le plus gros poids électoral de la localité dans le panier de l'équipe actuelle du conseil rural.

^[20] Opcit, p. 57

Cela ne veut pas dire que toute action des élus doit nécessairement avoir comme soubassement une politique politicienne mais, cela signifie que des tendances à politiser une bonne partie des actions en santé dans la localité peuvent s'observer.

D'ailleurs cette tendance à la propagande, au culte de la personnalité dont font preuve certains élus locaux crée souvent des malentendus entre les politiques et les populations d'une part et entre les politiques et le personnel médical et paramédical. En effet, les politiques – du moins certains d'entre eux confondent souvent leurs biens propres et les biens du public. A ce propos, nous avons obtenu une anecdote faisant état de l'utilisation, par un P.C.R. d'une des équipes précédentes, de l'ambulance qu'on avait donnée au poste de santé de Ndiédieng, pour ses propres courses. Cela est une preuve d'immaturité civique et peut-être même politique de certains politiques qui devaient être les piliers du civisme par conséquent du développement de leur localité.

Le nouveau poste de santé de Ndiédieng n'est pas encore fonctionnel mais il est prêt pour le faire en 2004-2005 selon le P.C.R. En attendant, les consultations continuent à se faire à l'ancien poste de santé. De même, le poste de Djilékhar n'est pas fonctionnel à cause de quelques travaux qui restent à faire. Les travaux n'ont débuté qu'en 2003 et si on se base sur l'exemple du poste de santé de Ndiédieng dont les travaux ont débuté en 2002 pour se terminer en 2004, l'on saura que c'est la durée d'exécution qui retarde souvent les attentes des populations qui, dans certains cas sont pressantes. En plus de la construction de ces deux postes de santé de la localité, le conseil rural actuel a fait d'autres réalisations en termes d'infrastructures. Il a construit des cases de santé dans plusieurs zones.

I-2. Les cases de santé rurales

La communauté rurale de Ndiédieng compte 11 cases de santé dont 10 publiques et une privée. Les 10 publiques sont réparties en fonction du degré de polarisation. Ainsi, 10 villages ont été choisis d'abord par souci de rapprocher les populations des structures de santé mais également dans le but de faire de chacun de ces villages une « *zone relais* » entre le chef-lieu de la communauté rurale et les villages de petites tailles ou en tout cas enclavés.

Les « *zones relais* » sont : Djilékhar, Paymar Ouoloff, Keur Madické, Ndiakhaté, Keur Madiabou, Mboudaye, Thiakho Ndjigane, Keur Niène, Tallène, Mbileyène Abdou.

Il faut préciser que parmi les 10 cases de santé des « *zones relais* », quatre ont été mises en place par l'U.S.A.I.D. depuis 1978 en partenariat avec la communauté rurale. Donc bien avant le transfert des neuf domaines de compétences aux collectivités locales c'est à dire donc bien avant 1996, date de

l'effectivité de ce transfert. Par conséquent, les réalisations du conseil rural en santé concernent uniquement les autres zones qui sont :

- Keur Niène : 2003
- Thiakho Ndjigane : 2003
- Paymar Ouolof : 2003
- Mboudaye (début des travaux : 2004) en partenariat avec l'ONG SECOURS MUSULMAN
- Médina Mallé (début des travaux : 2004)

Ce dernier village n'est pas une « zone relais » mais il se trouve à la périphérie de la communauté rurale et est donc dans une situation très difficile.

Les cases de santé qui ont été réalisées avec le concours de l'U.S.A.I.D. sont celles des villages suivants :

- Tallène
- Mbiteyène Abdou
- Thiakho Ndjigane et Keur Niène ont le privilège de bénéficier, à nouveau, de case de santé car leurs premières cases de santé construites en 1978 par l'U.S.A.I.D. étaient en ruine.

Telles sont les données qu'on peut livrer sur les infrastructures sanitaires locales.

Cependant, essayons d'aller au fond des faits. Nous avons dit un peu plus haut que les « zones relais » ont été choisies pour abriter des structures sanitaires, mais l'examen profond de la répartition des structures sur l'espace communautaire montre que beaucoup de failles existent. En effet, certaines cases de santé polarisent beaucoup de villages (c'est le cas des cases de santé de Mboudaye, de Ndiakhaté et de Djilékhar) alors que la case de santé de Keur Madiabou ne polarise aucun village à part Keur Madiabou lui-même.

En plus, des cases de santé sont implantées dans des « zones relais » dont les populations préfèrent aller se soigner ailleurs. C'est le cas à Mboudaye où les populations se soignent à Tawa, de Keur Madiabou où les populations se soignent à Darou Mbiteyène et de Paymar Ouoloff et de Keur Madické où les populations préfèrent se soigner à Ndrané Escalé (hors de la communauté rurale et même de l'arrondissement de Ndiédieng).

Ce qu'on a pu y tirer c'est que malgré la présence de structure chez elles-mêmes, certaines populations les laissent sur place pour se soigner ailleurs. Cela semble être une manière, pour les populations de ne pas reconnaître les actions dont elles n'ont participé ni à l'élaboration encore moins à l'exécution. C'est un signe précurseur de conflits latents et/ou ouverts entre les acteurs (-les élus et les populations. Donc il y a certainement eu beaucoup de malentendus qui ont abouti à ces comportements.

Or, les conflits sont à identifier, à la suite de l'identification des « groupes réels » et de « la population cible ». En effet, « la reconnaissance de conflits d'intérêts potentiels ou réels des diverses catégories de population sur un espace est un préalable absolu à la mise en route d'un processus de développement endogène. Si on l'ignore, le processus aboutit à une marginalisation accrue des catégories déjà en difficulté, voire à une éviction pure et simple en particulier des producteurs plus faibles. Il permet à un groupe fort de s'installer dans une position hégémonique et ceci dans un non-dit, une ambiguïté réelle, puisqu'en particulier les catégories précaires n'ont pas eu l'occasion d'exprimer leurs besoins réels »^[21].

Si on se réfère à l'Article 24 du Décret N° 96 1135 du 27 mars 1996, on peut se rendre compte que la construction d'infrastructures est assez faible et notamment celles de postes de santé. En effet puisque l'O.M.S. recommande un I.C.P. pour 5 000 habitants et une sage-femme pour 5 000 femmes en âge de procréer, avec une population de 23 837. La communauté rurale de Ndiédieng devrait avoir au moins, quatre ICP et quatre sages-femmes soit quatre postes de santé. Or, elle en est qu'à un seul poste de santé fonctionnel et qui garde toujours – en attendant l'inauguration des nouveaux locaux – son ancienne bâtisse. On peut espérer qu'avec le fonctionnement du poste de Djilékhar dans l'avenir et l'inauguration imminente des nouveaux locaux du poste de santé de Ndiédieng, on pourra juguler une partie de la demande c'est à dire qu'au lieu de quatre postes de santé on aura au moins la moitié.

Concernant les cases de santé il faut reconnaître qu'il y a des efforts non moins importants qui sont faits par le conseil rural. En effet, ne serait-ce que pour l'année 2003, trois cases de santé ont été construites et, en 2004, le conseil a entamé la construction de la case de santé de Mboudaye et celle de Médina Mallé. Ces deux sont à la dernière phase. Si on additionne le nombre de cases de santé construites en 2003 à celui de celles qui sont en train d'être finalisées en 2004, on peut avoir un aperçu sur le rythme de construction. En fait, rien que pour les deux années, il y a cinq cases de santé qui sont construites par le conseil rural. Et puisque la communauté rurale compte 57 villages, d'ici 2006, si le rythme est maintenu, 1/5 des villages de la localité sera couvert en terme de structures primaires de santé. Il faut tenir compte des capacités financières du conseil rural qui, pour une part, dépend du taux, de recouvrement de la taxe rurale et de temps à autre d'interventions de partenaires extérieurs (il s'agit ici du PROCR et du D.I.S.C.). Nous y reviendrons un peu plus loin.

Comme on le sait, une structure sanitaire n'est rien d'autre qu'un bâtiment, si elle n'est pas équipée et sur le plan matériel et sur le plan humain. C'est ce qui nous amène à vouloir parler de ces deux facteurs. Il s'agit surtout, pour nous de

^[21] MENGIN (J), MASSON (G), *op cit*, p. 31

voir ce qui se passe sur le terrain, au niveau des structures de santé de Ndiédieng.

II- L'EQUIPEMENT DES STRUCTURES SANITAIRES

II-1. L'équipement des postes de santé

Pour le moment l'on ne peut parler que de l'équipement du poste de santé de Ndiédieng. D'ailleurs, il faut préciser qu'il s'agit de l'ancien poste, car, les nouveaux locaux n'ont pas encore été inaugurés. La visite guidée que nous avons faite avec l'I.C.P. dans le poste de santé nous a permis d'observer le personnel travailler et de faire le tour des différentes salles qui composent la structure. Ce qui est frappant, c'est le délabrement du peu de matériel qui existe dans le poste de santé. Du bureau de l'I.C.P à la salle des soins ou salle des injections en passant par la salle dite « d'observation » il n'y a pas de chaises, de tables, de lits ou de bancs qui soient en bon état. D'ailleurs, quand en présence de l'I.C.P, nous avons demandé à la matrone trouvée dans la salle où elle travaille de nous dire avec quels moyens elle travaille, elle nous adit ceci :

« Mon fils, les quelques bancs, lits, tables que tu vois ici sont plus âgés que toi et peut-être même que ton grand frère car il y en a qui sont là depuis plus de quarante ans et n'ont jamais été changés. Mais puisque nous n'avons que cela, nous ne pouvons qu'essayer de nous débrouiller avec pour aider nos patients à se soulager ».

Tout ce que nous pouvons citer comme équipement matériel c'est un réfrigérateur qui, selon l'ICP, a été offert au poste de santé par le district sanitaire de Kaolack dont il dépend ; cela c'est d'une part. D'autre part, le conseil rural, en étroite collaboration avec les comités de santé et de gestion, à travers la commission de santé, a équipé le dépôt de médicaments (les médicaments génériques). Il y a également le district sanitaire de Kaolack qui participe à la dotation en médicaments du poste de santé en cédant les génériques à un coût acceptable.

L'intervention de ces différentes structures dans la dotation du dépôt de médicaments explique qu'il semble y avoir une coordination des activités. Chaque structure participe par rapport à la nature de la relation qui la lie à la politique de santé locale. Donc, la participation des structures n'est pas fortuite. Elle regorge de signification. Ainsi, elle devient une action sociale dans le sens de MAX WEBER, cité par GILLES FERREOL et JEAN PIERRE NORECK. Pour eux auteurs, *« est action, selon la définition de Max Weber, toute conduite à laquelle l'individu associe une signification. Elle devient sociale quand le sens de l'action individuelle est rapporté aux actions d'un ou de plusieurs acteurs. L'acteur social motive son action en anticipant sur celle des*

autres, c'est-à-dire la probabilité d'obtenir tel comportement dans telle situation »^[22].

L'objectif de tout combattant c'est de gagner son pari. Or, le pari que toutes ces structures ont à gagner c'est celui qui consiste à faire prévaloir un cadre structurel et matériel qui permette une amélioration des soins de santé dans le poste de santé de Ndiédieng considéré comme l'unique structure polarisant toute la communauté rurale.

L'amélioration des soins de santé s'inscrit dans une dynamique de changement social. Autrement dit, considérant que le monde rural repose une bonne partie de ses principes sur des valeurs qui rythment son mode de vie et ses systèmes de représentation, il devient – presque évident qu'aucune forme de modernité ne peut l'intégrer sans résoudre, au préalable, la problématique de ces valeurs qui sont à l'origine de plusieurs incompréhensions entre acteurs et parfois même de conflits. Cela est d'autant plus réel, plus évident que *« le changement social se comprend comme une alternance de périodes de conflits, moments pendant lesquels une rationalité ou adhésion à des valeurs s'oppose à une rationalité formelle dominante, et de périodes routinières où la rationalité nouvelle se transforme en système de règles et de normes »*^[23]. Ainsi, donc, la tâche n'est pas facile pour les acteurs car, ce qui se présente comme une équation à résoudre c'est : comment – face à la multiplicité des points de vue, des valeurs, en un mot des réalités qui caractérisent les acteurs des différentes structures intervenant dans le secteur de la santé à Ndiédieng- créer, rendre possible une coopération entre eux pour réussir la réalisation d'actions prioritaires.

II-2. L'équipement des cases de santé

En matière d'équipement matériel, il faut dire que toutes les cases de santé qui sont fonctionnelles sont équipées. D'ailleurs il y en a même qui ne fonctionnent pas et qui sont matériellement équipées.

Cependant, il faudra comprendre par là que l'équipement d'une case de santé est moins coûteux que celui d'un poste de santé mais ce n'est pas parce que le conseil rural privilégie la première sur le second.

L'équipement des cases de santé n'a pas résolu le problème de la crise d'identité dont souffraient certains villages qui, parce qu'ils ne se sentaient presque plus sous la protection des autorités locales, avaient déjà cherché et trouvé d'autres villages disposant de structures où ils pourraient être prise en charge (cf. Annexe).

^[22] FERREOL (G), NORECK (J.P.), *Introduction à la Sociologie, Armand. Colin/Masson, Collection Cursus, Paris, 1989, 1996, p.37*

^[23] FERREOL (G), NOREC (J.P.), *Opcit, p. 39.*

Cette réaction qui est un type de boycott des services offerts par les autorités administratives et politiques fragilise le pouvoir local car, en tournant le dos aux cases de santé mises à leur disposition, les populations des villages concernés semblent dire qu'elles n'adhèrent pas à la légitimité dont ces autorités sont les porteurs. Dans le contexte du transfert de compétences aux collectivités locales, de nouvelles structures politiques se créent et par conséquent de nouveaux types de relations doivent les accompagner.

En effet, ce n'est plus l'Etat, par le Sous-Préfet, le coordonnateur du CERP, l'ICP et les autres responsables de ses différentes structures qui gouverne mais, ce sont d'autres personnes, celles choisies par les populations elles-mêmes pour leurs propres services qui décident et légifèrent. Ces personnes choisies forment des structures, les nouvelles structures (le conseil rural, le comité de santé, le comité de gestion, la commission santé, etc.).

Le fonctionnement normal de ces structures ne peut être réel que si l'on remodèle les types de relations qui existaient auparavant entre autorités et populations. Or cela n'est possible qu'avec de l'expérience, quitte à ce qu'elle soit, pour les autorités locales, leur remise en cause par leurs administrés. D'ailleurs, *« l'expérience nouvelle, si négative qu'elle soit, peut être extrêmement féconde de ce point de vue, si on la considère de façon réaliste comme un moyen de mesurer jusqu'à quel point structures et modes de relations peuvent évoluer à partir de l'introduction d'un mode de raisonnement nouveau, jusqu'à quel point il peut y avoir divergence et tension entre l'un et l'autre, à partir de quel moment et de quels processus le mode de raisonnement nouveau perd son influence et quelles conditions il faut réunir pour qu'il se maintienne et se développe »*^[24].

En somme, nous pouvons dire que pour ce qui est de l'équipement en matériel, beaucoup reste à faire. Là où cela devait se faire (l'unique poste de santé fonctionnel) – au cas où des problèmes de dotation de toutes les structures se posent – on assiste à une situation de manque, de dénuement manifeste ; ce qui peut démotiver le personnel soignant. Cela nous amène à parler du personnel des différentes structures.

Au niveau du poste de santé de Ndiédieng, en plus de l'ICP qui est un fonctionnaire, donc un agent de l'Etat, on retrouve un ASC et Deux matrones. A part l'ICP, tout le reste du personnel de santé que ce soit celui du poste ou celui des cases de santé implantées dans les différents villages – est formé par le district sanitaire de Kaolack, avec la collaboration de l'ICP.

La formation se fait, selon l'ICP, au district même et elle dure 6 à 8 mois à l'issu desquels ils sont mis au service du conseil rural qui en dispose pour faire fonctionner les structures qu'il gère. Signalons que toutes les cases de santé

^[24] CROZIER (M), ERHARD (F), *Opcit*, pp 369-370.

fonctionnelles disposent d'une matrone qui assiste les femmes au moment des accouchements, après quoi elle les accompagne au poste de santé pour que l'ICP fasse des constats et intervienne s'il y a lieu.

La contradiction que l'on a notée c'est que malgré le taux très élevé de consultations par mois, surtout en période de saison des pluies qu'enregistre le poste de santé il y a toujours un manque de volonté politique ou en tout cas une lenteur des décisions de la part des décideurs locaux. Cela est d'autant plus vrai que nous-même avons assisté à des cas où l'ICP était obligé de mettre certains patients en observation et il ne disposait que d'un seul lit qui laisse transparaître des usures, des incommodités.

Pour avoir un aperçu sur le taux de fréquentation du poste de santé et notamment entre septembre et novembre (période de pic de certaines maladies) nous avons consulté le registre des consultations de 2003. Ainsi nous avons pu vérifier ce que nous avait dit l'ICP lors de l'entretien que nous avons eu avec lui, à savoir que le paludisme, à lui seul, constitue 68 % des motifs de consultation en hivernage. En effet, en considérant les taux de consultations des trois mois cités ci-dessus, nous obtenons ce taux. Nous avons pris ces mois de l'année 2003 parce que le registre de 2004 était momentanément inaccessible et puisque nous voulions juste avoir un aperçu sur le motif principal des consultations nous avons pensé qu'il pourrait nous le donner. Les données figurent dans le tableau des consultations réparties suivant les motifs (cf. Annexe).

III- L'ENTRETIEN ET LA MAINTENANCE DES INFRASTRUCTURES

Vu l'effectif des cases de santé fonctionnelles (04) qui s'ajoute à un seul poste de santé, celui de Ndiédieng, il ne devrait pas y avoir de problèmes relatifs à l'entretien et à la maintenance, mais, n'empêche, on construit des locaux abritant les différentes infrastructures et ensuite on soumet l'entretien et la maintenance à des gens non motivés ; ce qui signifie qu'il n'y a pas d'assurance pour la réalisation de ce travail qui, pourtant, est important pour le fonctionnement normal des structures, soit on construit des structures et on omet le volet entretien et maintenance au point que plusieurs locaux abritant des case de santé ont fini par tomber en ruine. Dans certains cas, le conseil rural a procédé – avec l'aide de ses partenaires, (PROCR et DISC) à la réhabilitation (c'est le cas à Keur Niène, Thiakho Ndjigane et Paymar Wolof) alors que dans d'autres villages les cases de santé tombées en ruine sont oubliées même si, en procédant au recensement des structures de santé, on les prend en compte (c'est le cas à Mbiteyène Abdou).

L'absence d'initiative des acteurs directs est un aspect qui peut empêcher la concrétisation des recommandations officielles en entretien et maintenance. En effet, il existe des fonds d'entretien et de maintenance (F.E.M.) qui ont été

programmés mais, à lire la partie extraite du tableau des actions prioritaires du conseil rural, on s rend compte de deux choses :

- 1°/ les F.E.M. sont très faibles dans certains cas ;
- 2°/ ces fonds semblent uniquement destinés à l'entretien et à la maintenance de postes de santé et de la maternité de Ndiédieng.

Donc, les cases de santé ne sont pas concernées.

IV- LA LOGISTIQUE DES STRUCTURES DE SANTE

Parmi les défauts les plus remarquables des structures fonctionnelles de la communauté rurale de Ndiédieng figure, en bonne place la logistique. Beaucoup de structures n'ont pas cette logistique pour faciliter le déplacement de leurs agents s'ils veulent aller à la rencontre des populations, dans le cadre des campagnes de vaccination ou de sensibilisation pour lutter contre certaines maladies dont le rythme de propagation est très rapide (le choléra et autres). Au niveau du poste de santé de Ndiédieng, il n'y a pas d'ambulance. Les évacuations se font par voitures de transport en commun. Ainsi donc le malade, même s'il est un cas urgent – est obligé d'attendre jusqu'à ce que la voiture soit pleine. Selon l'ICP, les malades évacués à partir de la case de santé de leur localité arrivent souvent très fatigués, au poste de santé car, s'ils ne marchent pas, ils prennent la charrette et, avec l'état défectueux des pistes (surtout pendant la saison des pluies), ils arrivent essoufflés. Seul l'ICP dispose d'une moto qui lui sert de moyen de locomotion. Ainsi puisqu'il peut avoir besoin de partir avec une équipe qui l'aide on voit que ce moyen est loin de suffire.

En définitive, nous dirons, en résumé, que ni l'équipement, ni l'entretien, ni la maintenance encore moins la logistique des structures ne sont réellement assurés dans la communauté rurale de Ndiédieng.

Les efforts qu'on pourrait peut-être retenir comme s'inscrivant dans l'orientation de l'Article 24 de la loi 96-1135 du 27 mars 1996 sont ceux faits dans la construction de cases de santé rurales. Or, comme nous l'avons souligné un peu plus haut, si le rythme de construction ne continue pas, il sera très difficile d'assurer une bonne couverture sanitaire à la communauté rurale. En effet, le rythme de construction pourrait se heurter à des obstacles, à des contraintes internes et externes et auxquelles se heurtent l'équipement, l'entretien, la maintenance et la logistique.

V- LES CONTRAINTES DE LA POLITIQUE DE SANTE

V-1. Les contraintes internes

Les contraintes internes à l'organisation de la politique de santé sont de plusieurs natures, mais on peut les mettre en deux ordres. D'abord, il y a celles qui sont d'ordre socioculturel et ensuite celles qui sont d'ordre financier.

Les contraintes d'ordre socioculturel accompagnent dans bien des cas, tout processus de changement. A la volonté d'instaurer un nouveau ordre des choses, de nouveaux modes de vie, de nouveaux comportements, de nouvelles habitudes dans le domaine de la santé comme dans tout autre domaine, s'opposent des forces, celles des conservateurs qui privilégient leurs traditions. C'est ainsi que l'avènement de la gestion autonome et participative n'a pas pu enlever les anciennes habitudes des populations administrées. Ces dernières pouvaient rester des années sans payer l'impôt car, pour elles, tout devait être pris en charge par l'Etat, l'autorité centrale et, effectivement, l'Etat intervenait dans beaucoup de cas dont la santé qui est considérée comme un des secteurs prioritaires des communautés du monde.

Voilà pourquoi il est très difficile pour les nouvelles autorités (les élus locaux) de faire comprendre aux populations, que, maintenant, ce sont elles-mêmes qui doivent se prendre en charge et, pour cela, elles devraient payer la taxe rurale (l'impôt et les autres formes de fiscalité).

Autrement dit la perspective idéologique du changement qui est une invite à l'engagement, à l'initiative autonome des acteurs se heurte à la perspective déterministe qui fait que les populations pensent se trouver toujours dans le système global (l'Autorité de l'Etat central) qui les prend en charge et influence par conséquent leurs modes de pensées et d'actions, leurs attitudes, etc. C'est ce qui explique que le conseil rural a du mal à assurer un bon taux de recouvrement de la taxe qui est le fondement des ressources servant à l'application des dispositions administratives en santé comme pour ce qui concerne les autres secteurs du développement local.

L'analyse du tableau portant sur l'évolution de la taxe rurale entre 1997 et 2001, donc 5 ans, donne des preuves (pour le tableau cf. Annexe).

En dehors des années 1998 et 1999 qui affichent des taux bien au-delà de la moyenne avec respectivement 88,41 % et 70,35 %, on observe un déficit avec 21,66 % en 1997, 11,77 % en 2000 et 30,25 % en 2001.

L'année 1997 est celle qui a suivi l'année de transfert de compétences aux collectivités locales. La faiblesse du taux de recouvrement (21,66 %) peut s'expliquer en convoquant l'idéologie conservatrice. Autrement dit, les populations n'ont pas payé la taxe en majorité parce qu'elles n'avaient pas fini de consommer la rupture amère et brutale de « l'irresponsabilité ». Elles

pouvaient se dire qu'elles préféraient être gouvernées de loin sans être contrôlées directement que de prendre le risque de se gouverner elles-mêmes et par conséquent de chercher leurs propres moyens dont la taxe. Cependant, puisque l'évidence s'imposait – parce qu'il y va de leur propre survie – les populations ont fini par adhérer à la nouvelle logique, celle de la participation de chacun et de tous ; d'où l'augmentation du taux de recouvrement avec 88,41 % en 1998. Mais puisque la nouvelle forme d'administration et de gestion était juste à sa troisième année en 1999, on pouvait toujours constater des failles dans la gestion de la demande sociale dans la communauté rurale et, cela a démotivé les populations en les amenant à parquer une baisse du taux avec 70,35 %. Le plus faible taux de recouvrement est noté en 2000. 2000 c'est l'année de l'alternance, du changement attendu depuis des années. Voilà un prétexte qui peut amener les populations à se dire : *« même si nous ne payons pas de taxes, le nouveau régime règlera nos problèmes ; ou bien parce que nous l'avons élu pour cela ou bien il le fera pour marquer la rupture politique, l'alternance »*. C'est peut-être ce qui explique les 11,77 %. Mais puisque l'alternance nécessite l'engagement, du début à la fin, il y a eu une prise de conscience des populations, d'où la montée du taux de recouvrement qui passe à 30,25 % en 2001.

Ces difficultés du conseil rural à avoir un taux de recouvrement de la taxe rurale qui dépasse les 50 % expliquent conséquemment celles qu'il a pour financer la santé communautaire qui est un secteur prioritaire malgré tout. Pour mieux montrer comment la taxe rurale est-elle la ressource fondamentale du budget de la communauté rurale, il suffit de jeter un coup d'œil sur le tableau qui fait état des différentes ressources financières du budget des années 1999-2000-2001 (cf. Annexe). En effet, en 1999, elle représentait à elle seule 78 % du budget. En 2000 elle a connu une chute mais elle connaîtra une hausse en 2001 avec un taux de 30,25 %. Les autres ressources qui contribuent au budget de la communauté rurale entre 1999 et 2001 sont entre autres :

- les droits de place ;
- les droits de fourrière ;
- les amendes forfaitaires ;
- les patentes ;
- la location des soucks.

Ces autres ressources sont moins significatives, généralement, que la part du budget apportée par la taxe rurale au niveau de la communauté rurale. Tout cela pour montrer que le principal obstacle de la mise en application de la logique administrative – en matière de santé- dans la communauté rurale de Ndiédieng c'est la faiblesse des ressources financières et cela malgré l'existence de l'aide allouée par l'Etat aux collectivités locales. Cette aide dite fonds de dotation est égale à 3 000 000 f. On en attribue une somme de 1 383 000 f pour

la santé dans la communauté rurale de Ndiédieng. A ce niveau d'ailleurs se pose un autre problème. En effet, selon le PCR, c'est l'Etat lui-même qui définit les secteurs qu'il considère comme prioritaires et devant, ainsi, recevoir des investissements qui viennent du fonds. Par exemple, pour le dernier fonds, de 1 383 000 f cfa, l'Etat a recommandé que le million soit investi dans l'achat de médicaments destinés aux différentes structures et les 383 000 f utilisés pour la motivation des relais polyvalents. C'est donc dans ce contexte que le DISC et le PROCR ont joué des rôles très importants dans la politique de santé de la localité, dans le cadre d'un partenariat qui les lie aux instances décisionnelles locales. Ce partenariat a plusieurs objectifs à atteindre et de façon stratégique en s'appuyant sur le repérage des besoins d'abord, leur évaluation ensuite et enfin leurs solutions. Ces différentes phases, une fois réalisées, permettent de mieux trouver des alternatives aux contraintes internes.

V-2. Les contraintes externes

En fait, « s'il est possible de cerner avec assez d'exactitude ces contraintes internes, de les mesurer, de les analyser avec une suffisante précision, en revanche, les effets réels des contraintes externes sont plus difficiles à saisir et surtout à maîtriser. Cependant, elles ont une incidence déterminante sur l'espace en question. Elles sont à l'origine de la marginalisation des lieux et des habitants et continuent à exercer des effets pervers. Il faut bien, dans un processus de développement, connaître ces contraintes, développer une stratégie à leur égard, jouer avec et contre elles »^[25].

La faiblesse des ressources budgétaires locales peut être expliquée en partant des contraintes externes. En effet, la taxe rurale qui est la ressource fondamentale du budget de la communauté rurale de Ndiédieng a connu l'influence momentanée de situations économiques. Autrement dit, étant donné que l'agriculture est l'activité principale de la localité et que l'arachide est la principale espèce culturale, on peut avoir déjà un aperçu sur le niveau des revenus des ruraux. L'arachide, connaissant des difficultés de commercialisation, ne nourrit plus le paysan qui pense d'abord à sa survie avant de payer des taxes rurales.

Si l'on part du fait que l'économie rurale est fondamentalement basée, ici, sur des cultures de subsistance (le mil, le maïs, le sorgho, etc.) qui jouent parfois des rôles d'alternatives à l'arachide qui – malgré le fait qu'elle soit commerciale – est importée, on peut en déduire que si les ruraux ont eu des problèmes, c'est parce qu'ils ont accordé beaucoup d'intérêt à une espèce culturale importée qui suit les fluctuations des marchés extérieurs. Chaque fois que l'arachide ne

^[25] MENGIN (J) et MASSON (G), *Opcit*, p. 33

marche pas, les populations sont presque désœuvrées. Il n'y a presque pas de petits commerces dans les marchés hebdomadaires où l'on pouvait fructifier le minimum de production obtenu afin d'augmenter son capital servant à résoudre les problèmes de santé, de mariages, de noces, des rites initiatiques, etc.

Il y a également comme contrainte externe le téléguidage politique dont font l'objet les instances décisionnelles locales.

En effet, les différentes colorations politiques qui siègent au conseil rural reçoivent chacune en ce qui la concerne, l'influence de la tutelle. S'il se trouve que la majorité des sièges du conseil rural est remportée par l'opposition, il peut y avoir des blocages entre cette majorité et le représentant de l'Etat ou entre elle et les représentants du parti au pouvoir et vice-versa. Il y va de leur promotion.

Pour MENGIN et MASSON « *sur un quartier, un espace rural, s'exercent des tutelles politiques, administratives, institutionnelles diverses qui ont toutes un poids dont on ne peut faire abstraction, un champ de compétence à préserver. Selon qu'elles seront mobilisées ou réticentes, prêtes à jouer un rôle collectif, désireuses de camper sur leurs prérogatives, le processus de développement devra s'engager différemment* »^[26].

Au niveau du conseil rural de Ndiédieng, l'influence de la tutelle ou en tout cas de l'appartenance politique n'est pas forte – du moins d'après les entretiens que nous avons eus avec des conseillers de divers partis représentés. Sur les 32 conseillers que compte le conseil rural, 23 sont de l'AFP, trois du PS et six du PDS.

A propos de blocage du conseil rural voici ce que nous a dit, par exemple, le P.C.R. qui est de l'AFP : « *Dieu nous a donné la chance d'être un conseil rural qui sait que son rôle est de défendre l'intérêt de la communauté rurale et non celui des partis* ».

Dans la perspective du PCR, il ne doit pas y avoir de favoritisme, de clientélisme d'aucune forme que ce soit d'autant que c'est sur la base de ces genres de relations que se construisent les facteurs de conflits et de blocage. Selon Mamadou DIEYE, « *pour engager une cohabitation sereine, le consensus et la concertation primeront avant tout. Mais, l'élection des conseillers sur la base de textes présentés par les partis politiques risque de conduire à une politisation excessive des conseils et à un transfert de lutte d'influence et de tendances politiques mais surtout à un transfert de clientélisme lequel est source de pratiques déviantes. En effet, le clientélisme exprime une différenciation sociale sur la base de parenté ; d'appartenance politique, etc. Or la gestion des affaires locales suppose un minimum d'esprit civique et de sens de responsabilités. Faire taire les clivages politiques doit être un des objectifs du*

^[26] Opcit, p. 34

conseil rural (...). Les deux champs sont très différents. Nous avons le terrain politique et le terrain de développement »^[27].

Certaines contraintes que nous venons d'identifier (celles internes et celles externes pèsent sur l'épaule de l'administration locale et empêchent par conséquent, non pas seulement la réalisation des actions prioritaires en santé communautaire mais aussi celles des autres secteurs à développer. Les autres secteurs seront touchés au même titre que celui de la santé car comme nous l'avons montré au début, quelle que soit la stratégie élaborée pour servir de levier au développement local, elle ne peut donner satisfaction que si elle est porteuse d'actions globalisantes, d'actions qui engagent tous les secteurs de la vie. Cela requiert que les acteurs soient formés au nouveau contexte et à la création de cadres opérationnels qui s'orientent vers un seul objet : réussir le pari du développement par tous les moyens (intérieurs et extérieurs), dans le cadre général et en particulier le pari d'une bonne prise en charge sanitaire des populations locales.

^[27] DIEYE (A), *Opcit*, p. 112

CHAPITRE II : DES STRATEGIES POLITIQUES AUX STRUCTURES DECISIONNELLES EN POLITIQUE DE SANTE

Etant conscient de la limite de ses moyens financiers, le conseil rural de Ndiédieng a cherché des possibilités de trouver un support à la politique de santé qui – comme tous les autres secteurs – relèvent de ses compétences. Conformément aux recommandations officielles, le conseil a mis en place un comité de gestion et un comité de santé qui viennent s'ajouter à la commission santé.

Mais, est-ce que ces structures fonctionnent bien ? C'est à cette question que nous tenterons de répondre dans ce qui suit.

I- LE COMITE DE SANTE

Dans la communauté rurale de Ndiédieng, il n'y a qu'un seul comité de santé. Ce comité est composé de six membres et est structuré comme suit :

- 1 président ;
- 1 vice-président ;
- 1 trésorier ;
- 1 trésorier adjoint
- 1 secrétaire et son adjoint.

Ce bureau a été élu à la suite d'une assemblée où étaient représentés tous les 57 villages de la communauté rurale. Chaque village avait envoyé le chef de village, un représentant des jeunes, un représentant de GIE féminin et un notable. L'élection du bureau est donc démocratique.

Au sein du bureau du comité de santé, il y a différentes appartenances politiques mais, elles n'apparaissent pas au point de gêner le fonctionnement de la structure. A une question relative à cela que nous avons posée au trésorier voici la réponse : *« l'appartenance à des partis politiques différents ne constitue pas une source de différence de vues sur les questions relatives au fonctionnement de notre comité. Il n'y a jamais eu de querelles lors de nos délibérations. Nous nous entendons bien car, nous savons que ce qui nous unit c'est la volonté commune de travailler pour la communauté rurale dans laquelle nous nous trouvons avec nos familles et nos biens. Nous avons aussi engagé nos responsabilités pour avoir demandé qu'on nous élisse... »*.

Il faut signaler que le raisonnement du trésorier peut être pris comme celui d'un politique mais, c'est plutôt celui d'un intellectuel moyen d'abord car, nous avons su, au cours de la discussion, qu'il a fait des études qui lui ont permis d'utiliser des mots de vocabulaire pleins de sens comme « responsabilité » (Il utilisait ces mots en français). Cela nous conduit ainsi à parler de la formation

des membres du comité de santé et de leur participation à la politique globale de santé du conseil rural. Le comité de santé a eu à subir une formation organisée par le district sanitaire de Kaolack dont nous disions, au début, qu'il coordonne toutes les activités des structures sanitaires du département de Kaolack.

La formation, d'après les membres du comité de santé, était axée sur la gestion des structures tels que les comités spécialisés en santé communautaire, sur la sensibilisation des populations par rapport au Programme Elargi de Vaccination (P.E.V.) au SIDA, aux maladies endémiques.

Le fonctionnement du comité de santé dépend fondamentalement de fonds. Or des fonds, il en manque. Avec l'aide du district sanitaire et d'autres partenaires, le dépôt de médicaments générait le fonds du comité que ce dernier réinvestissait dans le renouvellement des stocks et dans certaines actions sociales dont l'aide octroyée à certains malades démunis. En plus de cette aide, le comité de santé, en accord avec l'ICP et le district avait fixé les tickets de consultation à 50 F par enfant et 100 F par adulte mais, vu le déficit que cela a créé dans les finances, les prix des tickets ont connu une hausse avec – maintenant – 100 F par enfant et 200 F par adulte.

Ce qu'il faut tirer de cette hausse des prix des tickets de consultation c'est qu'avec 50 F ou 100 F, le malade pouvait être ausculté et bénéficier de médicaments (les génériques) à un coût moindre et cela instaurait un échange de services inéquitable entre lui et la structure qui lui assure, à bon prix, ses médicaments. Par conséquent, l'on ne pouvait que revoir les taux de participation des malades et celui du comité à l'achat de ces médicaments. Cela est d'autant plus logique que le comité de santé ne peut pas, à tout moment, parce qu'il doit aider le poste de santé et le dépôt à mieux fonctionner, acheter les médicaments à un prix cher et les vendre à un prix bas. Pour cela, il faudrait qu'il bénéficie de subventions considérables et même pourquoi pas de sponsors.

Concernant les rapports entre le comité de santé et le comité de gestion, il faut dire qu'ils sont étroits d'autant que certains membres du comité de santé sont également membres du comité de gestion. C'est le cas du président et du trésorier (cf. Arrêté portant installation du comité de gestion du poste de santé de Ndiédieng, dans l'Annexe).

II- LE COMITE DE GESTION

Le comité de gestion est installé conformément au Décret 96-1135 du 27 mars 1996 portant application de la loi de transfert de compétences aux régions, aux communes et aux communautés rurales (cf. Annexe).

Cependant, il se heurte à des obstacles financiers qui lui empêchent de disposer d'un budget conséquent de fonctionnement. Voilà pourquoi – comme nous l'avons souligné un peu plus haut, seules quelques cases de santé fonctionnent

ou en tout cas disposent de locaux, même si elles ne fonctionnent pas encore. Les activités sociales sont très limitées au niveau des structures et se résument à des aides – non régulières – destinées à certains malades démunis pour qu'ils puissent acheter leurs médicaments. Ce qui est inquiétant, c'est que les populations ne participent presque pas à la création de fonds de fonctionnement de la structure qui englobe, en lui, le comité de santé, le comité de gestion et la commission santé à savoir le conseil rural. Résoudre cette équation revient, dans une bonne part, à résoudre l'équation de la formation et de la sensibilisation des populations. Cette formation et/ou sensibilisation ne se limitent pas à l'alphabétisation des masses paysannes encore moins à des campagnes de lutte contre l'insalubrité et les maladies telles que celles visées par le P.E.V. Elle doit aussi et surtout parvenir à inculquer aux administrés un certain nombre de comportements et d'idées qui favorisent et perpétuent en eux la responsabilité, l'esprit d'initiative et d'engagement que requiert tout changement dont le soubassement est l'aspiration au développement. Pour JEAN-MARC ELA, d'ailleurs, « *dans la mesure où le développement est un phénomène global qui suppose une transformation des structures sociales, des modes de vie et des relations entre les hommes* », il semble nécessaire de prendre en considération le poids des facteurs humains dans les projets de développement. D'où la nécessité de mettre en place un système d formation qui soit une tranche de vie réelle des communautés villageoises pour les préparer à participer à tous les projets de changements de leur vie »^[28].

Le conseil rural a en charge cette tâche et il lui est très difficile de s'en acquitter faute de moyens. Cependant, cette tâche ne devra jamais être omise sous le seul prétexte que les moyens manquent. Par contre elle devra toujours servir de miroir, en tout cas de repère à l'équipe du conseil rural si, réellement, son besoin principal est de développer la localité. L'un des moyens qui nous semblent être les plus efficaces pour réussir cette tâche c'est de faire recours à la communication dans le sens global du terme. C'est à dire que les élus locaux et le personnel médical doivent être, toujours, en contact direct mais ils doivent également être en contact avec les populations en vue de créer et de pérenniser des cadres de dialogue où les questions les plus sensibles seront traitées (le Sida, la planification, l'excision...) au même titre que les questions relativement politiques (comité de santé, comité de gestion, etc.).

La communication dont nous parlons ici regroupe, l'information, l'éducation et le dialogue.

^[28] ELA (J.M.), *l'Afrique des villages*, Karthala, Paris, 1982, pp. 131-132.

III- COMMUNICATION SOCIALE ET GESTION POLITIQUE DE LA SANTE

L'information, l'éducation et la communication (IEC) sont très utiles dans les relations entre acteurs ou entre partenaires. Elles constituent donc pour notre exemple (la politique sanitaire communautaire), un support qui réduit les malentendus et aménage un espace de compréhension mutuelle et par conséquent de dialogue entre les hommes. C'est peut-être dans cette perspective qu'il figure – mais de manière diffuse – dans les actions prioritaires du conseil rural de Ndiédieng.

III-1. L'information

Dans le programme d'actions prioritaires, l'information renvoie à des campagnes de sensibilisation des populations sur certaines maladies mais aussi sur le PEV, sur les maladies sexuellement transmissibles (MST) et sur la planification familiale. Mais il n'y a pas réellement une vision engagée du conseil rural de Ndiédieng, dans ce domaine. Tant l'information, par la sensibilisation est retenue dans le PLD comme action prioritaire dans le cadre de la politique de santé tant elle est dans la pratique peu concrétisée. D'ailleurs si vraiment elle l'était, on observerait une chute de certaines maladies dont celles diarrhéiques qui donnent un taux de prévalence de 90 % chez les enfants amenés en consultation.

De même, le taux des consultations prénatales enregistrées au niveau du poste de santé n'est que de 46 % pour les CPN1 et 41 % pour les CPN2. Ces taux comme on les constate sont en dessous de la moyenne ; ce qui est une fois de plus une autre preuve que l'information n'est pas donnée ou tarde à l'être. Soit l'ICP manque d'initiative dans ce sens et empêche aux relais – c'est des personnes recrutées par le conseil rural pour qu'elles constituent des intermédiaires entre le poste de santé et les cases de santé et même au-delà les villages – d'apporter l'information aux ASC soit il manque de soutien de la part des politiques.

Informé c'est bon mais éduquer est encore meilleur. C'est pourquoi donc allier les deux ne peut qu'être salubre. Mais en quoi consiste cette éducation des populations de la localité ?

III-2. De l'éducation à la santé communautaire

L'éducation à la santé est surtout du domaine du médecin, de l'ICP, des ASC, des relais polyvalents, etc. car il s'agit beaucoup plus de parler de préventions ou d'explication détaillée sur les maladies.

Cependant, à partir du moment où l'information a connu un échec, il ne pouvait être facile de lancer des activités qui s'inscriraient dans la dynamique éducative en tout cas pour ce qui est de la santé à Ndiédieng.

Si l'on part du principe que l'éducation sanitaire repose fondamentalement sur l'inculcation de savoirs relatifs au comportement à adopter face à des maladies, on peut voir pourquoi il est important d'informer d'abord sur les maladies avant d'en venir aux conditions environnementales de leur naissance et de leur propagation. Dire, par exemple, aux populations que telle maladie porte préjudice et de façon grave à ceux qu'elle attaque peut être suffisant pour les amener à vouloir savoir quelles précautions prendre.

La meilleure prévention est celle qui associe l'information et l'éducation. Elle est faite avec diverses techniques. Mais, quel que soit le domaine où l'on fait cette prévention, on doit toujours tenir compte de l'environnement psychosocial de ceux auxquels elle est destinée. C'est ce que semble dire GUY LAZORTHES lorsqu'il affirme que :

« La prévention ne porte ses fruits que s'il lui est associé une éducation sanitaire rappelant inlassablement les règles élémentaires d'hygiène et de mode de vie. L'information du grand public est souvent faite par la presse quotidienne, par la radio et par la télévision, mais les auditeurs ne comprennent pas toujours tout ou comprennent de travers et se font des idées fausses. L'information doit être adaptée au savoir et aux aptitudes de chacun. Seul un dialogue peut être efficace (...) »^[29]. C'est avec ce dialogue que prône LAZORTHES que l'on pourra donner une efficacité à la transmission des messages et à la diffusion de leur contenu. Il importe donc d'orienter la réflexion vers les contenus dont les besoins des populations en santé sont la composante principale.

La communication entre le personnel de la santé de la localité, les décideurs (élus locaux et partenaires extérieurs) et les populations est si nécessaire qu'elle favorise les échanges d'informations et de points de vue entre les gens et soutienne la discussion autour des problèmes de développement en général et de santé en particulier. De même elle, elle encourage les initiatives et oriente la prise de décision.

Pour faire participer les populations aux actions en santé, il faut auparavant, donc, les conscientiser car selon LUCIE ALEXANDRE et GUY BESETTE, *« en matière de santé, la circulation de l'information sur l'hygiène ne pourra contribuer à des changements que si les gens prennent conscience d'abord des problèmes liés à l'insalubrité »*^[30].

^[29] LAZORTHES (G), *Sciences humaines et sciences sociales : l'homme, la société et la médecine*. Masson, Paris, 1993, 1996, p. 351.

^[30] *Opcit*, pp 45-46.

La prise de conscience des acteurs permet une bonne communication, celle qui n'existe qu'avec le dialogue. Les acteurs entretiennent des relations de type horizontal et, par conséquent, il n'y a pas de sentiment de dépendance absolue mais des échanges, des discussions autour de la problématique qui les lie. Or la problématique qui lie le conseil rural, les populations et le personnel médical à Ndiédieng c'est comment parvenir à avoir une bonne couverture sanitaire et de façon permanente ?

CONCLUSION

Au terme de nos recherches, nous avons pu voir qu'effectivement, dans la communauté rurale de Ndiédieng, la logique administrative, officielle, en matière de politique de santé tarde à être concrète.

En effet, malgré le poids démographique qui, comme nous l'avons souligné nécessite normalement quatre postes de santé avec donc quatre ICP et quatre sages-femmes, la communauté rurale ne compte qu'un seul poste de santé dont le fonctionnement laisse à désirer.

Le poste de santé nouvellement construit à Djilékhar qui devrait pouvoir résoudre une partie du déficit de couverture n'est toujours pas fonctionnel. Sur les neuf cases de santé publiques qui existent dans la localité seules quatre fonctionnent et de façon ralentie. Ainsi les populations continuent de faire de longues distances pour venir se soigner au poste de santé de Ndiédieng. Par exemple les populations de Djilékhar font 12 km pour venir à Ndiédieng d'où d'ailleurs la construction du second poste de santé de la communauté rurale à ce village, qui en plus de cette distance, fait à lui seul 1 047 habitants. Il en est de même pour d'autres villages comme Médina Mallé et Paymar Wolof, etc.

La principale difficulté à laquelle se sont heurtées les autorités politiques locales pour réaliser les recommandations des articles 23 et 24 du Décret n° 96-1135 du 27 mars 1996 portant application de la loi du transfert de compétences aux régions, aux communes et aux communautés rurales en matière de santé et d'action sociale c'est l'insuffisance des ressources locales. En fait, comme nous l'avons dit au début citant GREFF (cf. définition du concept de développement local), c'est à partir de la « *mobilisation et de la coordination* » des ressources et des énergies d'une localité que l'on parvienne à développer celle-ci. C'est ce qui fait que malgré l'aide apportée par la coopération décentralisée (allusion faite aux ONG telles que le PROCR et le DISC) et le fonds de dotation d'une valeur de 3 000 000 pour cette année, le conseil rural ne parvient toujours pas à faire sentir sa présence dans le secteur de la santé. Les comités de santé et de gestion qui gèrent le volet ne disposent pas d'efficacité permanente parce que manquant de moyens financiers pour fonctionner normalement.

L'absence de stratégies politiques et communicationnelles fiables est la principale cause des difficultés que ces structures rencontrent. Nous pensons que pour réussir à appliquer la logique administrative en santé dans la localité, un certain nombre de précautions doivent être prises par tous les acteurs :

- développer l'esprit d'initiative ;
- favoriser le dialogue sur toutes les questions de santé communautaire ;
- enrichir et renforcer le partenariat surtout entre acteurs qui sont sur le terrain (élus, populations et personnel médical) ;
- repérer les personnes ressources (notables, chefs religieux, directeurs d'écoles, présidentes de groupements féminins, présidents d'Associations

Culturelles et Sportives, etc.) de la communauté rurale en vue de les utiliser dans la sensibilisation des populations à payer la taxe rurale et à changer de comportement sanitaire ;

- faire passer les informations sanitaires à temps.

BIBLIOGRAPHIE

ALEXANDRE (L) et al. *L'Appui au Développement communautaire, une expérience de communication en Afrique rurale de l'Ouest*, CRDI/AIF, Paris, 2000.

CROZIER (M) et FRIEDBERG (E), *L'Acteur et le système*, Paris, Seuil, 1977.

DIEYE (M), « *Analyse des contraintes des collectivités locales dans le nouveau contexte de la décentralisation au Sénégal. Pour la mise en place d'une stratégie de gouvernance locale. Etude de cas : la Communauté rurale de Malème Hoddar, arrondissement de Malème Hoddar, Département de Kaffrine, région de Kaolack* ». Mémoire - ENTSS, 1998.

ELA (J.M.), *l'Afrique des villages*, Karthala, Paris, 1982.

FASSIN (D) et Al, « *Les Enjeux sociaux de la participation communautaire. Les comités de santé à PIKINE (SENEGAL)*, *Sciences sociales et Santé*, 4, 1986.

FERREOL (G) et NORECK (J.P.), *Introduction à la Sociologie*, Armand Colin/Masson, Collection Cursus, Paris, 1989, 1996.

FERREOL (G) (sous la direction de), *Dictionnaire de Sociologie*, Armand Colin / Masson, Paris, 1991, 1995.

GREFFE (X), *Territoires en France*, Paris, Economica, 1984.

LAZORTHES (G), *Sciences humaines et sciences sociales, l'homme, la société et la médecine*. Masson, Paris, 1993, 1996.

LIVIAN (Y.F.), *Introduction à l'Analyse des organisations*, Economica, 2000, *Gestion Poche*.

MENDRAS (H), *Eléments de sociologie*, Armand Colin, Paris, 1989.

MENGIN (J), MASSON (G), *Guide de Développement local et du Développement social*. Harmattan, Collection « Logiques sociales ».

Plan Local de Développement. Communauté rurale de Ndiédieng.

QUIVY (R) et CAMPENHOUDT (L.V.), *Manuel de Recherche en Sciences sociales*, Dunod, Paris, 1995.

Recueil de textes de la décentralisation, Février, 1997.

Séminaire-Atelier sur la méthodologie de recherche – Dakar, du 15 au 20 mars, 1999.

RESUME

Cette étude est une contribution à la réflexion et à la recherche entamées, depuis des années au Sénégal, dans le secteur de la santé en général et de la santé communautaire en particulier. Elle est le résultat de recherches, d'enquêtes de terrain réalisées dans la communauté rurale de Ndiédieng (Département de Kaolack, région de Kaolack) en août 2004.

L'auteur essaie de montrer que malgré l'avènement de la décentralisation administrative et politique au Sénégal et le transfert de compétences opéré en 1996, les mécanismes initiés pour favoriser et promouvoir le développement des collectivités locales sont inefficaces, dans la plupart d'entre elles, et que c'est le cas dans la communauté rurale de Ndiédieng.

Pour mieux mettre en exergue ce fait, l'auteur a ciblé un parmi les neuf domaines de compétences transférées aux collectivités locales (régions – communes et communautés rurales) : la santé. Ainsi il donne quelques raisons qui empêchent la mise en place d'une bonne politique de santé dans la communauté rurale et dégage un certain nombre d'actions prioritaires qui pourraient servir de leviers pour résoudre la problématique principale dans ce secteur à savoir :

Comment identifier les stratégies qui permettent de trouver les ressources d'une bonne politique locale de santé et quels mécanismes politiques et administratifs favoriser dans ce sens.

Mots clés : Décentralisation – Développement local – Transfert de compétences – Communauté rurale – Santé communautaire – Stratégies – Changement social – Comité de gestion – Comité de santé – Acteurs – Communication.

TABLE DES MATIERES

	Pages
INTRODUCTION	1
PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIE	
CHAPTRE I : CADRE THEORIQUE	4
I- Problématique	4
II- Objectifs et Intérêts du sujet.....	5
II-1. Objectifs.....	5
II-1.1. Objectif général.....	5
II-1.2. Objectifs spécifiques.....	5
II-2. Intérêts du sujet.....	6
III- Revue de la littérature	6
IV- Hypothèses	10
V- Définition des concepts	10
V-1. Développement local.....	10
V-2. Santé communautaire	11
V-3. Stratégie.....	11
V-4. Ressources	12
VI- Modèles théoriques	12
VI-1. Le changement social.....	12
VI-2. L'analyse stratégique	13
CHAPITRE II : METHODOLOGIE	14
I- Recherche documentaire.....	14
II- Champ d'Etude.....	14
II-1. Cadre d'étude.....	14
II-2. Présentation de la communauté rurale de Ndiédieng.....	15
III- Population cible.....	15
IV- Techniques de collecte de données.....	16
IV-1. L'entretien	16
IV-2. L'observation	17
IV-3. L'analyse de contenu	17
V- Déroulement de l'enquête	17
V-1. Pré-enquête	17
V-2. L'enquête proprement dite	18
VI- Difficultés rencontrées.....	19

DEUXIEME PARTIE : PRESENTATION, ANALYSE et INTERPRETATION DES DONNEES

CHAPITRE I : APERCU SUR LES STUCTURES SANITAIRES LOCALES.....	21
I- La construction des infrastructures.....	21
I-1. Les postes de santé.....	21
I-2. Les cases de santé rurales	24
II- L'équipement des infrastructures sanitaires.....	27
II-1. L'équipement des postes de santé	27
II-2. L'équipement des cases de santé.....	28
III- L'entretien et la maintenance des infrastructures	30
IV- La logistique des structures de santé	31
V- Les contraintes de la politique de santé	32
V-1. Les contraintes internes	32
V-2. Les contraintes externes	34
CHAPITRE II : DES STRATEGIES POLITIQUES AUX STRUCTURES DECISIONNELLES EN POLITIQUE DE SANTE.....	37
I- Le comité de santé	37
II- Le comité de gestion	38
III- Communication sociale et gestion politique de la santé.....	40
III-1. L'information	40
III-2. De l'éducation à la santé communautaire	40
CONCLUSION.....	43
BIBLIOGRAPHIE	45
TABLE DES MATIERES	
ANNEXES	

ANNEXES

SIGLES

A.S.C. : Association Sportive et Culturelle ou Agent de Santé communautaire

C.E.R.P. : Centre d'Expansion Rurale Polyvalent

C.R. : Conseil Rural ou Communauté rurale

C.P.D. : Comité de Pilotage du Développement

C.S. : Comité de Santé

C.V. : Chef de Village

D.S. : District sanitaire

F.E.M. : Fonds d'Entretien et de Maintenance

I.C.P. : Infirmier Chef de Poste

O.C.B. : Organisation Communautaire de Base

O.N.G. : Organisation Non Gouvernementale

P.C.R. : Président du Conseil Rural

P.L.D. : Plan local de Développement

P.S. : Poste de Santé

S.P. : Sous-Préfet

S.N.A. : Service National d'Aménagement

S.N.H. : Service National d'Hygiène

**Université Cheikh Anta Diop de Dakar
(UCAD)**

**Faculté des Lettres et Sciences humaines
(F.L.S.H.)**

Département de Sociologie



GUIDES D'ENTRETIEN

GUIDE D'ENTRETIEN SOUMIS AU P.C.R.

- ❖ Présentation de la communauté rurale et du conseil rural
- ❖ Opinion sur le transfert de compétences aux collectivités locales
- ❖ Définition des domaines prioritaires du développement local
- ❖ Présentation de la situation politique du conseil rural
- ❖ Les infrastructures sanitaires :
 - Les équipements
 - Le personnel
 - Le comité de gestion
 - Le comité de santé
 - Les investissements du conseil rural dans le secteur de la santé
 - La subvention de l'Etat
 - La coopération décentralisée
 - Les ressources fiscales
 - Les actions prioritaires du conseil rural dans le secteur de la santé
 - Contraintes
 - Perspectives

GUIDE D'ENTRETIEN SOUMIS A L'I.C.P.

- ❖ Présentation du poste de santé
- ❖ Nature des consultations (internes - externes)
- ❖ Niveau de polarisation du poste de santé
- ❖ Moyens humains
- ❖ Moyens logistiques
- ❖ Moyens financiers
- ❖ Structures dépendant du poste de santé
- ❖ Fréquence des consultations
- ❖ Causes fréquentes des consultations
- ❖ Fréquence des cas nécessitant un transfert
- ❖ Relations avec le comité de gestion
- ❖ Relations avec le comité de santé
- ❖ L'accès des malades aux soins
- ❖ L'accès aux médicaments
- ❖ Les stratégies de communication utilisées
- ❖ Contraintes
- ❖ Perspectives

GUIDE D'ENTRETIEN SOUMIS AU COMITE DE SANTE

- ❖ Présentation de la structure
- ❖ Mode d'élection des membres
- ❖ Fonctionnement
- ❖ Ressources
- ❖ La gestion des comptes
- ❖ Les investissements
- ❖ Relations comité de santé – comité de gestion
- ❖ Relations comité de santé conseil rural
- ❖ Relations comité de santé – I.C.P.
- ❖ Formation des membres du comité de santé
- ❖ Appartenance politique
- ❖ Partenaires
- ❖ Actions prioritaires
- ❖ Réalisations
- ❖ Contraintes
- ❖ Perspectives

GUIDE D'ENTRETIEN SOUMIS AU COMITE DE GESTION

- ❖ Présentation de la structure
- ❖ Mode d'élection des membres
- ❖ Fonctionnement
- ❖ Origine des fonds
- ❖ La gestion des comptes
- ❖ Les investissements
- ❖ Relations comité de gestion – comité de santé
- ❖ Formation des membres
- ❖ Partenaires
- ❖ Actions prioritaires
- ❖ Réalisations
- ❖ Contraintes
- ❖ Perspectives

REPARTITION DES MOTIFS DE CONSULTATION PAR MOIS
(septembre – octobre et novembre de l'année 2003)

	Septembre	Octobre	Novembre	Total
Paludisme	330	331	143	804
Autres maladies	117	161	98	376
Total	447	492	241	1 180

EN FREQUENCES RELATIVES NOUS AVONS LE TABLEAU SUIVANT :

	Septembre	Octobre	Novembre	Total en %
Paludisme	73,82	67,28	59,34	68,14
Autres maladies	26,18	32,72	40,66	31,86
Total en %	100	100	100	100

EVOLUTION DE LA TAXE RURALE DURANT CINQ ANNEES SUCCESSIVES : DE 1997 A 2001

Années	Prévisions : Montant (en fcfa)	Recouvrement : montant (en fcfa)	Pourcentage
1997	8 310 000	1 800 000	21,66
1998	6 843 000	6 050 000	88,41
1999	7 188 000	5 057 000	70,35
2000	6 000 000	706 500	11,77
2001	7 220 000	2 184 500	30,25
Total	35 561 000	15 798 000	44,42

Source : Compte de gestion – Trésor Kaolack / Juin 2002

CONTRIBUTION RELATIVE DES DIFFERENTES RESSOURCES AU BUDGET
(années 1999 – 2000 – 2001)

Années Rubriques	1999	2000	2001
Taxe rurale	5 057 000	706 500	2 184 500
Droit de place	110 000	-	265 000
Droit de fourrière	35 880	-	289 800
Amendes forfaitaires	218 575	447 480	262 547
Patentes	-	103 270	88 333
Location soucks	-	-	300 000
Budget annuel	6 483 333	6 002 548	7 221 487

Source : Compte de gestion – Trésor Kaolack / Juin 2002

EN VALEUR RELATIVE NOUS AVONS LES RESULTATS CONSIGNES DANS LE TABLEAU
CI-DESSOUS

Années Rubriques	1999	2000	2001
Taxe rurale	78 %	11,77 %	30,25 %
Droit de place	2 %	-	8 %
Droit de fourrière	1 %	-	9 %
Amendes forfaitaires	3 %	9 %	8 %
Patentes	-	2 %	3 %
Location soucks	-	-	9 %

Source : Compte de gestion – Trésor Kaolack / Juin 2002

Actions prioritaires	Coûts estimatifs (en f cfa)	Période d'exécution				Responsables	Acteurs concernés
		2002	2003	2004	2005		
▪Organiser une rencontre d'échange sur les rôles et missions du comité de santé et de ses membres	50 000 50 000	Sept.				Momar Fall	DS - CS - ICP - Populations - CERP - CPD
▪Renouveler les structures de gestion (comité de santé) élargies aux cases de santé		Sept				Momar Fall	
▪Former les membres des comités de gestion sur leurs rôles et leurs missions		Oct.				Momar Fall	DS - CS - ICP - CERP
▪Former les membres des comités élargis aux cases de santé en gestion		Oct.				Momar Fall	DS - CS - ICP - CERP
▪Former/recycler les matrones, les ASC et les relais sanitaires							
▪Créer des comités de salubrité dans les villages		Oct.				Momar Fall	CV - OCB - SNA - CPD
▪Organiser des campagnes mensuelles de “ <i>set setal</i> ” dans les villages		x	x	x	x	Momar Fall	ICP - SNH - OCB - Populations - CPD
▪Organiser des campagnes de sensibilisation sur les conséquences des cultures de case		x	x	x	x	Momar Fall	ICP - CS - OCB - Populations - CPD
▪Organiser des tournées de sensibilisation sur l'importance des visites prénatales						Momar Fall	ICP - CS - OCB - Populations - CPD
▪Organiser une campagne de sensibilisation sur les mesures d'hygiène à adopter						Momar Fall	ICP - CS - OCB - Populations - CPD - C.R.
▪Réhabiliter le poste de santé de Ndiédieng	1 0 000 000	x				P.C.R. (Samba Gorgui Gningue)	Trésor - PCR - CPD - CS - Populations - SP
▪Créer un fonds d'entretien et de maintenance	200 000/an	Déc.					
▪Convoquer une assemblée générale constitutive pour la mise en place du F.E.M.		Déc.					
▪Elaborer un règlement intérieur		Déc.					
▪Définir le modalités de gestion et de fonctionnement du F.E.M.		Déc.					

Source : Compte de gestion – Trésor Kaolack / Juin 2002

Actions prioritaires	Coûts estimatifs (en f cfa)	Période d'exécution				Responsables	Acteurs concernés
		2002	2003	2004	2005		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Désigner les membres du bureau exécutif ▪ Définir les modalités d'alimenter le F.E.M. entre le conseil rural et le comité de santé ▪ Ouvrir un compte bancaire ▪ Etablir une convention de partenariat entre le conseil rural et le comité de santé ▪ Construire un poste de santé à Djilékhar 	20 000 000	Déc. Déc. Sept Déc.	x			P.C.R. (Samba Gorgui Gningue)	Trésor - PCR - CPD - Population - Sous-Préfet
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Créer un F.E.M. du poste de santé ▪ Convoquer une assemblée générale constitutive pour la mise en place du F.E.M. ▪ Elaborer un règlement intérieur ▪ Définir les modalités de gestion et de fonctionnement du F.E.M. ▪ Définir le profil des membres du comité de gestion du poste de santé de Djilékhar ▪ Désigner les membres du bureau exécutif 	400 000						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Equiper la maternité du poste de santé de Ndiédieng ▪ Créer un F.E.M. ▪ Doter le poste de santé de Ndiédieng d'une ambulance 	2 800 000 56 000/an				x		C.R.

Source : Compte de gestion – Trésor Kaolack / Juin 2002

INFRASTRUCTURES SANITAIRES DE LA COMMUNAUTE RURALE DE NDIEDIENG

Villages	INFRASTRUCTURES				POLARISATION			Date de création	Bailleurs de fonds	Mode de Gestion	Observations
	Poste de santé	Maternité	Case de Santé	Pharmacie	Villages	Distance (km)	Population				
Ndiédieng	1	1	-	1	C.R.		17 260	1958 (PS) 1976 (Maternité)	Etat C.R.	Comité de Gestion	Ancien poste réfectionné par l'ICP et le Comité de santé. Maternité : Capacité 5 lits dont 3 fonctionnels - 1 ICP - 1 ASC, 2 matrones, 1 dépositaire
Djilékhar			1		<ul style="list-style-type: none"> Arwal Djilékhar Ndjigane Djilékhar Peulh Keur Diam Diam Ndiago Djilékhar Loumène Momath Keur Sidy Tall 	2,5 2 2,5 1 0,6 1,5 1,5	196 1 047 406 C.R. Keur Socé	2000	C.R. DISC	Comité de Gestion	Village situé à 12 km de Ndiédieng. Case équipée et dotée de médicaments, 2 matrones - 1 ASC, 1 case fonctionnelle
Paymar Wolof			1		<ul style="list-style-type: none"> Paymar Ablaye Paymar Biram Paymar Baïdy K. Bano Wolof Keur Bano Peulh Ndiougouty Paymar Wolof 	0,5 0,4 3 1,5 1	88 70 123 440 517	2002	C.R. DISC	Comité de Gestion	Case équipée et dotée de médicaments. 2 matrones, les populations de la zone se soignent à NDRAMÉ ESCALE

Sources : PLD / CR Ndiédieng

INFRASTRUCTURES SANITAIRES DE LA COMMUNAUTE RURALE DE NDIEDIENG

Villages	INFRASTRUCTURES				POLARISATION			Date de création	Bailleurs de fonds	Mode de Gestion	Observations
	Poste de santé	Mater-nité	Case de Santé	Phar-macie	Villages	Distance (km)	Popula-tion				
Keur Madické			1		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Keur Madické ▪ Thiamène ▪ Keur Modou Bouyo ▪ Santhie Ndiayème ▪ Keur Baïdy Ba ▪ Lohenne 	1 3 2 3 2	398 85 51 63 200	2001	C.R. DISC	Comité de Gestion	Case équipée et dotée de médicaments. 1 matrone, les populations se soignent à NDRAMÉ ESCALE
Ndiakhaté		1		1	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diakhaté ▪ Keur Sacko Baïdy ▪ Keur Aliou MBaïta ▪ Keur Madiabou ▪ Keur Ndéné Khar 	2 2 1,5	1 550 403 60 205 151	2001	C.R. DISC	Comité de Gestion	Case équipée et dotée de médicaments. 2 matrones, 1 ASC, 1 relais, populations soignées à partir du PS de Tawa Mboudaye (CR NdiAffate)
Keur Madiabou		1			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Keur Bocar 	1,5		2001	C.R. DISC	Comité de Gestion	Les populations sont prises en charge par le PS de Mbiteyène Darou (CR NdiAffate). 1 matrone, case équipée et dotée de médicaments

Villages	INFRASTRUCTURES				POLARISATION			Date de création	Bailleurs de fonds	Mode de Gestion	Observations
	Poste de santé	Mater-nité	Case de Santé	Phar-macie	Villages	Distance (km)	Popula-tion				
M'Boudaye		1			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ndiaga Kham ▪ Ndiassé Sadio ▪ Haffé ▪ Keur Boydo ▪ Ndiassé Babou ▪ Médina Mallé ▪ Thiékène ▪ Keur Sacko ▪ Keur aliou MBaïta ▪ Daga Biram ▪ Mboudaye 	2 2 3 3 4 3 4 3 3 4	164 333 500 100 215 39 117 50 403 60	1998	Secours musul-man	Privé	1 matrone 1 ASC
Thiakho Ndjigane		1						1978	C.R. USAID	Comité de Gestion	Case non fonctionnelle
Keur Niène		1						1978	C.R. USAID		Case non fonctionnelle
Tallène		1						1978	C.R. USAID		Case non fonctionnelle
Mbiteyène Abdou		1						1978	C.R. USAID		Case non fonctionnelle

CONTRAINTES EN SANTE / CR NDIEDIENG

PROBLEMES GENERAUX	PROBLEMES SPECIFIQUES	CAUSES	SOUS-CAUSES	CONSE-QUENCES
1. Accès aux infrastructures sanitaires difficiles	1.1. Case de santé non fonctionnelle (MBiteyène Abdou - Tallène - Thiakho - Ndjégane - Keur Niène	1.1.1. Manque de confiance à l'égard des ASC	1.1.1.1. Pesanteurs socioculturelles 1.1.1.2. Manque de qualification des ASC	
		1.1.2. Ruptures fréquentes de l'approvisionnement en médicaments	1.1.2.1. Insuffisance de la dotation 1.1.2.2. Absence de structure de gestion 1.1.2.3. Faible implication de l'ICP	
		1.1.3. Démission des ASC	1.1.3.1. Non respect des engagements pris par les populations 1.1.3.2. Faible implication du CR	
	1.2. Faible capacité du PS de Ndiédieng	1.2.1. Dégradation avancée du bâtiment	1.2.1.1. Défaut de maintenance du bâtiment 1.2.1.2. Vétusté du bâtiment en date de la période coloniale 1.2.1.3. Mauvaise qualité des matériaux de construction	
		1.2.2. Exiguïté des locaux	1.2.2.1. Maternité transformée en poste de santé 1.2.2.2. Trop forte demande 1.2.2.3. Absence de plan d'investissement 1.2.2.4. Comité de santé peu dynamique	
		1.2.3. Conditions précaires d'hospitalisation au niveau de la maternité	1.2.3.1. Insuffisance de lits d'hospitalisation 1.2.3.2. Vétusté du mobilier et des équipements d'hospitalisation 1.2.3.3. Absence d'entretien des équipements 1.2.3.4. Faible capacité financière du conseil rural	

PROBLEMES GENERAUX	PROBLEMES SPECIFIQUES	CAUSES	SOUS-CAUSES	CONSEQUENCES
2. Taux de mortalité maternelle et infantile très élevé	2.1. Faibles taux de consultations prénatales CPN1 = 46 % CPN2 = 41 %	2.1.1. Pesanteurs socioculturelles		
		2.1.2. Accès difficiles aux infrastructures sanitaires (pour les populations des zones autres que Ndiédieng)	2.1.2.1. Etat défectueux des pistes 2.1.2.2. Cases de santé non fonctionnelles 2.1.2.3. Longues distances à parcourir par les femmes	
		2.1.3. Capacité d'accueil du poste de santé trop faible	2.1.3.1. Exiguïté des locaux 2.1.3.2. Personnel de santé communautaire insuffisant 2.1.3.3. Absence de pavillon d'accueil	
	2.2. Fréquences des grossesses rapprochées	2.2.1. Faible utilisation des moyens contraceptifs	2.2.1.1. Fort ancrage culturel 2.2.1.2. Déficit de communication entre l'ICP et les femmes 2.2.1.3. Négligence des femmes 2.2.1.4. Méconnaissance des méthodes contraceptives traditionnelles	
		2.2.2. Non respect de la durée normale d'allaitement	2.2.2.1. Méconnaissance des conséquences sur les bébés 2.2.2.2. Prie en charge difficile de la mère et de l'enfant 2.2.2.3. Lourdeur des travaux domestiques	

PROBLEMES GENERAUX	PROBLEMES SPECIFIQUES	CAUSES	SOUS-CAUSES	CONSE- QUENCES
3. Fort taux de prévalence des maladies diarrhéiques (90 % des enfants)	3.1. Prolifération du péril fécal	3.1.1. Conditions d'hygiène précaires	3.1.1.1. Absence de latrines dans les concessions 3.1.1.2. Dépôt sauvage d'ordure 3.1.1.3. Insuffisance d'éducation sanitaire	
		3.1.2. Pollution des eaux des puits	3.1.2.1. Puits non couverts 3.1.2.2. Non désinfection des eaux 3.1.2.3. Négligence des populations	
		3.1.3. Absence d'éducation sanitaire	3.1.3.1. Insuffisance des campagnes de sensibilisation sur l'hygiène 3.1.3.2. Absence de comité de salubrité	
4. Fort taux de prévalence du paludisme (65 à 90 % des consultations pendant la période Août-Octobre)	4.1. Prolifération des moustiques	4.1.1. Stagnation des eaux	4.1.1.1. Absence de réseaux d'assainissement 4.1.1.2. Absence de puisard dans les concessions et autour des bornes fontaines	
		4.1.2. Dépôts sauvages d'ordures	4.1.2.1. Absence de décharge communautaire 4.1.2.2. Faible capacité organisationnelle des populations 4.1.2.3. Absence de réglementation régissant la collecte des ordures 4.1.2.4. Méconnaissance des textes de loi par le conseil rural	
		4.1.3. Proximité des concessions des champs	4.1.3.1. Méconnaissance des conséquences 4.1.3.2. Pesanteurs socioculturelles 4.1.3.3. Type de cultures économiquement rentable	

PROBLEMES GENERAUX	PROBLEMES SPECIFIQUES	CAUSES	SOUS-CAUSES	CONSE- QUENCES
	4.2. Insuffisance des mesures préventives	4.2.1. Faible utilisation des moustiquaires imprégnées	4.2.1.1. Absence de point de vente local 4.2.1.2. Méconnaissance de l'utilité 4.2.1.3. Insuffisance de la dotation au niveau du poste de santé 4.2.1.4. Faible implication de l'ICP et des relais dans la sensibilisation	
		4.2.2. Négligence des populations		
		4.2.3. Faible dynamisme du comité de santé	4.2.3.1. Méconnaissance par les membres de leurs rôles et missions 4.2.3.2. Critères de choix des membres non respectés.	

Source : Plan local de développement / CR Ndiédieng élaboré et approuvé par le Sous-Préfet en 2002.