

ÉVALUATION À LONG TERME DU PROGRAMME DE TOSTAN AU SÉNÉGAL : RÉGIONS DE KOLDA, THIÈS ET FATICK



Document de travail

Section de la statistique et du suivi
Section de la protection de l'enfant

SECTION DE LA
STATISTIQUE
ET DU SUIVI

SECTION DE LA
PROTECTION
DE L'ENFANT

ÉVALUATION À LONG TERME DU PROGRAMME DE TOSTAN AU SÉNÉGAL : RÉGIONS DE KOLDA, THIÈS ET FATICK

Document de travail

SEPTEMBRE 2008

ÉVALUATION À LONG TERME DU PROGRAMME DE TOSTAN AU SÉNÉGAL : RÉGIONS
DE KOLDA, THIÈS ET FATICK

© Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), Section de la statistique et du suivi,
Division des politiques et pratiques, New York, 2008.

UNICEF

3 UN Plaza, New York, NY 10017

Septembre 2008

Ceci est un document de travail. Il a été préparé afin de faciliter l'échange de connaissances et stimuler la discussion. Ce texte n'a pas été révisé pour répondre aux normes officielles de publication et l'UNICEF ne saurait être tenu responsable d'éventuelles erreurs.

Les désignations utilisées dans cette publication n'impliquent aucune opinion sur le statut juridique de quelque pays ou territoire que ce soit, ni sur ses autorités, ni sur la délimitation des frontières.

Table des Matières

Avant-propos.....	v
Remerciements.....	vi
Liste des tableaux et graphiques	vii
Liste des sigles et acronymes.....	ix
Résumé.....	x
1 INTRODUCTION.....	1
1.1 Objectifs du rapport.....	1
1.2 Tostan et son programme	2
1.3 Les défis relatifs à l'évaluation de l'impact d'un programme social.....	3
2 OBJECTIFS ET CONTEXTE DE L'ÉTUDE	5
2.1 Objectifs de l'enquête.....	5
2.2 Lancement de l'étude	7
2.3 Contexte : caractéristiques des femmes dans les trois régions	8
2.4 Contexte : le mariage dans les trois régions	8
2.5 Contexte : la pratique de l'excision dans les trois régions.....	9
2.6 Stratégie de l'évaluation	9
3 MÉTHODOLOGIE.....	11
3.1 Volet quantitatif.....	11
3.2 Volet qualitatif.....	14
4 PROCESSUS D'IMPLANTATION DU PROGRAMME DE TOSTAN	17
4.1 Implantation du programme	17
4.2 Mise en œuvre du programme.....	18
5 CONNAISSANCE DE TOSTAN ET DE SON PROGRAMME.....	21
5.1 Connaissance de Tostan et de son programme.....	21
5.2 Type d'activités menées par Tostan dans le village.....	23
5.3 Femmes ayant participé aux activités de Tostan dans le village.....	24
5.4 Connaissances acquises selon les femmes.....	24
5.5 La mise en œuvre des connaissances : initiatives collectives.....	27

6	LES DÉCLARATIONS PUBLIQUES.....	31
6.1	Initiation de la déclaration publique et adhésion au processus.....	31
6.2	Organisation des déclarations publiques.....	32
6.3	Mesures prises parallèlement à la déclaration publique.....	34
6.4	Mise en œuvre et suivi collectif de la déclaration publique.....	35
6.5	Participation à une déclaration publique selon le questionnaire.....	38
6.6	Suivi de la déclaration publique d'après le questionnaire.....	39
7	SANTÉ DE LA MÈRE ET DE L'ENFANT.....	42
7.1	Consultations prénatales.....	42
7.2	Lieu d'accouchement.....	43
7.3	Couverture vaccinale des enfants.....	44
7.4	Prévalence et prise en charge des infections respiratoires aiguës (IRA).....	45
7.5	Prévalence et prise en charge de la diarrhée.....	46
7.6	Alimentation pendant la diarrhée.....	47
8	L'ÂGE À L'ÉPOQUE DU MARIAGE OU LE MARIAGE PRÉCOCE.....	49
8.1	Conversations au village.....	49
8.2	Données quantitatives.....	51
9	CONNAISSANCE ET PRATIQUE DE L'EXCISION.....	57
9.1	Discussions sur la situation actuelle concernant l'excision.....	57
9.2	Connaissance et pratique de l'excision.....	59
9.3	Âge à l'excision.....	60
9.4	Prévalence de l'excision.....	62
9.5	Opinions sur le maintien ou l'abandon de la pratique de l'excision.....	63
9.6	Pratique et intention de l'excision des filles.....	64
9.7	Prévalence de l'excision chez les filles des femmes interrogées.....	65
10	DISCUSSION.....	73
11	CONCLUSION.....	77

Avant-propos

La programmation pour la protection et le développement devrait engager les populations en tant qu'acteurs de leur propre développement. L'approche de l'UNICEF à la protection de l'enfance - bâtir un environnement protecteur pour les enfants - reconnaît à la fois le rôle crucial que les enfants et leurs gardiens sont capables de jouer quant à la promotion de changements au sein de leur communauté, ainsi que l'importance de maintenir un dialogue ouvert. L'évaluation de ces approches, y compris le fait de porter une attention particulière aux résultats quantitatifs, s'est souvent révélée un projet ambitieux.

Tostan est une organisation non gouvernementale créée au Sénégal en 1991 pour encourager un changement social basé sur le renforcement des capacités au niveau communautaire. Durant les années 1998 et 1999, Tostan avait initié un programme de renforcement des capacités villageoises dans les régions de Thiès, Fatick et Kolda. L'UNICEF a commissionné une étude pour évaluer l'impact à long terme de ce programme, étude qui a été conduite par le Centre de Recherche pour le Développement Humain et le Population Council de Dakar, sous la direction de Macro International Inc.

Le principal objectif de l'évaluation était de mesurer l'impact du programme Tostan sur la prévalence de l'excision des jeunes filles et l'âge au premier mariage, ainsi que de vérifier si l'état de santé des mères et des enfants s'était amélioré. Le volet qualitatif de l'évaluation visait à examiner le processus d'installation de Tostan dans les villages, comprendre comment les villages ont organisé leur participation aux déclarations publiques, et connaître l'opinion des femmes sur l'impact du programme Tostan. Ce rapport fournit un survol de l'évaluation et en présente les points saillants. Nous espérons qu'il puisse fournir aux décideurs politiques et aux gestionnaires de programme un aperçu des dynamiques communautaires et contribuer ainsi au débat sur les mécanismes utiles à la promotion des changements sociaux.

L'UNICEF remercie le gouvernement italien et le gouvernement des Pays-Bas pour le soutien financier qu'ils ont bien voulu apporter.

Tessa Wardlaw
Chef, section de la statistique et du suivi
UNICEF, New York

Karin Landgren
Chef, section de la protection de l'enfant
UNICEF, New York

Remerciements

A travers ce rapport nous tenons à adresser nos sincères remerciements à toutes celles et à tous ceux qui, de par leur engagement, ont collaboré à la réalisation de ce travail¹. Il faut aussi noter l'appui du Ministère de la Femme, de la Famille et du Développement Social, du Ministère de l'Education, de l'Association Sénégalaise pour le Bien-Être Familial, de l'Organisation Mondiale de la Santé et de tous ceux qui ont fait des suggestions lors de la conception de cette évaluation. Les experts de Macro International Inc., du Centre de Recherche pour le Développement Humain (CRDH), du Population Council et de l'UNICEF tant au Bureau de Dakar qu'au siège ont beaucoup contribué à la mise en œuvre de la recherche. Nous saluons aussi la franche collaboration de Tostan ainsi que la disponibilité de tout son personnel.

Des remerciements distingués vont à l'endroit des deux équipes de recherche qui n'ont ménagé aucun effort pour réunir ces informations et mener à bien le codage et l'analyse des informations. Nous tenons à remercier aussi les personnels de terrain : chauffeurs, enquêteurs, chefs d'équipe et superviseurs. Leur professionnalisme, leur dévouement et leur endurance ont été déterminants pour la réussite de l'enquête ; et les personnels administratifs du bureau du CRDH et du Population Council pour leur efficacité.

Enfin, nous voudrions saluer les populations des localités qui ont répondu à l'enquête ainsi que les autorités administratives, locales, coutumières et religieuses des régions de Fatick, Thiès et Kolda pour leur disponibilité et l'accueil chaleureux qu'elles ont réservé aux personnels de terrain. L'implication des autorités régionales de Kolda a contribué à faciliter l'exécution de l'enquête. A ce titre, nous adressons des remerciements au Médecin-chef régional, aux Préfets et Sous-préfets dans les départements de Kolda, au Commandant de la Zone militaire 6, et au Commandant de la Gendarmerie de Kolda. C'est surtout grâce à l'engagement des différentes communautés villageoises soumises à l'enquête que cette étude a pu être effectuée.

¹Ce rapport a été rédigé par Paul Stanley Yoder, Macro International Inc., à partir des analyses et des textes préparés par Salif Ndiaye (Centre de Recherche pour le Développement Humain, Dakar) et Nafissatou Diop, (Population Council, Dakar). L'UNICEF ne saurait être tenu responsable d'éventuelles erreurs contenues dans ce rapport. Le texte originel a été révisé et traduit en anglais. Le travail de révision a été coordonné par Claudia Cappa (Section de la statistique et du suivi, UNICEF, New York) et le document final a été approuvé par Macro International Inc. La section de la statistique et du suivi souhaite remercier Marc Chalamet (Division de la communication, UNICEF, New York) pour l'aide fournie dans la traduction de ce document.

Liste des tableaux et graphiques

Tableau 3.1	Répartition des villages soumis à l'enquête par type et par région	12
Tableau 3.2	Répartition de la population cible selon le type de village	15
Tableau 5.1	Connaissance de Tostan	22
Tableau 5.2	Intervention de Tostan dans le village	23
Tableau 6.1	Connaissance et participation à une déclaration publique	39
Tableau 6.2	Suivi et impact de la déclaration publique	40
Tableau 7.1	Nombre de visites prénatales	43
Tableau 7.2	Lieu de l'accouchement	44
Tableau 7.3	Vaccination des enfants.....	45
Tableau 7.4	Prévalence de la fièvre et prise en charge	46
Tableau 7.5	Traitement de la diarrhée.....	47
Tableau 7.6	Quantité de liquide administrée pendant la diarrhée	48
Tableau 8.1	Âge moyen au premier mariage	51
Tableau 8.2	Âge au premier mariage	52
Tableau 8.3	Âge au premier mariage par périodes précédant l'enquête.....	53
Tableau 8.4	Âge au premier mariage par périodes précédant l'enquête.....	55
Tableau 9.1	Âge à l'excision.....	61
Tableau 9.2	Âge à l'excision.....	61
Tableau 9.3	Prévalence de l'excision chez les femmes interrogées	62
Tableau 9.4	Opinions des femmes sur le maintien ou l'abandon de l'excision	64
Tableau 9.5	Intention d'exciser les filles	64
Tableau 9.6	Prévalence de l'excision chez les filles des femmes interrogées	66
Tableau 9.7	Prévalence de l'excision chez les femmes interrogées et leurs filles	68
Tableau 9.8	Âge des filles des femmes interrogées à l'excision	69
Tableau 9.9	Pratique de l'excision par période avant l'enquête	70

Graphique 8.1	Proportion de femmes mariées avant 15 ans par périodes précédant l'enquête et selon le type de village.....	54
Graphique 9.1	Connaissance et pratique de l'excision par les femmes enquêtées	60
Graphique 9.2	Pratique et intention d'exciser les filles.....	65
Graphique 9.3	Pourcentage de filles excisées parmi les filles vivantes des enquêtées..	67
Graphique 9.4	Prévalence de l'excision chez les femmes et chez leurs filles.....	67

Liste des sigles et acronymes

BCG	Bacille de Calmette et Guérin (Vaccin antituberculeux)
CRDH	Centre de Recherche pour le Développement Humain
DP	Déclaration publique
DTCoq	Diphtérie, tétanos et coqueluche
EDS	Enquête démographique et de santé
EIT	Enquête d'évaluation de l'impact des programmes de Tostan au Sénégal
IRA	Infections respiratoires aiguës
ONG	Organisation non gouvernementale
RO	Réhydratation orale
SRO	Sels de réhydratation orale
TRO	Thérapie de réhydratation orale
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
USAID	Agence américaine de développement international

Résumé

Volet quantitatif

Le volet quantitatif de l'enquête d'évaluation à long terme de Tostan a été réalisé par le Centre de Recherche pour le Développement Humain (CRDH) dans les zones rurales des régions de Kolda, Thiès et Fatick en 2006. Le volet qualitatif a été effectué par le Bureau du Population Council à Dakar. Dans la réalisation du volet quantitatif, le CRDH a bénéficié de l'assistance technique de Macro International Inc. à travers le programme international des Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS).

Des indicateurs appropriés permettant d'évaluer l'impact de l'intervention de Tostan ont été définis en accord avec les différentes parties prenantes. Dans la grande majorité des cas, il s'agit de proportions concernant les niveaux et les tendances du mariage précoce et de la pratique de l'excision, les connaissances et comportements en matière de santé, la connaissance de Tostan et de son programme, la participation à une déclaration publique, la participation à un programme de Tostan et le bénéfice qui en résulte.

Les principaux sujets développés par le volet quantitatif sont résumés dans ce qui suit.

a) Contexte et méthodologie

L'enquête porte sur un échantillon de femmes âgées de 15 à 49 ans de 53 villages dans des zones rurales pratiquant l'excision dans les trois régions que sont Fatick, Kolda et Thiès, dans lesquelles les déclarations publiques ont eu lieu en 2000 ou avant. Les villages ont été répartis en trois catégories:

- **Villages du groupe A** : Ce sont les villages qui ont bénéficié d'un programme Tostan avant 2000 et qui ont fait une déclaration publique d'abandon de l'excision.
- **Villages du groupe B** : Ce sont les villages qui ont été associés à une déclaration publique avant 2000 mais qui n'ont pas bénéficié directement du programme de Tostan. L'équipe chargée de l'enquête n'a pas pu trouver de villages B dans les régions de Thiès et Fatick. Elle a donc choisi des villages pratiquant l'excision dans le département de Kolda.
- **Villages du groupe C** : C'est le groupe de villages dits témoins. Le groupe est composé de villages qui pratiquent l'excision mais qui, en principe, n'ont été soumis ni directement ni indirectement à l'influence de Tostan.

Au total 600 ménages (à raison de 200 dans chaque catégorie de villages) et environ 900 femmes de 15-49 ans ont été soumis à l'étude.

Les régions de Fatick et de Kolda sont essentiellement rurales (83 à 85 % des femmes sont rurales) ; par contre, dans la région de Thiès, la proportion de femmes urbaines est nettement plus importante (47 %). Contrairement à Thiès où près de la moitié des femmes ont fréquenté l'école (47 %), les deux autres régions se caractérisent par leur taux d'analphabétisme féminin très élevé (68 % des femmes de Fatick et 78 % de celles de Kolda n'ont jamais fréquenté l'école). Les trois régions ont également des structures ethniques très différentes : à Fatick, 61 % et 25 % sont, respectivement, Serer et Wolof ; à Kolda (sans le département de Sédhiou), on compte 61 % de Poular et 18 % de Mandingues ; enfin à Thiès les Wolof et les Serer représentent, respectivement, 49 % et 27 %.

b) Connaissance de Tostan et de son programme

Sont considérées comme connaissant Tostan, les femmes ayant déclaré spontanément le connaître ou bien qui en ont juste entendu parler. Le niveau de connaissance de Tostan est plus élevé dans le groupe B (92 %). Cependant, le groupe A arrive nettement en seconde position avant le groupe C (82 % contre 40 %).

Dans les villages du groupe de type A, le mode de transfert de l'information le plus répandu est celui de la modalité « par un habitant du même village » avec 39 % des cas. La radio et un agent de Tostan sont également présents dans le groupe A, avec 25 % des cas pour la radio et 26 % pour l'agent de Tostan. Comme mode de transfert de l'information, la télévision n'est que faiblement représentée dans tous les types de village. Les proportions relatives aux autres modes de transfert sont très faibles quel que soit le type de village.

c) Santé de la mère et de l'enfant

Les indicateurs d'impact utilisés se fondent sur le nombre de visites prénatales, les lieux d'accouchement, la couverture vaccinale des enfants, la prévalence et le traitement de la diarrhée et des infections respiratoires aiguës.

On peut dire que, du point de vue des visites prénatales, le type A ne semble pas s'ériger en groupe susceptible de servir d'exemple. Par ailleurs, l'on constate que chez les femmes des villages de type A, le pourcentage de mères ayant accouché à domicile (61 %) est

plus élevé que dans les villages témoins (50 %). Les proportions d'enfants vaccinés sont supérieures à 95 % dans tous les types de villages pour la plupart des vaccinations. Globalement, 70, 58 et 76 % des enfants de 12-23 mois ont été complètement vaccinés, respectivement, dans les villages des groupes A, B et C.

L'analyse quantitative n'a pas trouvé d'effet du programme sur la santé des femmes et des enfants, puisque la vaccination des enfants, l'utilisation des services, et le recours aux services de santé ne sont pas meilleurs dans les villages qui ont bénéficié du programme. Si l'intervention a réussi à améliorer la situation dans ce domaine, soit l'effet a disparu après quelques années, soit les conditions sociales et l'état des services n'ont pas permis d'apporter des changements visibles dans les statistiques.

d) Nuptialité

Le mariage est plus précoce dans les villages de type B que dans les villages du type A ou C, car 35 % des femmes mariées se sont mariées avant l'âge de 15 ans dans les villages de type B, le taux étant de 20 % dans les villages du groupe A. Ces taux correspondent à la structure ethnique des différents types de villages. En effet, comme on le verra plus loin, les villages de type B sont en grande majorité constitués de Poular (région de Kolda) connus pour leurs unions précoces ; pratiquement toutes les femmes ont déjà vécu en union avant l'âge de 20 ans.

La majorité des mariages se produit dans le groupe d'âge des 15 à 19 ans quel que soit le type de village, avec 54 % dans les groupes A et B, et 58 % dans le groupe C. Au-delà de 20 ans, il n'y a pratiquement plus de mariages dans les villages de type B alors que dans les deux autres groupes, la proportion des femmes qui sont entrées en première union atteint ou dépasse 12 %.

Selon les statistiques, la fréquence des premiers mariages très précoces (moins de 15 ans) a diminué au cours des 10 à 15 dernières années dans les trois types de villages. Les reculs les plus importants pour ces mariages très précoces ont été observés dans les villages d'intervention (type A) pour les filles de 10-14 ans : 23 %, 16 % et 12 %, respectivement, pour les périodes de 10-14 ans, 5-9 ans et 0-4 ans qui ont précédé l'enquête. Dans les villages témoins, on constate aussi une baisse du nombre de mariages d'enfants de moins de 15 ans (de 18 % à 13 %), mais elle est moins forte. La comparaison entre les villages de type A et ceux de type C montre donc que les déclarations publiques et les programmes de Tostan ont pu

contribuer ensemble à faire baisser légèrement la prévalence des mariages de jeunes de moins de 15 ans. Cependant, quand on examine globalement la proportion des filles de moins de 18 ans, la différence entre villages Tostan (A) et village témoins disparaît.

e) Connaissance et pratique de l'excision

La proportion des femmes qui connaissent l'excision est plus élevée dans les villages de type C quel que soit le groupe d'âge. La proportion des femmes des villages de type C connaissant l'excision est de 99 %. Les villages de types A et B sont à peu près au même niveau : 90 et 92 %, respectivement. Pour ce qui est de la pratique de l'excision, la proportion des femmes excisées est plus faible dans le groupe A, avec 64 %. Elle est de 81 % dans le groupe B contre 87 % dans le groupe C. Donc le taux de départ pour évaluer l'évolution des taux d'excision était plus faible dans les villages d'intervention de Tostan (villages A).

Un pourcentage moins important de femmes a déclaré avoir au moins une fille excisée dans le groupe A que dans le groupe C (30 % contre 69 %). Par ailleurs, parmi les femmes n'ayant aucune fille excisée, un pourcentage trois fois plus élevé dans le groupe A que dans le groupe C a déclaré ne pas avoir l'intention de le faire.

Les résultats statistiques concernant l'excision des filles démontrent que la prévalence de l'excision a diminué dans les villages d'intervention de Tostan et dans les villages qui ont participé à une déclaration publique (types A et B). Pour les filles de 0-9 ans, le pourcentage des filles excisées est de 15 % dans les villages A, de 8 % dans les villages B, et de 47 % dans les villages C. On voit ainsi un effet de la participation à une déclaration publique dans les sept villages de Kolda (villages B) qui n'ont pas bénéficié du programme de Tostan. L'excision existe toujours dans tous les villages, mais la fréquence a fortement diminué dans les villages d'intervention. À l'inverse, dans les villages de référence, les pratiques et opinions demeurent encore favorables à l'excision.

Volet qualitatif

Durant les années 1998-1999, l'ONG Tostan avait initié un programme de renforcement des capacités villageoises dans les régions de Thiès, Fatick et Kolda. A cette époque le programme de Tostan s'articulait autour de l'enseignement des modules suivants : processus de résolution des problèmes; hygiène de base; réhydratation orale (RO) et vaccination; gestion matérielle et financière; leadership; étude de faisabilité (projets économiques/microcrédit); santé

de la femme (sexualité, grossesse, droit, etc.); développement du corps de l'enfant; démocratie; gestion durable des ressources naturelles. L'aboutissement du programme était la mobilisation des communautés pour une déclaration publique d'abandon des pratiques néfastes.

La méthodologie de l'évaluation qualitative repose sur des conversations et des observations menées dans deux catégories de villages. Des villages (A) qui ont à la fois bénéficié du programme de Tostan et participé à une déclaration publique (DP) d'abandon de l'excision ; des villages (B) qui ont juste participé à une DP sans avoir auparavant bénéficié du programme. Les villages du type C (témoins) n'ont pas été inclus dans l'enquête qualitative. Les entretiens ont eu lieu dans 12 villages. Il s'est avéré que seulement deux villages du type B ont finalement pu être retenus, tous les autres ayant bénéficié du programme dans une phase ultérieure.

Au total, 150 entretiens individuels ont été effectués auprès des groupes suivants : des femmes ayant participé au programme, des femmes n'ayant pas participé au programme dans les deux types de villages, les facilitateurs qui ont assuré l'exécution du programme, des leaders et d'autres spécialistes de ces localités. Il faut reconnaître que le fait de récolter les témoignages des leaders hommes et femmes peut fausser les chiffres. Les perceptions des populations relatives au programme, aux connaissances acquises, et aux effets du programme peuvent être entachées d'un préjugé favorable.

L'implantation du programme dans les villages s'est faite en plusieurs étapes participatives : la concertation, l'identification et la sélection des participants, et le déroulement du programme. Dans la sélection des villages, Tostan a posé un certain nombre de conditions liées entre autres à l'engagement du village à prendre en charge le facilitateur, à dresser la liste des bénéficiaires, à construire un abri pour la classe. Quelques informateurs ont aussi demandé l'abandon de l'excision comme condition. De manière générale, les communautés ont contribué significativement à l'implantation et à la mise en œuvre effective du programme.

A l'issue du programme d'éducation, divers changements ont eu lieu dans les villages. Dans l'ordre des perceptions, les résultats indiquent que le programme a permis une amélioration des connaissances, autant chez les femmes participantes que chez celles qui n'ont pas suivi le programme. Il en ressort une meilleure connaissance de leurs droits et devoirs, notamment de la place et du rôle de la femme dans sa communauté.

L'organisation des déclarations publiques a beaucoup évolué dans le temps, même

entre 1996 et 2000. Les informations recueillies montrent que la stratégie a initialement été suggérée par Tostan et ensuite mise en œuvre par les femmes de la classe de Malicounda. Mais on constate une évolution déjà à la troisième déclaration, celle de Medina Sherif. Dans ce village, on a constaté une plus grande implication de plusieurs parties, ce qui a permis l'organisation de la DP et une mobilisation autour de l'abandon de l'excision. Mais en fin du compte, la mise en œuvre des mesures annoncées durant la DP a nécessité la contribution des différents groupes sociaux des villages. L'analyse des informations indique un certain dévouement collectif, marqué par la détermination des communautés à respecter les engagements pris, l'implication des leaders, des comités et des femmes, qui ont été déterminants pour la portée de la déclaration. Cependant, la population générale des villages de type B n'a pas été très impliquée dans la DP. Quelques personnes de ces villages ont juste eu connaissance d'une fête qui allait avoir lieu dans un village voisin. C'est ainsi que certains représentants ont décidé d'y aller. C'est sur place qu'ils ont obtenu des informations sur la DP pour l'abandon de l'excision.

Dans les villages où l'ensemble du programme a été mis en œuvre, il y a une meilleure prise de conscience des dangers liés à l'excision, mais les dangers du mariage précoce ne sont pas clairs. Cela s'est traduit par la mobilisation des populations autour d'une DP d'abandon de ces pratiques, un fait perçu comme l'aboutissement du processus de mise en œuvre du programme de Tostan. Les informations recueillies indiquent l'abandon de la pratique de l'excision par les communautés depuis l'adoption de la DP. Cependant certains témoignages montrent que des résistances subsistent encore dans les villages. Selon les témoignages, le mariage précoce est en recul mais les influences sur ce phénomène ne peuvent pas être seulement attribuables à Tostan.

D'importantes contraintes limitent les possibilités des populations de capitaliser les acquis issus de ce programme. La formation de groupes sociaux dans les villages est antérieure au déroulement du programme. La DP semble avoir concouru par endroits au renforcement de ces comités dans le suivi des mesures et décisions prises à l'occasion des déclarations. Cependant, après toutes ces années, ces groupes/comités n'ont pas été retrouvés. L'absence de suivi organisé et le manque d'infrastructures de base dans les villages limitent la pleine utilisation des nouvelles capacités des populations.

1 Introduction

1.1 Objectifs du rapport

Ce rapport présente la méthodologie et les résultats d'une évaluation de l'impact à long terme du programme de Tostan dans les régions de Kolda, Thiès et Fatick au Sénégal. L'enquête a été effectuée en 2006 pour le bureau de l'UNICEF New York sous la direction de Macro International Inc. Pour la mise en œuvre de l'enquête, le Ministère de la Femme de la Famille et du Développement Social du Sénégal, commanditaire de la recherche, a mis en place un comité de pilotage chargé de suivre et d'appuyer l'équipe technique.

L'évaluation est l'effort d'une collaboration entre plusieurs institutions: l'UNICEF, Macro International Inc., le Population Council, le Centre de Recherche pour le Développement Humain (CRDH) et Tostan. Avec des fonds de UNICEF, Macro International Inc. a dirigé cette évaluation avec l'assistance du Population Council et du CRDH. L'USAID est le deuxième partenaire financier qui a supporté les ressources humaines de l'évaluation par l'intermédiaire du programme Frontières en Santé de la Reproduction exécuté par le Population Council.

Cette étude comporte deux volets: un volet quantitatif et un volet qualitatif, respectivement réalisés par le CRDH et le Bureau du Population Council à Dakar. Dans la réalisation du volet quantitatif, le CRDH a bénéficié de l'assistance technique de Macro International Inc., par l'intermédiaire du programme international des Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS). Dans la réalisation du volet qualitatif, le bureau du Population Council de Dakar a profité de l'assistance technique de Macro International Inc. dans la formation des enquêteurs et la préparation des guides de conversations utilisés pendant la collecte des données.

Le principal objectif du volet quantitatif de l'étude est de voir s'il est statistiquement établi que le programme Tostan a eu un impact sur la prévalence de l'excision des jeunes filles, sur l'âge au premier mariage, et de vérifier si l'état de santé des mères et des enfants se sont améliorés. Le principal objectif du volet qualitatif de l'étude est d'examiner le processus d'installation de Tostan dans les villages, de comprendre comment les villages ont organisé leur participation dans le cadre de déclarations publiques, et de voir ce que les femmes disent de l'impact du programme Tostan. Ce rapport présente les grandes lignes et les conclusions les plus saillantes des deux volets de l'étude.

1.2 Tostan et son programme

Tostan est une organisation non gouvernementale créée en février 1991 pour encourager un changement social basé essentiellement sur le renforcement des capacités, où la personne bénéficiaire devient le principal acteur des transformations attendues. Le programme de Tostan s'articule autour d'un programme d'éducation d'un groupe de personne dans un village et d'un programme de mobilisation communautaire. Dans sa démarche, le programme de Tostan cible en priorité les femmes et cherche, à travers leur forte implication dans un processus d'apprentissage, l'adoption de comportements sains.

Durant les années 1998 et 1999, Tostan avait initié un programme de renforcement des capacités villageoises dans les régions de Thiès, Fatick et Kolda. A cette époque, le programme de Tostan s'articulait autour de l'enseignement de modules plus détaillés : processus de résolution des problèmes; hygiène de base; réhydratation orale et vaccination; gestion matérielle et financière; leadership; étude de faisabilité (projets économiques/microcrédit); santé de la femme (sexualité, grossesse, droit, etc.); développement du corps de l'enfant; démocratie; gestion durable des ressources naturelles.

Les modules de Tostan ont beaucoup évolué depuis le début du programme selon les besoins et les demandes des participants. L'organisation a conçu un programme d'éducation de base non formelle qui vise à doter les populations rurales, en particulier, de compétences (savoir, savoir faire et savoir être) leur permettant d'être les acteurs de leur propre développement. Depuis 2000, son programme de renforcement des capacités est composé principalement de quatre modules de base qui en constituent le socle. Ces modules sont :

- les droits de l'homme et responsabilités,
- le processus de résolution des problèmes,
- l'hygiène de base,
- la santé de la personne.

Les femmes sont les principales bénéficiaires du programme, mais des hommes y participent aussi maintenant. Les compétences acquises par les bénéficiaires des deux sexes au niveau des modules, et principalement au niveau du module « droits humains et responsabilités », ont permis aux populations d'accéder à une plus grande prise de conscience de leurs multiples problèmes, surtout en matière de santé. Ces problèmes sont identifiés par les populations elles-mêmes au cours de la formation sur le thème santé de la personne. Au niveau

de ce module, l'accent est mis sur certaines pratiques traditionnelles néfastes à la santé de la personne surtout à celle de la femme telles que le mariage précoce, les grossesses rapprochées, l'excision, etc. Cependant, le déroulement du programme d'éducation ne représente qu'un aspect de la démarche de Tostan, et constitue l'étape de connaissance et de prise de conscience des populations. L'aboutissement de ce processus est la mobilisation des communautés lors d'une déclaration publique (DP), où les populations s'engagent collectivement à renoncer à toutes formes de pratiques néfastes.

Ainsi, le programme de Tostan a permis, à partir de 1996, d'organiser des DP conçue par Tostan comme un moyen d'amener les populations à annoncer en public l'abandon de pratiques traditionnelles telles que l'excision et le mariage précoce. Presque tous les villages qui ont bénéficié du programme ont fait une déclaration pour exprimer leur intention d'abandonner ces pratiques. Le processus de mobilisation sociale touche aussi des villages voisins qui n'ont pas participé au programme de Tostan, mais qui participent à la déclaration publique.

Au cours, pendant et après la formation, les bénéficiaires mettent en œuvre, en général, diverses activités qu'ils réalisent de leur propre initiative et/ou avec l'appui de Tostan. Ces activités ont trait à leur développement socio-économique. Elles leur permettent l'exploitation, la rentabilisation, la consolidation et la pérennisation des acquis de leur formation. Ces initiatives vont des activités rémunératrices aux déclarations publiques d'abandon de l'excision en passant par des activités de santé et d'hygiène de base dans leur communauté, ainsi que par la participation aux différentes campagnes de santé et d'hygiène.

1.3 Les défis relatifs à l'évaluation de l'impact d'un programme social

Nous vivons à une époque où les projets de changements sociaux, qu'ils soient privés ou publics, doivent pouvoir montrer une certaine rentabilité. L'évaluation de l'impact d'un programme devrait servir de justification de la dépense de fonds d'intervention, mais aussi d'instruction pour d'autres programmes semblables à l'avenir. Le plus souvent, dans une telle situation, ceux qui dirigent l'évaluation mènent une enquête au sein de la population cible avant et après l'intervention pour pouvoir identifier des effets du programme. Les différences entre les résultats convenablement choisis dans les deux enquêtes peuvent être ainsi attribuées à l'intervention.

Une deuxième formule, plus complexe, est également possible. Il s'agit d'une enquête transversale unique dans les villages d'intervention et dans ceux qui n'ont pas bénéficié de l'intervention. Cette approche est celle que nous adoptons dans l'étude en distinguant les villages Tostan et ceux qui n'ont pas été ciblés par le programme de Tostan.

Pour démontrer de façon statistique que les activités de Tostan ont eu un impact sur l'âge au moment du mariage et sur les taux d'excision des filles, il faut pouvoir établir ou décrire :

- 1) la prévalence de l'excision et l'âge des filles au moment du mariage dans les villages d'intervention ;
- 2) la prévalence de l'excision et l'âge des filles au moment du mariage dans les villages témoins, ou villages de référence ;
- 3) dans les deux groupes de villages, la tendance séculaire des taux d'excision et de l'âge au moment du mariage pour prévoir qu'elle aurait été la situation sans Tostan.

Cependant, il n'est pas facile de formuler des indicateurs ni de les mesurer dans une population, surtout pour un programme si diversifié que celui de Tostan, dont l'effet apparaîtrait dans les plus petits détails de la vie quotidienne. De plus, l'effet d'un tel programme varie d'un village à un autre selon la dynamique sociale, les cours choisis et l'engagement des leaders villageois. Bien que la publicité concernant Tostan mette surtout en exergue l'excision, et aussi l'âge des filles au moment du mariage, les sujets du programme ne se limitent pas uniquement à ces deux éléments.

Ainsi, le volet quantitatif présentera des données sur les taux d'excision et l'âge au moment du premier mariage. Les données sur l'utilisation des services de santé par les femmes et les enfants, et sur les traitements des maladies des enfants seront également considérées. Il faut reconnaître que certains impacts possibles du programme – plus de participation dans la vie communautaire, une meilleure prise en charge des problèmes sociaux, la formation des comités villageois – ne peuvent pas être identifiés à l'aide d'un simple questionnaire. Le volet qualitatif présentera les témoignages des femmes concernant leur participation aux activités du programme et les changements intervenus dans leur vie quotidienne grâce au programme Tostan. Le volet qualitatif racontera aussi l'histoire de l'installation de Tostan dans les villages et l'organisation des déclarations publiques.

2 Objectifs et contexte de l'étude

2.1 Objectifs de l'enquête

2.1.1 Objectif général

Plusieurs évaluations ont été faites pour apprécier l'impact de l'intervention (des actions de Tostan) sur les bénéficiaires (femmes participantes) dans les différents villages. Cependant, il manque des évaluations au niveau des populations en général pour apprécier l'impact du programme à long terme et l'impact d'une participation à des déclarations publiques (DP) sur le mariage précoce et sur la pratique de l'excision.

L'un des organismes qui soutient Tostan, l'UNICEF, place beaucoup d'espoir dans l'approche développée par Tostan en vue de la réduction, voire l'abandon, du mariage précoce, des naissances trop rapprochées, et de la pratique de l'excision. Pour une meilleure formulation de cette stratégie, le siège de l'UNICEF a envisagé de rassembler des données pertinentes sur le fonctionnement du programme et son impact par le biais des DP et des interventions ciblant les femmes et les hommes.

Deux grands objectifs sont poursuivis :

- Évaluer l'impact du programme Tostan, à l'aide d'indicateurs définis, sur la vie au quotidien dans les villages ainsi que l'impact sur les taux de mariage précoce et d'excision ;
- Évaluer l'impact de la participation des villages aux déclarations publiques sur le mariage précoce et l'excision.

2.1.2 Objectifs spécifiques : volet quantitatif

Cette enquête a pour objectifs spécifiques de mesurer certains indicateurs pertinents susceptibles d'appréhender l'impact des interventions de Tostan dans les zones rurales des régions concernées. En particulier, les sujets suivants y sont traités :

- la connaissance de Tostan et de son programme ;
- la participation à un programme et le bénéfice qui en est tiré ;

- les connaissances et pratiques en matière de santé de la reproduction et d'hygiène au niveau du village ;
- la participation à une DP ;
- le mariage précoce (niveau et tendances) ;
- la pratique de l'excision (niveau et tendances) ;
- l'évaluation du suivi de la pratique de l'excision au niveau du village après la DP.

En principe, le volet quantitatif fournira des tableaux statistiques tirés des réponses à un questionnaire administré à un échantillon de femmes de 15-49 ans dans des villages où Tostan a mené ses activités et dans des villages témoins où Tostan n'a jamais existé. Pour certains indicateurs, on pourra comparer les statistiques des deux types de villages pour voir si l'action de Tostan a eu un impact sur la situation.

2.1.3 Objectifs spécifiques : volet qualitatif

Concernant la participation au programme de Tostan, les objectifs ont consisté à :

- Décrire le processus d'implantation de Tostan dans les villages ;
- Vérifier si l'intervention a favorisé, dans les différents villages, la formation de groupes sociaux organisés pour le bien-être de la communauté ;
- Décrire la composition de ces groupes, les tâches qui leur sont dévolues et les récentes activités qu'ils ont organisées pour le bien-être de la communauté ;
- Identifier les individus qui jouent un rôle de dirigeant au village ou de spécialiste concernant l'excision ou le mariage ;
- Comprendre la perspective et la réflexion des dirigeants concernant les effets du programme Tostan dans leurs villages respectifs.

Par rapport aux déclarations publiques, les objectifs visent à :

- Identifier les personnes dans le village qui ont participé à l'organisation de la DP ;
- Elucider la manière dont la participation des villageois a été organisée pour la DP ;
- Décrire la nature des discussions et des compte rendus faits aux communautés villageoises après la DP.

Le volet qualitatif consiste en des synthèses, témoignages et des descriptions sur ce qui s'est passé sur le terrain quand Tostan s'est présenté dans les villages et quand les leaders des villages se sont organisés pour faire une DP ; il traite aussi des expériences des femmes et des avantages qu'elles ont tirés du programme, ainsi que des opinions concernant les pratiques du mariage précoce et de l'excision.

2.2 Lancement de l'étude

Depuis au moins 1992, Tostan intervient dans de nombreux villages au Sénégal qui pratiquent l'excision. Pour évaluer l'impact de l'action de Tostan sur l'excision ou sur l'âge à l'époque du mariage, il fallait effectuer une enquête dans des villages de Tostan cinq ou six ans après les interventions de manière à ce qu'il y ait eu suffisamment de temps pour qu'un changement ait eu le temps d'intervenir dans la pratique de l'excision. Nous avons donc mené l'enquête dans un ensemble de villages où Tostan avait travaillé entre 1996 et 2000. De plus, certains villages ont fait une déclaration publique d'abandon de l'excision sans Tostan ; L'enquête devait donc aussi être effectuée dans de tels villages pour évaluer l'impact de la participation à une DP organisée entre 1996 et 2000.

Lors d'une réunion tenue à Dakar en août 2005, à laquelle ont pris part des représentants de tous les partenaires dans la planification de l'évaluation (l'UNICEF New York, l'UNICEF Dakar, le Population Council Dakar, le CRDH, Macro International Inc., Tostan), le groupe a décidé de baser l'évaluation sur la comparaison entre trois types de villages : ceux qui ont participé au programme de Tostan et qui ont fait, par la suite, une DP, appelés type A ; ceux qui ont fait une DP sans avoir participé au programme Tostan, appelés type B ; des villages de référence où Tostan n'a jamais travaillé et qui n'ont pas non plus fait de DP, ou type C. Les villages d'interventions pour cette période d'activité de Tostan se trouvent surtout dans les régions de Thiès et de Kolda. On pensait trouver des villages de référence aussi à Thiès.

Pour les villages de référence, ou villages témoins (type C), il fallait trouver des villages pas trop éloignés des villages des autres catégories, et dans lesquels la population pratique toujours l'excision. Nous n'avons pas trouvé de tels villages dans la région de Thiès, donc il a fallu les chercher dans la région voisine, la région de Fatick. Ainsi, pour le volet quantitatif, l'enquête a porté sur ces trois régions : Kolda, Thiès et Fatick.

2.3 Contexte : caractéristiques des femmes dans les trois régions

Dans cette section, nous présentons sommairement les principales caractéristiques des femmes rurales de l'ensemble des trois régions, selon les résultats de la dernière EDS réalisée en 2005 (EDS-IV). Les trois régions ont des structures ethniques très différentes : à Fatick, 61 % et 25 % sont, respectivement, Serer et Wolof ; à Kolda (sans le département de Sédhiou), on compte 61 % de Poular et 18 % de Mandingue ; enfin à Thiès les Wolof et les Serer représentent 49 % et 27 % de la population.

Les régions de Fatick et de Kolda sont essentiellement rurales (83 à 85 % des femmes sont rurales), et les deux régions se caractérisent par leur taux d'analphabétisme féminin très élevé (68 % des femmes de Fatick et 78 % de celles de Kolda n'ont jamais fréquenté l'école). Par contre, dans la région de Thiès, pratiquement une femme sur deux est urbaine (47 %) et 54 % sont analphabètes.

Ce qui est constant dans les trois régions, c'est que la pratique de l'excision est le fait de certaines ethnies. En effet, alors que l'excision est pratiquement inexistante chez les Wolof (1,6 % d'excisées) et les Sérér (1,8 %), elle concerne près de trois femmes sur quatre dans le groupe Mandingue (74 %) et approche les 80 % (78 %) chez les Soninké. La proportion de femmes excisées se situe à 62 % chez les Poular et à 60 % chez les Diola. Les différences interethniques expliquent en partie les écarts interrégionaux au Sénégal. A Kolda, où la population est à 79 % poular et mandingue, 94 % des femmes sont excisées, tandis que les taux à Thiès et Fatick sont très bas (Fatick 6 %, Thiès 7 %).

2.4 Contexte : le mariage dans les trois régions

Au Sénégal, le mariage constitue le cadre privilégié de l'activité sexuelle et de la procréation. Dans ce pays dont 95 % de la population est musulmane, le mariage est universel et le célibat définitif est plutôt un phénomène marginal. Dans le cadre de l'enquête, le terme « union » s'applique à l'ensemble des femmes et des hommes qui se sont déclarés mariés ou vivant maritalement avec un/une partenaire

L'entrée en union demeure précoce : en 2005, 46 % des femmes de 20-49 ans étaient déjà en union à l'âge de 18 ans. En 1997, 50 % des femmes de 20-49 ans étaient déjà en union à l'âge de 18 ans. L'âge médian à la première union augmente depuis 25 ans, plus en milieu

urbain qu'en milieu rural. Pour les femmes résidant en milieu rural, l'âge médian à la première union était de 16,6 ans pour les femmes âgées de 45-49 et de 17,6 pour celles âgées de 20-24, ce qui représente une augmentation d'un an. Pour les femmes vivant en milieu urbain, l'âge médian à la première union était de 18,1 pour les femmes âgées de 45-49 et de 21,7 pour celles âgées de 25-29. Ainsi en milieu rural le changement social se produit lentement - augmentation de l'âge médian d'un an en 25 ans - tandis que le changement intervient bien plus rapidement en ville, c'est-à-dire une augmentation de près de quatre ans (3,6) en vingt ans.

Les différences interrégionales sont également importantes: aux deux extrêmes, on trouve d'une part Dakar (âge médian de 20,8 ans) et Thiès (19,1 ans) pour les femmes de 25-49 ans, et d'autre part, les régions avec les entrées en union les plus précoces, à savoir Tambacounda (15,9 ans), Kolda (16,4 ans), Louga et Matam (16,5 ans). L'âge médian à la première union, et donc notre point de départ pour le mariage précoce, diffère donc d'une région à une autre : 19,1 à Thiès, 17,8 à Fatick, et 16,4 à Kolda.

2.5 Contexte : la pratique de l'excision dans les trois régions

La pratique de l'excision est assez répandue au Sénégal dans la mesure où elle concerne 28 % des femmes de 15-49 ans. La pratique de l'excision est essentiellement déterminée par l'appartenance ethnique. Dans deux des principaux groupes ethniques, à savoir les Wolof et les Serer, le pourcentage de femmes excisées n'atteint pas 2 %. Chez les Soninké, les Mandingue, les Poular et les Diola, il varie de 60 à 78 %. Les taux d'excision dans les trois régions de l'enquête s'expliquent par la composition ethnique de la population. A Kolda, où la population est à 79 % poular et mandingue, le taux d'excision des femmes est de 94 % ; à Thiès, où la population est à 76 % wolof et serer, le taux est de 7 %, tandis qu'à Fatick, où la population est à 86 % wolof et serer, le taux est de 6 %.

2.6 Stratégie de l'évaluation

La logique du volet quantitatif se base sur une comparaison des données des trois groupes de villages classifiés en fonction de leur implication dans le programme Tostan ou des déclarations publiques qu'ils ont ou non adoptées. Quand il s'agit de l'impact de Tostan seul, on compare les villages du type A avec ceux de type B et C. Quand il s'agit de mesurer l'impact

des déclarations publiques, on compare les villages du groupe A et B avec ceux du groupe C. Les interventions concernant la santé des femmes et des enfants, ainsi que le traitement des maladies infantiles, ont eu lieu uniquement dans les villages du groupe A, tandis que les villages des groupes A et B sont censés avoir fait reculer le taux d'excision et permis aux filles de rester célibataires un peu plus longtemps grâce à l'intervention de Tostan, à une déclaration publique, ou aux deux.

3 Méthodologie

3.1 Volet quantitatif

3.1.1 Le champ de l'étude

L'enquête porte sur un échantillon de femmes âgées de 15 à 49 ans de 53 villages dans des zones rurales pratiquant l'excision, dans trois régions où Tostan est intervenu et dans lesquelles des déclarations publiques ont eu lieu en 2000 ou avant. Dans ces régions, six départements sont concernés :

- Région de Thiès : Départements de Thiès et Mbour ;
- Région de Fatick : Département de Fatick et Foundiougne ;
- Région de Kolda : Département de Kolda et Vélingara.

Pour les besoins de l'étude, les villages ont été répartis en trois catégories (Tableau 3.1):

- **Villages du groupe A** : Ce sont les villages qui ont bénéficié d'un programme Tostan avant 2000 et qui ont fait une déclaration publique d'abandon de l'excision ;
- **Villages du groupe B** : Ce sont les villages qui ont été associés à une déclaration publique avant 2000 sans avoir bénéficié directement du programme de Tostan. L'équipe chargée de l'enquête n'a pas pu trouver de villages de la catégorie B dans les régions de Thiès et Fatick. Elle les a trouvés uniquement dans la région de Kolda.
- **Villages du groupe C** : C'est le groupe de villages dits témoins. Ce groupe est composé de villages qui pratiquent l'excision mais qui, en principe, n'ont pas été soumis directement ou indirectement à l'influence de Tostan ou à des déclarations publiques. L'équipe chargée de l'enquête n'a pas pu trouver de villages de la catégorie C dans les départements de Thiès et de Mbour. Elle les a donc repérés dans le département voisin de Fatick.

Comme le montre le tableau 3.1, l'enquête a été menée dans :

- 21 villages de **type A** ;
- 7 villages de **type B** ;
- 25 villages de **type C**.

Tableau 3.1 : Répartition des villages soumis à l'enquête par type et par région, EIT Sénégal 2006.

Région	Types de villages			Ensemble
	A	B	C	
Thiès	6	0	0	6
Fatick	5	0	8	13
Kolda	10	7	17	34
Ensemble	21	7	25	53

On constate en définitive, que les villages de type B sont très peu représentés dans l'échantillon (7 au total sur les 53) et localisés seulement dans la région de Kolda.

3.1.2 Échantillonnage et dénombrement des ménages

L'enquête porte sur un échantillon de femmes âgées de 15 à 49 ans dans les zones rurales pratiquant l'excision. Dans la région de Thiès, avec un taux d'excision régional à seulement 7 %, on trouve relativement peu de villages qui pratiquent l'excision, tandis que dans la région de Kolda, avec un taux d'excision de 94 %, presque tous les villages la pratiquent. Au total, on a cherché à interroger 600 ménages (à raison de 200 dans chaque catégorie de villages) et environ 900 femmes de 15-49 ans.

La taille des villages et des grappes indiquées ici sont des estimations à partir de sources diverses plus ou moins anciennes. Il est donc possible que la réalité actuelle du terrain soit bien différente. On a donc retenu l'option consistant à dénombrer des ménages dans les grappes échantillons avant le tirage des ménages de:

- 21 villages de **type A**, ou 15 grappes ;
- 7 villages de **type B** ;
- 25 villages de **type C**, soit 8 villages (ou 5 grappes) à Fatick et 17 villages (ou 5 grappes) à Kolda.

3.1.3 Questionnaires

Les questionnaires préparés pour l'EDS-IV de 2005 du Sénégal sont les instruments de base de cette enquête d'évaluation. Des changements jugés nécessaires ont été apportés aux questionnaires de base pour les adapter aux objectifs spécifiques de la recherche, tout en sauvegardant la comparabilité avec les résultats de l'EDS-IV.

Deux questionnaires ont été utilisés au cours de l'enquête : un questionnaire pour le ménage et un questionnaire individuel pour les femmes de 15-49 ans.

Le **questionnaire pour le ménage** permet de dresser la liste de tous les membres des ménages, de collecter des informations sur leurs caractéristiques sociodémographiques de base et sur les caractéristiques des logements. Les principales informations réunies portent ainsi sur l'âge, le sexe, la déclaration des enfants de moins de 5 ans à l'état civil, le niveau d'instruction des personnes de 5 ans ou plus, la fréquentation scolaire des personnes de 5 à 24 ans, l'accès à l'eau potable, le type de toilettes, l'évacuation des ordures ménagères, le nombre de pièces pour dormir dans le ménage, le lavage des mains et la disponibilité de moustiquaires. Le questionnaire pour le ménage permet également d'identifier les femmes éligibles pour l'enquête individuelle.

Le **questionnaire individuel femme** comporte sept sections traitant des sujets suivants : caractéristiques sociodémographiques de l'enquêtée ; son histoire de reproduction, de contraception et de grossesse ; vaccination et santé des enfants ; mariage et activité sexuelle ; excision ; connaissance du programme de Tostan et des déclarations publiques.

3.1.4 Collecte et saisie des données

Le travail de collecte des données sur le terrain a été effectué par des anciens agents ayant participé à l'EDS-IV 2005. La collecte a duré un mois du 20 février au 16 mars 2006. Quatre opératrices de saisie ont été sélectionnées pour les travaux de saisie pour une période d'un mois. Elles ont suivi une formation de mise à niveau de trois jours pour se familiariser avec les questionnaires de l'enquête. La saisie et le traitement des données ont été effectués en utilisant le logiciel CPro (Census and Survey Processing System) développé par le programme EDS+ et le Bureau of Census des États-Unis. Ces opérations comportent notamment la vérification et la saisie des données, et l'édition des données.

3.2 Volet qualitatif

L'approche qualitative est basée sur l'analyse des réponses aux questions de recherche visant une compréhension des effets qui concernent la participation du village au programme de Tostan, l'organisation des déclarations publiques, le suivi après une DP, et la pratique du mariage précoce et de l'excision, selon les sources d'information, dans les différents villages.

3.2.1 Échantillonnage

Villages soumis à l'étude

Le choix des villages pour l'enquête qualitative a été basé sur le choix des villages échantillons ciblés par l'enquête quantitative. Au départ, 16 villages avaient été ciblés pour l'enquête, répartis en deux sous-groupes de villages du type A et B dans les régions concernées.

- **Les villages du type (A)** qui ont bénéficié du programme de Tostan et qui ont fait une DP durant la période de référence indiquée ;
- **Les villages du type (B)** qui, sans avoir bénéficié du programme de Tostan, ont participé à une DP d'abandon de l'excision pendant la même période.

Dans la zone de Thiès et Fatick, une contrainte de taille est apparue dans le choix de ces villages, notamment liée à l'absence de village du type B dans cette zone, où l'ensemble des villages a à la fois reçu le programme de Tostan et participé à une DP d'abandon de l'excision. De ce fait, seuls quatre (4) villages du type A y ont été soumis à l'enquête dans le cadre de cette évaluation.

Concernant la région de Kolda, les informations trouvées sur le terrain indiquent que certains villages qui ont été choisis comme appartenant au type B ont également reçu le programme de Tostan à la suite de la période de référence définie dans cette étude. Au total, douze (12) villages ont été soumis à l'enquête dans cette étude, dont 8 se trouvent dans la région de Kolda ; il s'agit de six villages de type A et deux villages de type B. Dans la localité de Thiès/Fatick, l'enquête a été menée dans quatre villages de type A.

3.2.2 Populations cibles

Le choix de la population cible dans les différents villages soumis à l'étude a d'abord été basé sur l'identification de sources d'informations susceptibles de répondre aux questions pour élaborer les portraits des villages. Ces personnes devaient aussi aider à identifier les autres membres de la communauté en suivant des critères de classification de la recherche : femmes ayant bénéficié du programme, femmes n'ayant pas bénéficié du programme, leaders hommes, jeunes et femmes, et autres personnes ayant été témoins de cette période tels que les agents administratifs de la santé ou de l'éducation.

Dans chaque village, des listes ont été dressées pour faciliter le choix des personnes à interroger. Le choix des leaders interrogés a reposé essentiellement sur la liste établie, au préalable, des leaders du village. Il s'agit du chef du village ou de son adjoint, de l'imam, du directeur de l'école du village, du/de la président(e) de comité/groupement, etc. En moyenne, trois (3) personnes dans cette catégorie ont été interrogées dans chaque village.

L'autre groupe cible est composé des femmes qui constituent la majorité de l'échantillon. Dans leur sélection au niveau des villages, ce sont les présidentes de groupements de femmes habituellement très engagées dans l'organisation et la vie du village qui ont aidé l'équipe de recherche à identifier les femmes. Dans chaque village, au moins 6 femmes ont été interrogées : trois femmes ayant participé au programme et trois qui ne l'ont pas fait.

Tableau 3.2 : Répartition de la population cible selon le type de village, EIT Sénégal 2006.

Types de village	Cibles				
	Femmes participantes	Femmes non participantes	Leaders	Facilitateurs	Autres informateurs
A	28	33	36	7	24
B	--	12	8	--	2
Ensemble	28	45	44	7	26

Nous devons reconnaître que le fait de réunir les témoignages des leaders hommes et femmes porte atteinte à l'objectivité. Ces personnes sont généralement la cible principale du programme de Tostan. Ils sont donc plus enclins à avoir une perception positive du programme.

Nous reconnaissons, ainsi, que dans nos discussions concernant la perception du programme, les connaissances acquises, et les effets du programme, l'image présentée pourrait être entachée d'un préjugé favorable.

3.2.3 Instruments de collecte et d'analyse

Quatre guides d'entretien ont été élaborés pour le recueil des informations auprès des groupes ciblés par l'enquête:

- Un guide pour dresser les portraits des villages ;
- Un guide pour les entretiens avec les femmes participantes et non participantes dans les deux types de villages de l'étude ;
- Un guide pour les entretiens avec les « leaders » au sein de ces villages ;
- Un guide pour les entretiens avec les facilitateurs qui ont permis le déroulement du programme de Tostan.

Formation des enquêteurs

Des sessions de formation ont été organisées durant le mois de février 2006 avec l'assistance du chercheur principal de Macro International Inc. A l'occasion, une mise à niveau sur la logique de l'évaluation a permis de présenter de manière sommaire le contenu du programme de Tostan et les objectifs de l'évaluation.

3.2.4 Collecte et saisie des données

La collecte s'est déroulée en plusieurs phases, entre février et mars 2006, où les entretiens ont été menés dans les douze villages de l'étude. Les membres de l'équipe de recherche qui ont participé à la transcription et à la saisie des données ont également utilisé le logiciel NUDIST pour la codification. Ils ont procédé à une analyse graduelle et transversale des données, procédant à un suivi des différentes évolutions survenues dans les villages, partant de l'acceptation de l'implantation et du déroulement du programme dans les villages jusqu'aux impacts, en passant par le processus de mobilisation communautaire vers une DP d'abandon de l'excision.

4 Processus d'implantation du programme de Tostan

4.1 Implantation du programme

La mise en œuvre du programme de Tostan dans les zones visitées découle d'une rencontre entre des acteurs de l'ONG Tostan et de l'UNICEF. Les activités initialement entreprises par Tostan dans la région de Thiès ont suscité un intérêt particulier de la part des responsables de l'UNICEF, intéressés à utiliser cette expérience et à la reproduire à Kolda.

L'implantation du programme dans les villages s'est faite en plusieurs étapes : la concertation, l'identification et la sélection des participants, et le déroulement du programme. En choisissant les villages qui pourraient bénéficier du programme, la démarche de Tostan a été participative, consistant à envoyer des émissaires issus du milieu et capables de discuter avec les populations des éléments du programme en vue de son implantation. Dans l'ensemble, un certain nombre de villages a adhéré au programme sur la base de ce procédé, à l'exception de quelques villages qui auraient directement formulé la demande à Tostan après avoir noté les changements qui s'opéraient là où le programme était en train de se dérouler.

D'autre part, les alliances matrimoniales, dans certaines communautés, ont également joué dans la dynamique d'implantation du programme. C'est le cas pour le village de Soudiane. La sœur de la présidente du groupement de femmes s'est mariée à Fadiaale (un autre village) qui a initialement bénéficié du programme et où elle a rejoint le domicile conjugal avec un rôle bien déterminé. *« Son rôle c'est d'assister à toutes les manifestations de Tostan et de revenir nous rendre compte de tout ce qui s'est dit »*. (Présidente Dahira, entretien individuel, 45 ans, mariée). En effet, les impressions de la sœur de la présidente du groupement de femmes sur le programme auraient largement suscité la demande. *« Lorsqu'elle a vu la manière dont les hommes et les femmes du village se mobilisaient à l'occasion d'événements, elle s'est débrouillée pour que le village de Soudiane fasse partie du programme. Ceci, parce qu'elle s'était rendue compte que les activités de Tostan et ce qu'ils veulent étaient conformes aux activités du village. C'est ainsi que Tostan est venu et nous a remis une lettre qui nous avait donné beaucoup de satisfaction »*.

En revanche, dans la sélection des villages, Tostan pose un certain nombre de conditions liées entre autres à l'engagement du village à prendre en charge le facilitateur, à dresser les listes des bénéficiaires, à construire un abri pour la classe. Certains facilitateurs ont

aussi demandé l'abandon de l'excision. En effet selon un facilitateur « *Oui, on leur demande s'ils acceptent d'abandonner l'excision. S'ils n'acceptent pas on va proposer le programme à un autre village. Dès qu'ils acceptent on commence la sensibilisation qui précède l'alphabétisation* ». Cependant, tous n'ont pas mentionné cette information. L'unanimité se fait surtout autour de la clause que pose Tostan quant à l'acceptation par le village de prendre en charge l'hébergement et la nourriture du facilitateur. C'est toute la dimension de l'approche participative adoptée par Tostan dans la mise en œuvre de son programme ; un fait exprimé par un autre facilitateur: « *Oui, il y avait des critères. Ils ont demandé au village "est-ce que vous pouvez avoir des auditeurs, première question. Deuxièmement, quand vous aurez des auditeurs, est-ce que vous prendrez en charge la nourriture et la couchette du facilitateur qui viendra ici, et la hutte?" ... C'est ça les conditions !* » (Facilitateur, agriculteur, marié).

En conclusion, il faut noter que l'on retient deux modèles d'implantation du programme. Le cas où Tostan fait le premier pas vers les villages, et il s'ensuit un long processus de négociation, et le cas où les populations elles-mêmes font appel au programme après avoir entendu des échos favorables, ou suite à une migration d'une personne connaissant le programme. Ces migrations sont souvent dues à des alliances matrimoniales.

La participation du village à la création des classes et la prise en charge des facilitateurs sont des conditions qui ne sont pas toujours faciles à accepter pour un village souvent très pauvre, ce qui explique les longues discussions. Pour certains villages avec lesquels des contacts ont été établis au cours d'une deuxième étape, tels que Diabougou, c'est principalement la question de l'excision, connue des populations comme un élément crucial du programme, sur laquelle les leaders se sont attardés avant d'accepter le programme. Mais les bénéfices que le programme apporte font probablement pencher la balance. Il faut aussi signaler la persistance des agents de Tostan, utilisant différentes stratégies de négociation, qui finissent par les convaincre.

4.2 Mise en œuvre du programme

De manière générale, selon les témoignages des personnes interrogées, les communautés ont contribué significativement à l'implantation et à la mise en œuvre effective du programme dans les villages. Leur participation s'est surtout manifestée au moment de l'aménagement de l'espace de travail autrement appelé la « classe », qu'il s'agisse d'un

« *tourdou* »² parfois aménagé sous l'arbre « *tabaki* » ou d'une hutte en paille relativement bien faite et pouvant protéger les participants contre certains aléas climatiques.

C'est à travers une dynamique participative impliquant les différentes parties que la classe a été créée. Tostan a fourni le matériel didactique ; les populations se sont occupées de l'aménagement. « *Ce sont nous les villageois qui avons construit la classe, mais c'est Tostan qui a amené tout le matériel, même les cahiers, bics, crayons, etc. Mais le lieu de travail ce sont les villageois qui doivent choisir cela. C'est comme un financement. Tostan amène sa part et le village participe* ». (Président du groupement des jeunes, agriculteur, marié).

Au niveau communautaire, les responsabilités concernant les prises de décisions sont largement partagées et suivent une certaine hiérarchie. Ainsi, outre l'autorisation du chef du village de créer une salle de classe, le choix même de son emplacement relève de son entière responsabilité. Le chef d'un village considère que cette décision lui incombe à lui et non pas à Tostan. Il exprime son opinion en ces termes « *Ah non, ce n'est pas Tostan ! C'est le chef du village. Tostan ne peut pas comme ça choisir un emplacement, c'est une prérogative du chef du village* ». D'une part, ces propos traduisent l'expression d'une certaine quête d'autorité et, d'autre part, donnent un aperçu du rôle dévolu aux leaders dans les prises de décisions collectives. Un directeur d'école confirme ce fait en ces termes : « *nous sommes dans un territoire où rien ne se fait sans l'avis des notables qui détiennent le pouvoir décisionnaire traditionnel* ».

Ainsi on constate une mobilisation collective autour du déroulement du programme, pour lequel « *tous ont travaillé, comme un seul homme, et se sont employés à aider Tostan pour que les cours ne rencontrent aucune difficulté et que les participants n'aient aucun problème entre eux.* » (Chef du village, 56 ans, agriculteur, marié).

Certes des obstacles n'ont pas manqué de surgir, mais « *le constat d'ensemble reste un soutien efficient de l'ensemble de la communauté pour une bonne marche du programme. Même les notables apportaient leur soutien au même titre que les responsables du village. Le chef du village s'est particulièrement distingué dans son appui constant pour que le programme ne connaisse aucun problème* », nous a confié un directeur d'école.

Par contre, pendant les cours, la population n'a pas fait preuve de beaucoup d'assiduité.

² Espace aménagé à l'air libre sans clôture.

Elle a bien perçu l'utilité du programme, mais il s'est trouvé en concurrence avec les contraintes de la survie quotidienne, ce qui explique le manque d'assiduité des participants. Les travaux domestiques, pour nombre de femmes, expliquent pourquoi elles n'ont pas suivi les cours régulièrement. Comme en témoigne une femme à Médina Chérif : *« Oui, toutes les personnes inscrites avaient participé à la formation. Mais, tout le monde n'avait pas fini le programme car on a noté des abandons au cours de la formation et des absences de certains, parfois. Ceci s'expliquait par le fait que certains n'accordaient pas beaucoup de sérieux à la formation sous prétexte qu'ils ne voyaient pas l'importance de cette alphabétisation au niveau social, c'est à dire la satisfaction concrète de leurs besoins de vécu au quotidien ; d'autres justifiaient leur absence par la lourdeur des tâches domestiques qui occupaient tout leur temps et quelquefois elles étaient obligées de fuir les cours pour pouvoir se reposer ou faire certains travaux. »* (Participante, membre du groupement des femmes).

Cependant une frange de bénéficiaires était décidée à suivre tout le programme. Ces dernières étaient disposées à acquérir des connaissances tout en connaissant les limites du programme en termes d'emploi. Chez ces femmes, on pouvait voir un sentiment de satisfaction. *« J'ai bien planifié mes activités journalières afin de pouvoir intégrer la formation dans le programme quotidien. C'était pour moi un défi à relever et j'avais envie de suivre cette formation même si après je ne parvenais pas à m'en servir pour obtenir un emploi. Mon objectif était d'acquérir des connaissances afin de mieux pouvoir entretenir ma famille, mes enfants et mon foyer de façon générale. »* (Participante).

En conclusion on peut dire que dans la plupart des villages, la participation des communautés à la mise en œuvre du programme est importante. Une mobilisation s'organise autour de cette « nouveauté ». Chaque partie apporte sa contribution au processus. Cependant, après le début des cours, l'enthousiasme retombe et les absences et abandons sont de plus en plus fréquents. Le poids des obligations ménagères, l'absence de retombées financières et les obligations quotidiennes de survie économique, découragent certaines volontaires à continuer à participer aux cours. Certes, les femmes très motivées continuent à participer aux cours avec assiduité. Il faut néanmoins noter que dans deux villages de Kolda, la mise en œuvre du programme s'est avérée difficile. Dans l'un des villages, le problème s'explique par un antagonisme très ancien entre deux chefs de village, et, dans l'autre cas, aux agissements d'un leader. Cependant, dans le premier village, le programme a finalement pu avoir lieu, malgré les réticences du chef de village.

5 Connaissance de Tostan et de son programme

Les sujets traités dans ce chapitre devraient contribuer à apporter des éléments de réponse à certaines questions importantes concernant le niveau de popularité de l'ONG et ce que les populations ont retenu ou retiré de la présence de Tostan dans leur village. En particulier, on essaiera de répondre aux questions suivantes :

- Quels sont les niveaux de connaissance de Tostan et de ses activités dans les villages soumis à l'enquête ?
- Quels sont les efforts entrepris dans le village après la déclaration publique pour suivre l'évolution de la pratique de l'excision et du mariage précoce ?
- Quels sont les effets de la participation du village à une DP, et qui perdurent 4 à 5 ans plus tard ?
- Quels sont les efforts entrepris dans le village après la déclaration publique pour suivre l'évolution de la pratique de l'excision et du mariage précoce ?
- À quelles activités initiées par Tostan dans le village les femmes ont-elles participé et quel bénéfice en ont-elles tiré ?

5.1 Connaissance de Tostan et de son programme

Le Tableau 5.1 décrit les résultats concernant le niveau de connaissance de Tostan. Sont considérées comme connaissant Tostan les femmes ayant déclaré spontanément connaître l'ONG ou en avoir entendu parler d'une façon ou d'une autre. Résultat surprenant, la proportion de femmes connaissant Tostan est plus élevée dans les villages du type B (92 %), où Tostan n'est jamais intervenue, que dans les villages du type A (82 %). Parmi les habitants des villages du type C, la proportion des femmes qui connaissent Tostan est de 40 %.

Dans les villages du groupe C, qui devraient être en dehors du champ d'influence de Tostan, la connaissance de Tostan devrait être faible, voire marginale. Le pourcentage élevé de femmes qui ont déclaré connaître Tostan dans le groupe C s'explique par l'action des femmes de la communauté rurale de Némataba (arrondissement de Kounkané, département de Vélingara, région de Kolda). En réalité, ces villages de Némataba ont de fortes chances de

connaître Tostan³ en raison des émissions radiophoniques auxquelles ils ont accès, émissions qui auraient même permis d'étoffer le contenu du programme en encourageant les débats sur les sujets présentés pendant les sessions de formation.

Ce résultat concorde avec les informations recueillies sur les modes de transmission des informations sur l'existence de Tostan (voir Tableau 5.1). En effet, dans les groupes B et C, la radio constitue la principale source d'information concernant Tostan ; 50 % des femmes du groupe B et 70 % des femmes du groupe C qui connaissaient Tostan, ont cité la radio comme source d'information. Dans les villages de type A, le mode de transmission de l'information le plus répandu est celui de la modalité « habitants du même village », avec 39 % des cas. La radio et l'agent de Tostan sont également présents dans les villages du type A, avec 25 % pour la radio et 26 % pour l'agent de Tostan. Comme canal d'information, la télévision n'est que faiblement représentée dans tous les types de village. Les proportions relatives aux autres modes de transmission de l'information sont très faibles quel que soit le type de village.

Tableau 5.1 : Connaissance de Tostan

Pourcentage de femmes ayant déclaré connaître Tostan par type de village et mode de transmission de l'information, EIT Sénégal 2006.

	Type de villages			Total
	A	B	C	
Connaît Tostan				
Pourcentage	82,2	92,4	39,9	68,8
Effectifs de femmes interrogées	629	118	386	1133
Transmission de l'information				
Habitant du même village	38,9	20,2	10,4	30,6
Habitant d'un autre village	8,3	25,7	12,3	11,5
Radio	24,6	49,5	69,5	36,9
Télévision	0,8	-	5,2	1,5

³ Le choix de ces villages comme témoins a pourtant été dicté par le fait que, selon les informations fournies par Tostan à l'époque, ces villages échappaient à l'influence de son programme.

Transmission de l'information (suite)	Type de villages			Total
	A	B	C	
Agents de Tostan	26,3	4,6	1,3	18,3
Personnel de santé	0,6	--	0,6	0,5
Agents relais	0,2	--	0,6	0,3
Affiches/panneaux/journaux	0,4	--	--	0,3
Autre	38,9	20,2	10,4	30,6
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectifs de femmes ayant déclaré connaître Tostan	517	109	154	780

5.2 Type d'activités menées par Tostan dans le village

Le Tableau 5.2 indique le pourcentage de femmes ayant déclaré que Tostan intervient dans le village et le pourcentage de femmes ayant déclaré que Tostan mène certaines activités dans le village. C'est dans un village de type A que l'on a enregistré la proportion la plus élevée (75 %) de femmes ayant déclaré que Tostan intervenait dans leur village, soit un village identifié au départ comme bénéficiant d'un programme de Tostan. Cependant, 14 % du groupe B et 4 % du groupe C ont également affirmé que Tostan intervenait dans leur village. Selon toutes nos informations, Tostan n'est jamais intervenu dans les villages du type B ou C.

Tableau 5.2 : Intervention de Tostan dans le village

Pourcentage de femmes ayant déclaré que Tostan intervenait dans le village, EIT Sénégal 2006.

Tostan a mené des activités dans le village	Type de villages			Ensemble
	A	B	C	
Oui	74,5	13,8	3,9	52,1
Non	11,4	72,5	79,9	33,5
Ne sait pas, pas sûre	14,1	13,8	16,2	14,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectifs de femmes	517	109	154	780

En ce qui concerne le genre d'activités menées, on constate que les villages A sont pratiquement les seuls concernés. Les activités menées portent essentiellement sur l'alphabétisation (50 %), l'éducation en faveur de l'abandon de l'excision (46 %), l'hygiène (22 %), les activités rémunératrices (19 %), et la santé de la femme et de l'enfant (13 %). Les activités relatives aux droits de l'homme sont faiblement représentées, avec seulement 6 % des cas, en dépit de l'importance de ce thème dans la publicité de Tostan.

5.3 Femmes ayant participé aux activités de Tostan dans le village

Les résultats portant sur le pourcentage de femmes ayant personnellement participé à une activité de Tostan parmi celles ayant déclaré que Tostan mène une activité dans leur village ne sont significatifs que dans le groupe A, en raison des effectifs très faibles dans les autres groupes de villages (B et C). La proportion de femmes ayant participé à des activités de Tostan dans ces villages du type A (N=629) est de 46 %.

Les principales activités auxquelles les femmes ont déclaré avoir personnellement participé concernent l'éducation en faveur de l'abandon de l'excision (22 %), l'alphabétisation (22 %), les comportements en matière d'hygiène (11 %), les activités rémunératrices (9 %), la santé de la femme et de l'enfant, et les droits de l'homme (5 %). On ne voit pas trop où placer les discussions concernant le mariage précoce dans ces catégories de sujets, mais elles ont probablement été intégrées aux discussions sur la santé de la femme et les droits de l'homme.

Au cours de l'enquête, on a demandé aux femmes de dire dans quel domaine elles ont tiré profit de la présence de Tostan. Comme on pourrait s'y attendre, les sujets et le niveau d'importance suivent les principales activités de Tostan dans le village. Les principales activités dont les femmes ont déclaré avoir tiré profit sont encore l'éducation en faveur de l'abandon de l'excision (22 %), l'alphabétisation (16 %), les comportements en matière d'hygiène (13 %), la santé de la mère et de l'enfant (8 %) et les activités rémunératrices (8 %).

5.4 Connaissances acquises selon les femmes

Dans le volet qualitatif, les femmes des villages A ont été invitées à parler de ce qu'elles avaient appris grâce aux cours de Tostan. Dans ces témoignages, on note une correspondance entre les réponses au questionnaire et les réponses de ces femmes.

Les connaissances acquises portent essentiellement sur des aspects de la vie courante, notamment liés au « *set setal* (hygiène)», aux vertus du « *jarum xetalli* (RO)», sur l'apprentissage du calcul, par exemple, dont l'utilisation contribue de manière significative à la dynamique de changement des comportements. « *Ce qu'on peut dire aujourd'hui, c'est que Tostan nous a appris beaucoup de choses et si quelqu'un vous dit le contraire, c'est qu'il fantasme ! Tostan nous a appris aujourd'hui comment entretenir l'hygiène et la propreté de nos enfants, de notre foyer et de nous même, mais aussi sur la propreté et l'hygiène de nos aliments. On a appris aussi comment vivre en harmonie avec notre époux, les comportements que l'on doit adopter envers notre prochain et les relations qui doivent régner entre voisins de la même localité et des autres villages. On sait aujourd'hui quel comportement adopter lorsque notre enfant est malade, ce qu'il faut faire pour le soigner, etc. En plus, nous savons aujourd'hui lire et écrire mais aussi calculer dans notre langue nationale qu'est le peulh ...* » (Participante, 40 ans).

Une autre facette des connaissances acquises a trait à la santé en général et à la santé de la reproduction en particulier, un domaine auquel les femmes dans ces zones ont aujourd'hui accès. Les données fournies témoignent de l'intérêt que revêt le programme pour elles et les avantages qu'elles en ont tiré, comme en atteste cette femme du village : « *sur le plan de la maternité par exemple, les connaissances acquises grâce au programme de Tostan sont extrêmement importantes pour moi. Dans le passé, nous n'accordions pas de l'importance aux consultations prénatales. Ce changement de comportement a considérablement amélioré la santé des femmes dans notre village.* » (Femme non participante, agricultrice, mariée, 45 ans).

Dorénavant, les femmes sont en mesure de suivre le cycle de leur grossesse grâce aux leçons apprises avec le programme de Tostan ; voici ce qu'en dit une femme de Malicounda : « *Je connais mieux tout ce qui touche à ma santé, j'y ai découvert la durée de la grossesse, avant je polémiquais souvent à ce propos. Lorsqu'on parlait souvent de 280 jours, je me demandais souvent si c'était vrai ou pas mais, c'est avec le module 7 que j'ai su que c'était vrai.* »

D'un autre côté, les changements intervenus à la suite du programme sont aussi perceptibles à travers la connaissance que les femmes ont du rôle qu'elles devraient jouer dans la communauté. D'une certaine manière, le programme de Tostan aura favorisé une révision du statut de ces femmes, elles-mêmes convaincues de pouvoir suppléer l'homme dans les positions qui lui étaient jadis dévolues. C'est ce qu'exprime cette participante de Goundaga. « *Oui, nous savons maintenant que les femmes doivent décider, aider à l'orientation, prendre*

part à la prise des grandes décisions concernant le développement socio-économique de la contrée au même titre que les hommes. Aujourd'hui, nous sommes persuadées que tout ce que l'homme fait, la femme est capable de le faire aussi bien voire mieux que l'homme, car nous avons des capacités et des aptitudes à prévaloir. Pourquoi pas une femme chef de village ? »

Le programme semble avoir aussi favorisé une « culture de l'hygiène » dans les villages. Le réflexe de se tenir propre ou de nettoyer précéderait depuis lors toute action, comme l'indiquent les propos de cette femme « ... *c'est grâce à eux qu'on a acquis beaucoup de connaissances dans plusieurs domaines : le maraîchage, l'alphabétisation, le set setal, la santé de nos enfants... nous-mêmes, ça nous a changés, parce qu'on ne s'occupait pas de nos maisons, ni de nos enfants. On n'avait même pas le temps de nous laver parce qu'on était tout le temps en brousse. Mais depuis que Tostan est venu dans notre village, on a constaté de grands changements ; tout ce qu'on ignorait avant, Tostan nous l'a fait connaître* ».

Les connaissances acquises par rapport aux notions de base en arithmétique se révèlent être un atout de taille notamment pour les femmes qui ont une activité rémunératrice. Une participante de Malicounda partage son expérience : « ... *pour ça je ne suis pas très douée (rires). Mais si aujourd'hui quelqu'un me doit de l'argent, même si je ne peux pas écrire tout le nom, je peux écrire le début, je peux aussi écrire la somme. Quand je vais également acheter de la marchandise, tout ce qu'on me donne, je peux l'écrire* ».

Il serait très étonnant que les participantes, dont les effectifs varient de 15 à 25 par village, ne témoignent pas dans ce sens et c'est ce qu'elles ont fait. Cependant, l'accumulation de ces connaissances ne serait pas seulement l'apanage des participantes, d'autres femmes qui n'ont pas suivi le programme en ont tiré parti, à l'instar de cette femme de Saré Waly : « *Aujourd'hui, même les visites prénatales et les vaccinations des enfants sont réelles dans ce village, contrairement à ce que l'on remarquait avant l'arrivée de Tostan où les femmes n'accordaient pas beaucoup d'importance à ces problèmes. On sait aussi comment lutter contre la propagation du paludisme* ».

Ainsi, la communication sociale qui a accompagné l'initiative de Tostan a porté ses fruits, justifiant l'objectif de la stratégie « Ndeye Dikké (adoption d'une amie) » qui a permis la diffusion, à l'échelle communautaire, des connaissances acquises dans la classe.

Néanmoins, dans un autre village, où le programme a connu des difficultés, les femmes ont regretté que le programme n'ait pas pu être achevé comme en témoigne cette participante

de Saré Demba Modou : « *Au sein du village, la formation n'a pas duré car on a appris que quelques moments et il y a eu arrêt de la formation et j'en ignore la raison. Franchement, pour dire vrai au nom de Dieu car étant croyante, nous n'avons pas acquis de connaissances lors de cette formation. Je ne pourrais vous dire que j'ai maîtrisé un seul point ou module de cette formation. En réalité nous n'avons rien acquis comme connaissance lors de cette formation. Aujourd'hui, personne ne peut vous dire qu'il sait lire ou écrire, voire calculer avec cette formation qui, en réalité, n'a pas duré pour avoir l'effet attendu* ». Cependant une autre femme dit le contraire « *... ce qu'ils nous ont appris, c'est de cultiver la paix, la solidarité et l'unité pour toujours* ».

5.5 La mise en œuvre des connaissances : initiatives collectives

Diverses actions menées au niveau des villages ont accompagné le programme de Tostan pendant sa mise en œuvre et par la suite. A travers son initiative, Tostan aura contribué à créer dans les villages des instances de coordination communément appelées « comité », dont les missions ont varié en fonction des centres d'intérêt et notamment des composantes du programme.

D'une part, ces comités ont été créés dans nombre de villages à l'issue du programme. Ils ne sont toutefois pas une source d'actions collectives profitables pour les populations à la recherche de moyens de subsistance. Néanmoins, leur existence au sein des villages « *revêt une grande utilité car même si « addani kaaliss, addi ganndal » [même si elle ne nous a pas apporté de l'argent, elle nous a inculqué des connaissances]* ». (Non participante, mariée, 45 ans, agricultrice).

Dans la capitalisation de ces connaissances, diverses actions axées pour l'essentiel sur le contenu du programme ont été menées dans les villages. En partie, ces actions s'articulent autour d'activités de nettoyage entreprises à certains endroits et de manière périodique, exigeant à l'occasion un investissement collectif comme l'indique cette participante de Goundaga : « *... chaque fois que le besoin est, nous faisons des activités de set-setal pour rendre propre le village et ses milieux environnants* ». A l'occasion, s'y ajoutent « *des activités de sensibilisation sur des thèmes ayant trait à la santé reproductive, à la propreté et à l'hygiène pour conscientiser les populations sur ces aspects importants pour l'amélioration du vécu quotidien des populations.* » (Participante, mariée, 30 ans, trésorière du groupement des femmes).

Il faut aussi noter que ces activités existaient déjà dans certains villages, mais le programme a permis de les renforcer. C'est ce que révèle cette participante de Malicounda : « *Il y a ici des choses qui ont existé avant Tostan comme le dispensaire. ... Je peux dire qu'il nous a donné de la hardiesse car avant l'arrivée de Tostan tout ce que je viens de dire existait ici dans le village. Nous tenions des réunions et échangeons des idées. Nous faisons des causeries de sensibilisation sur la santé. Tostan n'a fait que nous donner de la détermination pour amplifier ce que nous faisons.* » (Participante, mariée, 44 ans, monitrice).

Par ailleurs, les initiatives sont aussi axées sur le développement de petites activités rémunératrices, qui contribueraient à l'amélioration des cadres de vie au sein des villages. Là dessus, une femme non participante à Keur Simbara fait cette confidence sur les capacités de gestion que le programme a développées chez les participantes : « *... avant, les femmes n'avaient rien, elles n'avaient que ce que leur donnait leur mari. Or aujourd'hui quand on leur remet de l'argent, elles achètent de la marchandise pour la revendre. Quand elles s'en sortent bien, elles achètent leurs chaises, leurs armoires, des draps et des rideaux. Elles achètent tout. Donc tu vois que les activités sont importantes.* » (Non participante, veuve, 70 ans, sage-femme).

Un certain nombre d'initiatives au sein des villages mettent l'accent sur la scolarisation des filles mais aussi sur l'action d'autres types de programmes de développement : « *Pour les parents, la scolarisation des filles n'était pas importante. Mais, depuis cette Déclaration, c'est devenu une affaire essentielle. D'ailleurs, il y a une voiture à l'approche de chaque nouvelle année, qui fait le tour des villages pour annoncer aux parents que les inscriptions s'approchent et qu'il faut laisser les enfants aller à l'école. Et aussi dire à la fille qui voudrait aller à l'école, de se rendre personnellement auprès des autorités de l'éducation pour s'inscrire.* » (Non participante, 30 ans, trésorière du groupement des femmes).

Il faut cependant noter que les populations ont demandé à Tostan d'organiser des activités visant à améliorer leur environnement. En effet le programme contribue à faire progresser une demande en services de base que l'ONG ne peut pas toujours satisfaire. D'un village à un autre, ces demandes varient, allant de la décortiqueuse au moulin, en passant par l'aménagement de forage et de toilettes. C'est la demande que le village de Soudiane a faite à Tostan, qui se justifie à travers les propos suivants : « *On organisait des veillées religieuses « gamous » dans la nuit du dimanche, et le samedi déjà les invités sont là ; quand quelqu'un veut aller aux toilettes, il devait aller en brousse et parfois, tu voyais des gens sans vergogne qui s'accroupissaient au vu de tout le monde. On s'est dit que ça ce n'est pas bon. Quand*

Tostan est venu et qu'ils nous ont demandé ce qu'on voulait, notre première doléance a été de demander qu'on nous construise des toilettes. Depuis qu'on a des toilettes, on n'a plus de problèmes ; quand les gens viennent, tu laves bien proprement et tu laisses une bouilloire remplie d'eau. » (Participante).

Ainsi, il existe dans les villages une volonté manifeste d'utiliser les connaissances accumulées dans le cadre du programme de Tostan. Par contre, le manque d'infrastructures ou de ressources humaines dans certains villages constitue un frein à la mise en pratique des connaissances acquises. Une interlocutrice à Médina Chérif en dit plus : « ... *La case de santé n'est pas fonctionnelle du fait de l'insuffisance de personnel qualifié car j'étais la seule à y travailler et je ne pouvais répondre à tous les besoins des populations en matière de soins de santé. Aujourd'hui, seuls les maux de tête, les injections et les plaies sont assurés par cette structure.* » (Participante, membre du groupement des femmes, mariée, 40 ans, sage-femme)

Un des objectifs du volet qualitatif de cette étude était de « vérifier si l'intervention a permis dans les différents villages la formation de groupes sociaux organisés pour le bien-être de la communauté » et de « décrire la composition de ces groupes... » Lors de l'évaluation, l'observation n'a pas permis de réellement trouver d'autres types de comités fonctionnels à part ceux ayant trait à l'hygiène. Selon les informations reçues, ce n'est pas par manque d'organisation ou de volonté, mais ces comités sont jugés inutiles en raison d'un certain engagement collectif dans les villages à appliquer les décisions prises quant à l'abandon du « *aada* » par exemple, entre autres pratiques, comme l'explique une participante, « *il n'existe pas de comité de vigilance au sein du village, car nous n'avons pas trouvé nécessaire de le mettre en place, d'autant plus que nous sommes convaincus de la volonté de tout un chacun à abandonner ces pratiques jugées néfastes pour la santé et le bien-être des populations que nous sommes. Aujourd'hui toutes les composantes de la communauté que ce soit au plan ethnique, sociale ou autre sont d'accord sur le principe qu'il faut abandonner à tout prix ces mauvaises pratiques.* »

En conclusion, on peut dire que le programme a renforcé les connaissances de la majorité des femmes interrogées, qui ont une plus grande maîtrise des informations sur la santé et l'hygiène. Nous ne savons pas dans quelle mesure le programme a renforcé les connaissances et pratiques de toutes les femmes, mais il existe maintenant un noyau de femmes ayant de nouvelles connaissances dans beaucoup de ces villages. Le programme leur a aussi donné confiance en leurs propres capacités et il a renforcé leurs aspirations à un leadership. L'hygiène et la santé sont les domaines où les connaissances acquises se sont

manifestées très rapidement. L'utilisation des connaissances en alphabétisation et en calcul a permis aux femmes d'acquérir de meilleures capacités de gestion. Ces comportements ont même touché certaines femmes n'ayant pas fréquenté les cours, mais qui vivent dans le village. Ces dernières suivent le mouvement vers un meilleur comportement hygiénique et sanitaire.

Cependant, le programme n'a pas réussi à s'implanter et à atteindre ses objectifs dans la totalité des villages. Deux villages visités ont eu des problèmes, ce qui n'a pas permis aux femmes d'acquérir autant de connaissances que dans les autres villages. Le programme a eu pour effet d'améliorer la communication au sein des familles et dans le village.

Il faut signaler que même quand la volonté de mettre les connaissances en application existe, les populations sont confrontées à un manque d'infrastructures de base. En effet, le manque d'eau potable, de latrines, de cases de santé ou de personnel de santé, limite la bonne application des comportements théoriques acquis grâce au programme. Cette situation se concrétise par une forte demande des populations concernant les infrastructures de base, présentée à une ONG qui au départ avait pour mission d'apporter des connaissances et d'induire des comportements sains. L'ONG a parfois pu répondre à cette demande grâce à des financements additionnels, mais les cas sont rares. Il faut aussi signaler l'absence de suivi qui peut limiter la capitalisation des connaissances acquises et entraîner quelques déperditions. Les comités qui ont pu être mis en place lors du déroulement du programme n'existent souvent plus. Seules les actions du comité d'hygiène sont encore visibles.

6 Les déclarations publiques

L'adoption de déclarations publiques (DP) dans les zones de l'étude a été l'apanage des villages de Médina Chérif, Malicounda et Diabougou. Dans le processus de mise en œuvre du programme de Tostan, les DP sont intervenues comme un complément du renforcement des capacités des populations. Ces DP revêtent un caractère solennel, engageant les communautés à renoncer en public à toutes formes de pratiques jugées néfastes, notamment celle de l'excision et du mariage précoce.

6.1 Initiation de la déclaration publique et adhésion au processus

Généralement, on considère que les déclarations publiques sont le résultat logique d'un processus de prise de conscience des inconvénients et effets néfastes de la pratique de l'excision chez les femmes ayant participé aux classes d'alphabétisation et ayant donc reçu des enseignements sur leur propres droits et sur la santé de la reproduction. Les informations recueillies montrent que la stratégie a initialement été suggérée par Tostan et ensuite mise en œuvre par les femmes de la classe de Malicounda. *«Tostan est venu ici un jour et nous a dit "vous devriez organiser un programme", nous lui avons répondu "quel programme" ? Tostan a répondu "vous devriez faire connaître à tout le village ce que vous êtes en train d'apprendre. On pourra inviter des notables et des journalistes pour discuter ici. »* (Participante). C'est ainsi que des démarches de concertation ont été entreprises par la classe de femmes : *« tout le monde était au courant. On avait dit ça aux notables et ils étaient d'accord ; on avait dit ça à l'imam et il était d'accord, de même que le chef du village. On a été chez le chef du village, lui-même est venu nous trouver à la classe ; Quand on jouait la pièce il l'a vue, donc il est évident qu'on n'a pas été toutes seules dans cette décision. »* (Présidente du groupement des femmes)

Une autre informatrice met aussi l'accent sur cette large consultation avec les leaders, y compris le responsable religieux : *«donc quand nous avons discuté avec le chef de village, il nous a fait comprendre que nous sommes natives de ce village et qu'il ne peut pas s'opposer à une initiative qui va dans le sens de la santé. Ensuite nous sommes allées voir l'imam pour lui demander si ça [l'abandon de l'excision] ne compromet pas notre pratique religieuse, et il nous a fait comprendre que ça ne pouvait compromettre en rien notre pratique religieuse. Le problème c'est qu'on ne pouvait pas rencontrer tout le monde dans le village. »* (Participante, 44 ans).

La DP de Malicounda Bambara était une déclaration faite par la classe et non par le village; c'est d'ailleurs la raison pour laquelle les femmes ont rencontré d'énormes difficultés par la suite, en termes de critiques, d'opposition, de menaces et d'insultes, selon les témoignages des femmes. Une analyse historique des informations, fait ressortir que les femmes n'avaient pas l'intention de faire une telle publicité autour de leur démarche. Le problème qui s'est posé, « *c'est que les journalistes ont mal interprété nos paroles en y ajoutant des choses qu'on n'avait pas dites, tout le monde s'est retiré, plus personne ne nous soutenait. Les gens disaient du n'importe quoi : 'les femmes bambara se sont vendues. Si elles ont décidé d'abandonner, c'est parce qu'on leur a donné de l'argent'. Alors que rien de cela n'était vrai, nous n'avons rien reçu comme argent [avec un ton douloureux]. C'est seulement parce qu'on avait appris nos droits et la santé de la femme que tout s'est déclenché et qu'on a décidé d'abandonner.* » (Vice-présidente du groupement des femmes)

Par ailleurs, certaines sources d'information, et notamment des participantes qui ont été au cœur de l'événement, ont éprouvé le sentiment d'avoir été « trompées » par l'ONG à qui il est reproché d'avoir disparu quand elle a obtenu ce qu'elle voulait. Les femmes ont le sentiment que par rapport à ce qu'elles ont osé faire pour la première fois au Sénégal, elles n'ont pas été assez récompensées. Et c'est pour cette raison d'ailleurs que certaines animatrices ont affirmé qu'elles ne pouvaient continuer à s'activer dans les comités de vigilance contre l'excision, car cela demandait du temps et constituait donc une occasion manquée de gagner de l'argent pour la famille, alors qu'elles n'avaient reçu aucune contrepartie de Tostan.

6.2 Organisation des déclarations publiques

Pour les villages organisateurs de la DP de Malicounda et Diabougou, les informations recueillies montrent le rôle important que Tostan a joué dans le premier village, ainsi que celui d'un leader du village de Keur Simbara pour la deuxième DP. En effet la DP de Diabougou a eu une double influence. Le leader de Keur Simbara ne voulait pas promouvoir l'abandon de l'excision, mais Tostan lui a demandé de retourner chez lui afin de discuter avec ses parents des conséquences de l'excision. Il est revenu deux semaines plus tard avec un tout autre point de vue et prêt à encourager l'abandon de l'excision. La grandeur du village de Keur Simbara ne se mesure pas par sa superficie ou ses effectifs de populations. Il s'agit plutôt du mouvement existant autour de ce village, uni avec d'autres villages par un ensemble de liens à la fois historiques, affectifs et humains, culturels et sociaux. Un leader à Keur Simbara nous informe sur la démarche qui a été suivie pour convaincre les autres villages d'adhérer au principe ; une

condition nécessaire pour éviter la marginalisation : « ... parce que nous, là où l'on se marie, c'est ça notre village ; notre village est un village composé de 10 autres villages. Et c'est là où nos filles se marient, nos garçons prennent leurs femmes. Donc, si nous, nous abandonnons, comment les gens vont trouver des femmes ? On sera rejeté et marginalisé ! ».

Les discussions ont été nombreuses pour la participation à la DP de nombre de villages affiliés à Keur Simbara, y compris le village de Diabougou où a eu lieu la DP. Ce sont les femmes de Malicounda qui sont allées trouver celles de Keur Simbara à la demande d'un leader. « D.D. est venu ici nous demander de venir dans son village... il a dit de venir là-bas parce qu'ils ont reçu le programme d'éducation mais ils n'osent pas prononcer le mot abandon de l'excision. Il nous a dit de venir sensibiliser dans son village. » (Présidente du groupement des femmes). Ces négociations ont même quelquefois provoqué la discorde dans le village. C'est le cas à Diabougou, où les populations en seraient venues aux mains lors des négociations. A ce propos, la présidente du groupement des femmes nous confie ce qui suit : « au début quand D. est venu pour ça, on avait refusé parce qu'il nous avait dit que nous allions laisser notre coutume ...et les gens négociaient pour qu'on accepte. ... Nous sommes nées, nous avons grandi avec cette coutume, nos filles aînées l'ont subi sans aucun problème. D'un seul coup, Tostan vient nous dire « laissez tomber ». Là, les histoires n'ont pas manqué. D'ailleurs je fais partie de celles qui étaient farouchement opposées à l'abandon. » (Présidente du groupement des femmes, 44 ans, mariée)

Pendant les connaissances acquises pendant le cours, la persistance de certains, la visite et les discussions avec les femmes de Malicounda ont eu le dessus. « Il y a des difficultés dans ça (excision) c'est vrai qu'on l'a hérité de nos aïeux, mais nous, a travers ce qu'on a appris, on a vu qu'il y avait des difficultés. » (Présidente du groupement des femmes). La même source d'information met l'accent sur l'implication des parents dans le processus de décision d'abandonner l'excision. « Nous avons discuté avec nos parents, nous qui avons appris dans la classe de Tostan, nous leur avons montré les difficultés que ça comportait. Eux n'ont pas appris, mais nous, nous leur avons parlé des difficultés et nous avons donc pu participer à la Déclaration de Diabougou.»

La DP de Medina Sherif qui est intervenue en troisième position montre une certaine évolution dans le processus de la DP. Il y a une plus grande implication de plusieurs parties au sein des villages qui a permis la tenue de la DP et une mobilisation autour de l'abandon de l'excision. « C'est dû à la volonté des uns et des autres mais aussi aux résultats que nous avons obtenus lors de la formation, et enfin à l'importance que nous accordons à ce programme

de Tostan. L'initiative venait des populations elles-mêmes qui avaient trouvé nécessaire de convoquer une rencontre où tous les acteurs intervenant sur cette question pourraient se saisir et échanger. C'est ainsi que nous avons fait part de la situation à Tostan qui nous a répondu favorablement et a demandé si possible d'impliquer les autres villages afin qu'ils puissent participer à cette rencontre en envoyant des délégués à Médina Chérif ; chose que nous avons acceptée avec plaisir. C'est ainsi que Tostan a décidé de prendre totalement en charge les dépenses financières de cette rencontre.» (Femme participante/membre du groupement des femmes, mariée, 40 ans)

Il y a eu une mobilisation en faveur des DP même dans les villages qui ont formulé certaines critiques concernant le programme, mais on peut noter l'absence d'opposition manifeste au sein des villages pendant la tenue des déclarations, comme l'indique un facilitateur : « ... il n'y avait aucune opposition venant de la part des villageois, même l'imam F.S. qu'on avait contacté était favorable à cette déclaration. »

Un certain nombre d'étapes a abouti à l'adhésion des villages à la DP de Diabougou et de Medina Sherif. Elle a été le fruit d'un consensus entre les leaders. Cependant les populations y ont été fortement associées. « C'est une décision spontanée. Ce n'est pas une décision du chef du village seulement. La décision était consensuelle entre les leaders du village qui, après concertation au niveau du village ont pris la décision de participer à la DP. » (Participante, présidente adjointe du groupement des femmes/trésorière, 40 ans) Cependant, ce consensus a été obtenu après de longues négociations, comme en atteste un facilitateur : « franchement, le débat était houleux et ça a duré des heures durant pour qu'il y ait consensus au sein du village du fait que certains avaient du mal à subir la situation. »

Le programme de Tostan a aussi contribué à l'adhésion d'autres villages au processus de déclaration.

6.3 Mesures prises parallèlement à la déclaration publique

Après une DP, un ensemble de mesures ont été prises pour accompagner les décisions collectives découlant de l'événement. Ces décisions s'articulent autour du suivi de l'abandon de l'excision et de la mise en place de stratégies pour répondre aux autres problèmes qui sévissent dans les villages. C'est le cas de la lutte contre le paludisme, où « il y a eu des engagements, consistant à faire des tables pharmaceutiques où les gens pourront acheter les

médicaments contre le paludisme pendant la saison des pluies, car l'accès est très difficile pour se rendre au niveau des postes de santé ». (Facilitateur, marié, 38 ans)

Concernant la pratique de l'excision, un ensemble de mesures ont été prises dans le souci de respecter les engagements pris. D'un village à l'autre, ces mesures varient, mais elles convergent toutes vers la cessation de la pratique et un suivi au sein des communautés. Dans ce sens, le facilitateur de Goungada remarque : *« La première chose qu'on leur a demandé, c'est si elles sont sûres de respecter cette décision d'abandonner, car c'est quelque chose qu'elles ont affirmé devant un public. On leur a surtout demandé de surveiller l'exciseuse car certaines personnes pourraient être tentées de s'y rendre en cachette. Bien avant, je leur avais dit qu'il fallait créer un comité pour cela [comité de vigilance]. »* (Facilitateur, marié, 44 ans)

Cependant, l'initiative d'abandonner l'excision étant collective, le suivi de l'application de la décision était du ressort de la population. Ainsi, la trésorière du groupement des femmes de Goundaga détermine les tâches qui sont, depuis lors, dévolues au chef du village : *« Lors de la réunion villageoise, après que les populations ont pris la décision d'abandonner ces pratiques, le chef du village leur a fait savoir qu'il a la responsabilité morale de veiller à l'exécution de ces décisions et qu'il n'hésiterait pas à traduire en justice toute personne qui pratiquerait l'excision ou les mariages précoces au sein du village. »*

Par ailleurs, le facilitateur de Soudiane indique que des mesures ont été adoptées dans ce village : *« ... les gens se sont dit que " comme vous avez abandonné de vous-mêmes, personne ne vous a obligé, celui qui enfreint cette décision, on va le dénoncer en justice". Et tous ont accepté cette mise en garde. »* (Facilitateur, marié, 46 ans)

6.4 Mise en œuvre et suivi collectif de la déclaration publique

De grandes négociations précèdent l'organisation d'une DP, et le partage d'expériences entre des personnes ayant déjà fait une DP et les nouveaux groupes est déterminant. Les connaissances acquises pendant les cours renforcent les arguments. Certaines personnes étant plus rapidement convaincues que d'autres de la nécessité de mettre fin à ces pratiques, la DP ne suit pas immédiatement l'exécution du programme. Une période de réflexion et de concertation est nécessaire pour asseoir le processus. L'implication des autres villages obéit aux liens de parenté et aux alliances ; elle n'est pas forcément issue d'une stratégie réfléchie, mais quelquefois le fruit du hasard ou d'une curiosité. Quelques dirigeants de ces villages qui

se déplacent pour venir dans le village organisateur. Le reste de la population des villages n'est généralement pas au courant des implications de l'événement et considère cela comme une fête. Ainsi, on constate une absence d'activités de mobilisation sociale autour de ces questions dans les villages alliés. Même les leaders y sont allés la plupart du temps en observateurs et c'est à leur retour que les activités de négociations auprès de leurs communautés ont lieu.

La mise en œuvre des mesures annoncées durant la DP a nécessité la contribution des différents groupes sociaux. L'analyse des informations indique un certain dévouement collectif, marqué par la détermination des communautés à respecter les engagements pris, mais on a pu constater parfois que les avis étaient partagés.

Dans l'ensemble, la mise en application de ces mesures repose essentiellement sur une concertation au sein des villages, où « la parole donnée » est solennelle en ce qu'elle engage les communautés au respect des décisions prises et met en jeu l'honneur des populations par rapport aux engagements issus de la DP. C'est en quelque sorte un gage aux yeux de l'opinion qu'une récidive ne se produira pas. Là dessus, la présidente du groupement des femmes de Diabougou revient sur la valeur des engagements pris au sein de sa communauté à l'occasion de la DP : « *simplement, je me dis que quand « ass gorr » [une personne d'honneur] se tient devant tout le monde et déclare qu'elle a abandonné l'excision, elle doit préserver sa parole donnée.... « kaddu gogou gnou wax, mo gnou ci rey » [c'est la parole donnée qui nous a liés]. Nous aurons vraiment honte si les gens disaient « Diabougou avait déclaré qu'il abandonnait l'excision et pourtant les gens continuent.»*

Un chef du village nous éclaire aussi sur la portée de la décision d'abandonner l'excision dans sa communauté : « *... pour l'excision, il y a eu une large concertation principalement animée par les femmes elles-mêmes. Nous avons, tous, accepté d'abandonner cette coutume qui n'a rien d'islamique. Cet engagement, nous l'avons pris au vu et au su de la terre entière. C'est quelque chose qui nous dépasse mais nous ne nous engagerions pas de la sorte si nous n'étions pas convaincus de la justesse de la cause et si nous n'étions pas déterminés.* » (Chef du village, marié). Il faut évoquer aussi l'engagement des hommes. « *Les hommes n'ont jamais refusé l'abandon de l'excision, parce que s'ils étaient contre, la DP n'aurait pas eu lieu et puisque cela tient encore, c'est parce qu'ils sont toujours d'accord* », nous confie l'imam.

Pour les villages organisateurs, la DP est synonyme d'un certain renom ; désormais ils sont connus et c'est un honneur d'avoir été le théâtre d'un événement de cette envergure. Interrogé là dessus, le directeur d'école tient les propos suivants : « *... c'est d'abord l'honneur.*

Médina Chérif a fait la DP dans son village, c'est une bonne chose vraiment au niveau du village. C'est le sentiment que les gens ont. On a été honoré parce que Tostan est venu et on a fait un truc qui a maintenant un écho dans la zone. En fait pas seulement dans la zone, mais dans le monde, partout, parce que quand on parle de Médina Chérif à Kolda, ça c'était bien accueilli par les populations. » La décision devrait être maintenue au fil du temps et des actions de contrôle de la décision ne se justifient pas car les populations ont décidé d'abandonner l'excision de leur propre chef, comme l'atteste l'Imam : « ... vous savez, avant personne ne se cachait pour ce qui est de cette pratique, ainsi je crois qu'ils n'ont pas besoin de contrôle, d'autant plus qu'ils ont décidé de leur propre chef d'abandonner. »

L'engagement des populations durant la DP et la parole donnée par ces communautés sont les garantes du respect de la décision. Il n'existe pas beaucoup de comités structurés de vigilance, mais quelques actions de sensibilisation et de rappel sont les gardiennes de l'engagement. Ainsi, même sans comité villageois de vigilance, la population affirme qu'elle respecte la parole donnée. Selon nos sources d'information, l'adoption d'une loi dans ce sens a aussi fourni un argument de poids pour le respect de la décision.

Néanmoins, quelques stratégies de suivi ont été adoptées en vue d'accompagner la décision. L'action va de la communication à la coercition, en passant par l'utilisation de méthodes dissuasives, notamment avec l'action de comités informels, entre autres groupes, au sein des villages. Le facilitateur nous éclaire sur le cas de son village, où « ... il y avait un comité informel, composé du chef du village, de l'Imam et de quelques représentants du groupement, qui veille à l'application de ces mesures et si on surprend une famille qui continue de pratiquer ces actes, elle peut être sanctionnée par ce comité. »

Cependant les informations recueillies ne montrent aucun cas de sanction. La sensibilisation et la vigilance contribuent au suivi du respect des engagements pris. En témoigne la présidente du groupement des femmes de Keur Simbara : « la vigilance ne peut pas être plus ce que nous les responsables avons fait, comme moi qui suis présidente ; nous discutons seulement avec nos membres pour les sensibiliser. Et je sais que si un des responsables avait pris sur le fait quelqu'un, il n'aurait pas manqué de lui dire carrément « il ne faut plus le refaire, sinon, je vais te dénoncer ou te faire telle chose ». Mais, je n'ai pas encore vu de cas où les responsables ont interpellé quelqu'un. Vraiment, depuis qu'on s'est assis pour discuter et qu'on s'est mis d'accord, on respecte notre engagement. » (Présidente du groupement des femmes)

La DP aura produit des changements positifs. Selon un directeur d'école, ce changement s'articule autour de « *l'évolution des mentalités depuis l'organisation de la DP* », occasion à l'issue de laquelle « *les femmes bénéficient de plus de considération aux yeux de la communauté, au regard de ce qu'il y avait dans le passé. Si le mot libéré est trop fort, disons que les femmes ont retrouvé une certaine dignité et jouent un rôle prépondérant dans la vie économique de leur société* ». Abordant la question de la pérennité de ces actions, le directeur d'école confie ses sentiments en ces termes : « *je n'ai pas de crainte sur la pérennité de ces activités car elles se poursuivent normalement et régulièrement.* »

En définitive les informations recueillies montrent que la DP a contribué à la disparition de l'excision entre autres formes de pratiques jugées néfastes. Sa portée au sein des villages traduit un respect de la décision attestée par l'imam: « *Elle (la DP) a une portée significative dans ce village, car comme je viens de vous le dire, je n'ai jamais vu ni entendu depuis lors un seul cas d'excision dans le village. Donc il y a un recul de cette pratique dans le village voire un abandon total de la part de la population.* »

En conclusion, il faut retenir que la première déclaration publique a été suggérée par Tostan comme un mécanisme de partage de connaissances entre les femmes de la classe et le reste du village. Mais même si la déclaration a été prononcée par la classe, elle s'est néanmoins appuyée sur un processus de concertation avec les leaders du village. Cette première DP a été un catalyseur pour toutes les DP suivantes. La DP a évolué dans sa signification et dans sa stratégie d'organisation. D'une déclaration d'un groupe de femmes ayant suivi le programme – après avoir eu pour conséquence de créer une marginalisation de ce groupe – la DP a progressivement évolué vers une plus grande participation des autres membres du village, leaders en tête. Le rôle joué par un leader de la région de Thiès a probablement été un facteur clé de cette transformation.

6.5 Participation à une déclaration publique selon le questionnaire

La proportion de femmes ayant entendu parler d'une DP est curieusement plus faible dans le groupe A que dans le groupe B, avec seulement 66 % des personnes interrogées, contre 80 % (Tableau 6.1). Dans le groupe de type C, la proportion est nettement plus faible, avec 47 %. En ce qui concerne les femmes ayant assisté à une déclaration publique, on constate que les proportions sont, respectivement, de 40 % en type A, 28 % en type B et 6 % en type C.

Tableau 6.1 : Connaissance et participation à une déclaration publique

Pourcentage de femmes ayant déclaré avoir entendu parler d'une déclaration publique et pourcentage ayant personnellement assisté à une déclaration publique, EIT Sénégal 2006.

	Type de villages			Ensemble
	A	B	C	
Ont entendu parler d'une DP	66,3	79,8	47,4	64,5
Ont assisté à une DP	40,2	28,1	5,6	36,4
Effectifs de femmes	517	109	154	780

6.6 Suivi de la déclaration publique d'après le questionnaire

Les principales rubriques relatives au suivi de la DP ainsi qu'à l'impact de l'action de Tostan sont : les discussions avec les amis, les opinions sur la contribution à la baisse de la prévalence de la pratique l'excision et du mariage précoce, l'existence d'un comité de suivi de l'application des engagements pris dans le cadre de la DP et, enfin, la prise de sanctions à l'encontre des contrevenants.

Par rapport à ces différentes rubriques concernant le suivi de la DP et l'impact de l'action de Tostan, on notera que 72 % des personnes interrogées qui ont affirmé qu'une DP avait eu lieu dans leur village ont répondu que leurs amies ou parents discutaient entre eux de la déclaration. Cependant, les questions concernant la discussion de la DP, tout comme l'impact de la DP sur les taux d'excision et de mariage précoce, ont été formulées de telles sortes qu'elles risquaient favoriser une réponse positive (Vos amies ou parents parlent-ils souvent de... ?), ce qui limite la portée des réponses.

Selon plus de 70 % des femmes des villages de type A, il existe un suivi de la mise en œuvre de la DP ; cependant moins de trois femmes sur dix ont déclaré que des sanctions avaient été prises pour corriger les personnes qui ne se pliaient pas la décision. Signalons toutefois qu'en raison de la faiblesse des effectifs dans les villages B et C, il faut rester prudent quant aux comparaisons entre ces trois types de villages.

Tableau 6.2 : Suivi et impact de la déclaration publique

Pourcentage de femmes ayant déclaré que leurs parents/amis discutaient de la DP et suivi de la DP, EIT Sénégal 2006.

	Type de villages			
	A	B	C	Ensemble
Discussion de la DP avec des amis				
Pourcentage	70,8	73,4	77,8	71,6
Effectifs de femmes	281	64	18	363
Il existe un comité de suivi de l'application de la DP				
Oui	70,8	51,6	83,3	68,0
Non	9,6	32,8	5,6	13,5
Ne sait pas/Pas sûre	19,6	15,6	11,1	18,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectifs de femmes	281	64	18	363
Ce comité a envisagé des actions contre les contrevenants				
Oui	29,1	21,2	13,3	27,1
Non	20,1	24,2	20,0	20,6
Pas d'excision depuis	40,7	51,5	66,7	43,7
Ne sait pas/Pas sûre	10,1	3,0	0,0	8,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectifs de femmes	199	33	15	247

La formation de groupes sociaux dans les villages est antérieure au déroulement du programme, mais le programme a encouragé leur formation ou leurs activités. La DP semble avoir concouru par endroits au renforcement des comités de suivi des mesures et décisions prises à l'occasion des déclarations. Cependant, après toutes ces années, ces groupes/comités n'ont pas été retrouvés dans le cadre de l'enquête qualitative. Certaines personnes interrogées ont dit aussi que les sanctions sont possibles, mais aucun cas n'a pu être documenté.

Par ailleurs, dans tous les villages, quel que soit le type, plus de 90 % des femmes ont déclaré que les DP avaient contribué à faire baisser la pratique de l'excision (Tableau non publié). Tout comme pour la question concernant la discussion de la DP, la formulation de la question et sa position dans le questionnaire nous oblige à rester très sceptiques vis-à-vis de ces réponses. Après toutes les questions sur l'excision et une longue série de questions sur Tostan, on demande aux femmes si elles voient une relation entre les deux phénomènes.

7 Santé de la mère et de l'enfant

Par rapport au volet portant sur la santé de la mère et de l'enfant, le questionnaire contenait des éléments concernant des sujets traités dans le cadre de l'intervention de Tostan. Les indicateurs choisis tentent d'appréhender en quoi le programme d'éducation et de mobilisation sociale de Tostan a contribué à changer la vie quotidienne des populations dans le domaine de la santé. Le questionnaire permet de comparer la population des trois types de village, selon le nombre de visites prénatales, le nombre de mois de grossesses écoulés avant la première visite prénatale, les lieux d'accouchement, les soins postnatals reçus, la couverture vaccinale des enfants, le traitement de la diarrhée et des infections respiratoires aiguës, et d'autres sujets. Nous retenons les indicateurs suivants : le nombre de visites pour les soins prénatals ; l'accouchement à domicile ou dans un centre de santé ; une couverture vaccinale complète ; la recherche d'un traitement pour la fièvre ; la recherche d'un traitement pour la diarrhée ; l'administration de davantage de liquides pendant une diarrhée.

Il faut être prudent dans l'interprétation des données des indicateurs cités ci-dessus, car l'approche de Tostan n'est pas toujours similaire dans les différents villages, et les conditions de départ au sein des trois types de villages diffèrent énormément. Ainsi, si nous ne trouvons pas de preuves empiriques que la situation de la santé et de l'hygiène est meilleure dans les villages du type A comparés aux villages C, cela ne veut pas dire nécessairement que le programme n'a pas eu d'effet. Cela montre, plutôt, l'importance primordiale du contexte social et le niveau d'infrastructure de départ.

7.1 Consultations prénatales

Le Tableau 7.1 présente la répartition des femmes ayant eu une naissance vivante au cours des cinq années ayant précédé l'enquête, selon le nombre de visites prénatales pour la naissance la plus récente. C'est dans les villages de type C que la proportion de femmes n'ayant pas fait de visite prénatale est la plus élevée, avec 42 %, mais la proportion dans les villages de type A est proche : 38 %. En ce qui concerne les femmes qui ont eu au moins quatre visites prénatales, le tableau montre un pourcentage égal (27 %) dans les deux types de villages A et C. On peut dire que, du point de vue des visites prénatales, le type A ne semble pas s'ériger en groupe susceptible de servir d'exemple.

Tableau 7.1 : Nombre de visites prénatales

Répartition (en %) des femmes ayant eu une naissance vivante au cours des cinq années ayant précédé l'enquête, selon le nombre de visites prénatales pour la naissance la plus récente par type de village, EIT Sénégal 2006.

Visites prénatales	Type de villages			Ensemble
	A	B	C	
Aucune	38,3	30,5	41,5	38,6
1	1,3	6,8	2,6	2,3
2-3	32,8	29,7	26,9	30,5
4+	26,6	31,4	26,9	27,2
Ne sait pas/Non déclaré	1,1	1,7	2,1	1,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectifs de femmes	629	118	386	1 133

7.2 Lieu d'accouchement

Le choix du lieu de l'accouchement des femmes est aussi un indicateur déterminant de la santé de la mère et de l'enfant et il est susceptible de traduire l'impact de l'intervention de Tostan. L'ONG encourage les femmes à accoucher dans les postes de santé plutôt qu'à domicile.

C'est dans les villages de type C que l'accouchement à domicile est le moins fréquent (Tableau 7.2). La proportion y est de 50 %, contre 61 % dans le groupe A et 85 % dans le groupe B. De ce point de vue, on peut dire que la situation du groupe C est nettement plus favorable. La même constatation s'impose si l'on se réfère aux cas d'accouchements dans les postes de santé, avec 50 % pour le type C et 39 % pour le type A contre seulement 15 % pour le type B. Les villages de type A ne semblent pas jouir d'une situation privilégiée du point de vue de ce critère de la protection maternelle et infantile.

Ces données nous amènent à signaler deux points : 1) le seul moyen d'être certain de pouvoir mesurer l'impact de Tostan dans ce domaine serait de comparer les taux d'accouchement à domicile dans les trois types de villages au fil du temps : en 1996, en 2001,

et en 2006 ; 2) il faut noter, cependant, que 10 des 21 villages du groupe A se trouvent à Kolda, que tous les sept villages du groupe B se trouvent à Kolda, tout comme 17 sur les 25 villages du groupe C. On s'attendrait donc à trouver une amélioration dans les villages du groupe A grâce à Tostan, ce qui n'est pas le cas.

Tableau 7.2 : Lieu de l'accouchement

Répartition (en %) des naissances¹ survenues au cours des cinq années ayant précédé l'enquête par lieu d'accouchement, selon le type de village, EIT Sénégal 2006.

Type de villages	Domicile	Structure de santé			Total	Nombre de naissances
		Publique	Privée	Autre		
A	60,7	38,8	0,5	--	100,0	415
B	85,1	14,9	--	--	100,0	87
C	49,8	49,8	--	0,4	100,0	231
Ensemble	60,2	39,4	0,3	0,1	100,0	733

¹ Inclut seulement la dernière naissance vivante au cours des cinq dernières années précédant l'enquête.

7.3 Couverture vaccinale des enfants

Le Tableau 7.3 présente la couverture vaccinale des enfants pour toutes les naissances vivantes des cinq dernières années ; les données ont été collectées sur la base des carnets de santé des enfants ou des déclarations des mères. La proportion d'enfants dont les carnets ont pu être consultés est de même ordre de grandeur quel que soit le type de village, avec, respectivement, 79 %, 74 % et 80 % pour les types A, B et C (non présentée dans le tableau). Les résultats présentés dans ce tableau concernent les deux sources.

La proportion d'enfants vaccinés est supérieure à 95 % dans les trois types de villages pour le BCG, le DTCoq1 et le Polio1 et dans les villages de type A pour le DTCoq2 et le Polio2. À l'inverse, en ce qui concerne les proportions les plus faibles, on constate, avant tout, que la proportion d'enfants n'ayant reçu aucun vaccin est partout pratiquement égale à zéro. C'est surtout la proportion concernant la Polio 0 qui est la plus faible dans tous les types de villages,

l'ordre de grandeur étant assez voisin, avec 43 % pour le type A, 42 % pour le type B et 39 % pour le type C. Ces taux s'expliquent en grande partie par le nombre d'accouchements à domicile.

Globalement, 70, 58 et 76 % des enfants de 12-23 mois ont été complètement vaccinés dans, respectivement, les villages de type A, B et C. Ainsi c'est dans les villages du type C que les taux de vaccination des enfants sont les plus élevés.

Tableau 7.3 : Vaccination des enfants

Pourcentage d'enfants de 12-23 mois ayant été vaccinés selon le carnet de vaccination ou les déclarations de la mère, par vaccin et par type de village, EIT Sénégal 2006.

Vaccin	Type de villages			Ensemble
	A	B	C	
BCG	97,3	100,0	95,7	97,0
DTCoq 1	99,1	100,0	97,1	98,5
DTCoq 2	96,4	89,5	94,3	95,0
DTCoq 3	85,7	73,7	87,1	85,1
Polio 0	42,9	42,1	38,6	41,3
Polio 1	99,1	100,0	97,1	98,5
Polio 2	99,2	89,5	94,3	96,0
Polio 3	88,4	68,4	82,9	84,6
Rougeole	80,4	73,7	80,0	79,6
Fièvre jaune	83,0	78,9	77,1	80,6
Tous les vaccins	69,6	57,9	75,7	70,6
Aucune vaccination	0,9	0,0	1,4	1,0
Effectifs d'enfants	112	19	70	201

7.4 Prévalence et prise en charge des infections respiratoires aiguës (IRA)

La proportion d'enfants qui a eu la fièvre au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête est légèrement plus faible dans les villages du type A. Ensuite viennent le type B avec

36 % et le type C avec 39 %. Par ailleurs, le traitement a été recherché dans 48 % des cas dans le groupe A, 26 % dans le groupe B et 54 % dans le groupe C. L'effet de l'intervention de Tostan n'est pas perceptible dans ce domaine.

Tableau 7.4 : Prévalence de la fièvre et prise en charge

Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans qui ont eu de la fièvre au cours des deux semaines qui ont précédé l'enquête et pourcentage d'enfants pour lesquels on a recherché un traitement auprès d'un établissement sanitaire ou d'un prestataire de santé, par type de villages, EIT Sénégal 2006.

Type de village	Pourcentage d'enfants avec de		Pourcentage d'enfants pour lesquels on a	
	la fièvre	Effectifs d'enfants	recherché un traitement	Effectifs d'enfants
Type A	30,7	563	48,0	173
Type B	36,1	119	25,6	43
Type C	38,7	310	54,2	120
Total	33,9	992	47,3	336

7.5 Prévalence et prise en charge de la diarrhée

Le niveau de prévalence de la diarrhée est à peu près le même quel que soit le type de village, avec 26 % pour le groupe A, 24 % pour le groupe B et 27 % pour le groupe C. En ce qui concerne la proportion de mères connaissant les sachets de sels de réhydratation orale (SRO), on constate qu'elle est généralement très faible, puisqu'elle n'atteint pas 5 % quel que soit le type de village (Tableau non publié).

En matière de recherche de traitement de la diarrhée (Tableau 7.5), les proportions sont du même ordre de grandeur, avec 26 % pour A, 21 % pour B et 27 % pour C. Pour la thérapie de réhydratation orale, ce sont les villages du type C qui détiennent la proportion la plus élevée (32 %) des trois types. Donc, on ne constate pas de différence dans l'utilisation des SRO entre les villages d'intervention (type A) et les villages témoins (type C).

Tableau 7.5 : Traitement de la diarrhée

Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans ayant eu la diarrhée au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête pour lesquels on a recherché un traitement auprès d'un établissement sanitaire ou d'un prestataire de santé, pourcentage de ceux qui ont suivi une thérapie de réhydratation orale (TRO), par type de villages, EIT Sénégal 2006.

Type de villages	Pourcentage d'enfants pour lesquels on a cherché un traitement	Thérapie de réhydratation orale (TRO)					Effectifs d'enfants
		Sachets de SRO	Solution maison	SRO ou solution maison	Apport en liquides augmenté	SRO, solution maison, ou apport en liquides augmenté	
A	25,5	27,6	33,1	53,8	39,3	71,0	145
B	21,4	21,4	17,9	39,3	39,3	67,9	28
C	27,1	31,8	30,6	52,9	44,7	69,4	85
Ensemble	25,6	28,3	30,6	51,9	41,1	70,2	258

7.6 Alimentation pendant la diarrhée

En ce qui concerne la quantité de liquide administrée pendant la diarrhée (Tableau 7.6), on constate que ce la proportion d'enfants qui ont reçu « plus de liquide que d'habitude » est la plus élevée quel que soit le type de villages, avec 39 % pour A et B et 45 % pour C. Ainsi dans les villages témoins (type C), la proportion des femmes qui donnent « plus de liquide que d'habitude » est plus élevée que dans les deux autres types. La proportion d'enfants ayant reçu « beaucoup moins de liquides » n'est pas négligeable, surtout dans les villages de type A (12 %) ; elle varie de 7 à 8 % dans les autres villages.

On peut s'étonner de ne pas trouver de preuve de l'impact de Tostan dans le domaine de la santé des femmes et des enfants, car on s'attendait à trouver des différences entre les villages du type A et des types B et C. Si l'intervention a amélioré la situation dans ce domaine, soit l'effet a disparu après quelques années, soit les conditions sociales et l'état des services n'ont pas permis suffisamment de changements pour qu'ils soient visibles statistiquement.

Tableau 7.6 : Quantité de liquide administrée pendant la diarrhée

Répartition (en %) des enfants de moins de 5 ans qui ont eu la diarrhée au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête selon la quantité de liquide donnée comparée aux rations habituelles, EIT Sénégal 2006.

Alimentation des enfants pendant la diarrhée	Type de villages			Ensemble
	A	B	C	
Quantité de liquide donnée				
Comme d'habitude	33,1	28,6	18,8	27,9
Plus que d'habitude	39,3	39,3	44,7	41,1
Un peu moins	12,4	25,0	23,5	17,4
Beaucoup moins	12,4	7,1	8,2	10,5
Rien	1,4	0,0	4,7	2,3
Ne sait pas/Non déclaré	1,4	0,0	0,0	0,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

8 L'âge à l'époque du mariage ou le mariage précoce

8.1 Conversations au village

Il semble que la notion de précocité concernant le mariage ne soit pas bien saisie dans la plupart des villages soumis à l'étude. Souvent l'âge idéal à laquelle la jeune fille devrait se marier s'avère très jeune : *« C'est entre dix et douze ans qu'une fille doit avoir un mari. A ce moment, elle est assez mûre »*, nous confie une femme non participante de Néma Counda. Une autre femme renchérit : *« C'est quinze ans l'âge du mariage ? C'est à partir de douze, treize ans. Mais, moi on m'a mariée à l'âge de quinze ans. »* (Femme non participante, mariée, 30 ans, agricultrice) Et une des interlocutrices ajoute : *« Si elle n'a pas 15 ans et qu'elle tombe enceinte, cela peut entraîner sa mort. À 15 ans en ce moment elle pourra supporter une grossesse. »*

Dans quelques autres villages, quinze ans est considéré comme un âge précoce, source de complications durant la grossesse et l'accouchement. D'une certaine manière, le programme de Tostan aura contribué à une évolution des avis, comme indique cette femme non participante de Médina Chérif : *« Oui, on a cessé aussi de donner nos filles tôt en mariage. Au début on donnait les filles en mariage à quinze ans et les filles avaient des complications durant les grossesses et durant l'accouchement. C'est le programme de Tostan qui nous a fait prendre conscience de tous ces problèmes que les petites filles rencontraient durant les grossesses. »* (Femme non participante)

Ce sont les craintes liées au fait de voir sa fille porter une grossesse qui justifient la précocité du mariage. Néanmoins, des changements s'opèrent, notamment en ce qui concerne la possibilité pour la fille de choisir son conjoint et son consentement avant de l'engager dans une union comme l'atteste un directeur d'école : *« Les mariages précoces aussi sont liés à un fait, les parents là se disent une chose : le fait de voir sa fille tomber en état de grossesse, c'est un problème, si bien que quand ils voient par exemple que la fille sort trop, ils ont des inquiétudes. »* (Directeur d'école)

Cette peur de la grossesse de sa fille est aussi rapportée par une femme : *« Données en mariage très tôt ou pas, si tu décides de ne pas donner ta fille en mariage très tôt elle te ramène un enfant. Maintenant il y en a beaucoup ici. ... Donc si tu vois quelqu'un qui apporte du cola et qui veut épouser ta fille, tu la donneras en mariage, sinon elle te causera un autre*

problème. ... c'est à cause des jeunes filles que les mariages précoces se font, c'est parce qu'elles ne sont pas sérieuses.» (Femme non participante, membre du groupement des femmes, mariée, jardinière) Dans certains villages, ce risque est d'autant plus redouté, car l'abandon de l'excision s'accompagne de l'abandon de la pratique du *taf* (cicatrisation entraînant la fermeture du vagin), qui est perçue comme une assurance de la virginité de la jeune fille.

Les actions du programme auraient eu un certain effet sur la sensibilisation et le suivi relatifs au mariage précoce dans quelques villages, comme en témoigne le chef du village de Saré Waly : « *Quand on donne sa fille en mariage à un homme, si elle n'en veut pas, alors elle va t'amener de vrais problèmes. Il vaut mieux attendre qu'elle soit grande pour la marier ou mieux la laisser choisir elle-même son mari.* »

En général, l'âge au premier mariage est resté jeune dans les localités soumises à l'étude. En revanche, les perceptions semblent avoir évolué, au regard des convergences de vue sur les avantages et la nécessité de ne pas donner en mariage les filles très tôt et sans avoir leur accord. C'est toute la justification autour de l'absence de comités chargés de veiller à l'abandon effectif de cette pratique, un fait qu'indique le président de l'association CORAS basé à Médina Chérif : « *Avant, on avait ce comité-là mais maintenant on n'a plus ce comité puisque maintenant on a constaté qu'il n'y avait pas un gars qui donne sa fille à 17, 18 ans. Maintenant ce sont les filles elles-mêmes qui choisissent leur mari. Maintenant avec l'école, il y a les directeurs qui ont bien sensibilisé sur ce domaine là.* » (Président de l'association CORAS)

En conclusion on peut dire que plusieurs informateurs partagent l'opinion selon laquelle le mariage précoce est un phénomène qui est en recul. Aussi bien dans la zone de Kolda que de Thiès, la majorité des sources d'information ont affirmé que cette pratique comporte de nombreux inconvénients et que, par conséquent, les populations ont tout intérêt à l'abandonner. La contribution de l'action de Tostan est légèrement visible, en mettant l'accent sur les conséquences de la grossesse des filles trop jeunes. Mais il faut aussi noter les autres influences telles la scolarisation des filles, leur plus grande émancipation au contact des autres cultures, la sensibilisation par les médias et la peur des sanctions légales.

Mais, il se pose toujours la question de savoir ce que les populations considèrent comme un âge précoce. Dans la zone de Kolda en particulier, l'âge précoce se situe en dessous de 15 ans ; à partir de 15 ans, la jeune fille est considérée comme assez mûre pour être donnée en mariage. La peur de la grossesse, et donc du déshonneur pour la famille,

pousse souvent les familles à marier leurs filles. Mais c'est devenu un sujet de discussion occasionnelle au village.

8.2 Données quantitatives

Un des objectifs majeurs de l'investigation était d'évaluer l'impact éventuel de l'intervention de Tostan sur la prévalence du mariage précoce. Donc, ce chapitre présente des éléments susceptibles d'apporter un éclairage sur l'âge au premier mariage.

8.2.1 Âge au premier mariage

Le tableau 8.1 présente l'âge moyen au premier mariage par région dans l'EIT et dans l'EDS-IV pour vérifier si nos résultats correspondent aux données de l'EDS pour ces régions. Les résultats sont parfaitement cohérents dans les deux enquêtes, surtout si l'on compare les zones couvertes avec les milieux ruraux soumis à une enquête dans les régions concernées lors de l'EDS.

Tableau 8.1 : Âge moyen au premier mariage

Âge moyen au premier mariage par région selon l'EDS-IV Sénégal 2005 et l'EIT Sénégal 2006.

	EIT Sénégal 2006		EDS-IV Sénégal 2005			
	Régions	Âge moyen	Effectif	Rural		Ensemble
Âge moyen				Effectif	Âge moyen	Effectif
Fatick	17,8	274	17,2	470	17,4	541
Kolda	15,2	599	16,2	813	16,4	939
Thiès	18,2	114	18,3	600	18,6	1351

On ne constate pas de différence concernant l'âge moyen au premier mariage chez les femmes âgées de 20-24 ans - celles qui avaient 10-14 ans pendant la période d'intervention - entre les villages A et C. L'âge moyen au premier mariage est de 15,9 ans dans les villages de type A, 14,8 ans dans ceux de type de B et 16,1 ans dans ceux de type de C. On s'attendait à un âge moyen plus élevé dans les villages où Tostan est intervenu (villages A).

La précocité du mariage déjà évoquée plus haut et associée à la structure ethnique se confirme ici (Tableau 8.2). La proportion de femmes mariées avant l'âge de 15 ans est nettement plus élevée dans le type B, avec 35 %, que dans les autres groupes (20 % pour A et 16 % pour C). C'est dans le groupe d'âge des 15-17 ans que se produit la majorité des mariages quel que soit le type de village, avec 54 % dans les groupes A et B et 58 % dans le groupe C. Au-delà de 20 ans, le taux de mariage dans le groupe B est pratiquement nul alors que dans les autres groupes, la proportion des femmes qui se marient en première union atteint ou dépasse 12 %. Les âges moyens au premier mariage par région présentés dans le Tableau 8.3 confirment les résultats précédents. Notons que le plus fort pourcentage de femmes mariées avant 15 ans dans le groupe B correspond à la structure de la population de cette catégorie de villages (pourcentages plus élevés de Poular : 91 % et de femmes non scolarisées : 86 %).

Tableau 8.2 : Âge au premier mariage

Répartition (en %) des femmes non célibataires selon l'âge au premier mariage, EIT Sénégal 2006.

Types de villages	< 15 ans	15-17 ans	18-19 ans	20 ans ou +	Total	Effectifs
Villages A	19,6	54,1	14,8	11,5	100,0	547
Villages B	34,8	53,6	8,9	2,7	100,0	112
Villages C	16,2	58,2	11,9	13,7	100,0	328
Ensemble	20,2	55,4	13,2	11,2	100,0	987

8.2.2 Âge au premier mariage par période avant l'enquête

Le Tableau 8.3 indique à quel âge les 987 femmes non célibataires se sont mariées pour la première fois, les données ayant été ventilées par trois périodes de 5 ans (soit au cours des 15 ans précédant l'enquête). L'objectif recherché est de savoir si le pourcentage de premiers mariages à un âge précoce a évolué d'une période à l'autre par rapport à l'ensemble des premiers mariages. On se concentrera sur les 15 dernières années qui ont précédé l'enquête pour apprécier l'impact éventuel de Tostan sur le recul du mariage précoce ; il n'est pas utile de se référer à des périodes plus anciennes. Les périodes 0-4, 5-9 et 10-14 ans qui précèdent l'enquête correspondent approximativement à 2001-2005, 1996-2000 et 1991-1995.

Tableau 8.3 : Âge au premier mariage par périodes précédant l'enquête

Répartition (en %) des femmes non célibataires selon l'âge au premier mariage par périodes précédant l'enquête, EIT Sénégal 2006.

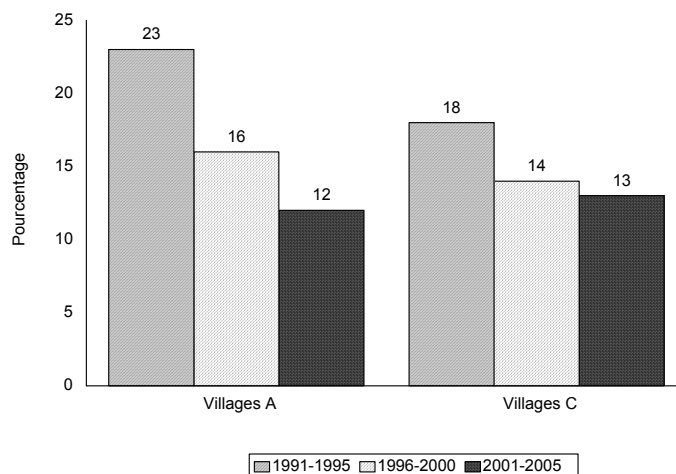
Période précédant l'enquête	Âge au premier mariage					Total	Effectifs
	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34		
Villages A							
0-4 ans	11,7	69,9	15,5	2,9	--	100,0	103
5-9 ans	15,5	66,0	14,4	3,1	1,0	100,0	97
10-14 ans	23,1	69,5	7,2	0,0	0,4	100,0	347
Ensemble	19,6	68,9	10,1	1,1	0,4	100,0	547
Villages B							
0-4 ans	40,0	55,0	--	5,0	--	100,0	20
5-9 ans	37,5	58,3	--	4,2	--	100,0	24
10-14 ans	32,4	66,2	1,5	0,0	0,0	100,0	68
Ensemble	34,8	62,5	0,9	1,8	--	100,0	112
Villages C							
0-4 ans	13,1	55,7	26,2	4,9	--	100,0	61
5-9 ans	14,0	72,0	12,0	--	2,0	100,0	50
10-14 ans	17,5	73,7	7,9	0,9	0,0	100,0	217
Ensemble	16,2	70,1	11,9	1,5	0,3	100,0	328
Ensemble							
0-4 ans	15,2	63,6	17,4	3,8	--	100,0	184
5-9 ans	18,1	66,7	11,7	2,3	1,2	100,0	171
10-14 ans	22,2	70,6	6,8	0,3	0,2	100,0	632
Ensemble	20,2	68,6	9,6	1,3	0,3	100,0	987

Globalement, le pourcentage de premiers mariages très précoces (moins de 15 ans) a vraisemblablement diminué, passant de 22 % des unions dans les années 1991-1995, à 18 %

en 1996-2000 et 15 % en 2001-2005. On observe la même tendance pour les mariages entre 15-19 ans où les pourcentages passent de 71 % à 67 % et ensuite à 64 %. On note donc une tendance dans la population des trois types de villages à un vieillissement de l'âge au premier mariage. On observe cette tendance dans les villages témoins (villages C) où le pourcentage de premier mariage avant l'âge de 15 ans est passé de 18 % à 14 % et ensuite à 13 %. Si le pourcentage des mariages avant l'âge de 15 ans paraît augmenter dans les villages du groupe B, la population féminine dans chaque catégorie est trop faible pour se prononcer sur une tendance.

Les baisses les plus importantes ont été observées dans les villages d'intervention (type A) : respectivement, 23 %, 16 % et 12 %. Les mariages très précoces dans les villages du groupe A, s'ils sont moins nombreux, sont compensés par une hausse du nombre de mariages conclus entre 15-19 ans. À l'inverse, dans les villages témoins, même si les mariages avant l'âge de 15 ans n'ont que légèrement diminué de fréquence, ceux conclus entre 15-19 ans sont par contre de moins en moins fréquents : 74 % en 1991-1995, à 72 % en 1996-2000 et 56 % en 2001-2005. La comparaison des villages de type A à ceux de type C (Graphique 8.1) montre donc que si les DP et les programmes de Tostan ont pu contribuer à faire baisser légèrement la prévalence du mariage précoce, ce n'est qu'au niveau du mariage avant l'âge de 15 ans.

Graphique 8.1. Proportion de femmes mariées avant 15 ans par périodes précédant l'enquête et selon le type de village



CRDH, Sénégal 2006

L'indicateur le plus fiable d'un impact sur le mariage précoce serait l'âge du mariage des femmes qui se sont mariées dans les cinq ans qui ont suivi l'intervention de Tostan et les

déclarations publiques, car on devrait constater une réduction après la fin de ces activités. Selon ce critère, les villages témoins affichent un taux de 13% pendant cette période, à comparer à 18% précédemment, tandis que les villages A affichent un taux de 12% à comparer à 23%. Autrement dit, dans les villages A on constate une baisse de 49% de la proportion des femmes mariées avant l'âge de 15 ans, à comparer à une baisse de 25% pour les villages témoins. Ainsi les villages A affichent des changements plus profonds. Cependant, si on considère le pourcentage de femmes qui se sont mariées avant l'âge de 20 ans, les villages de référence affichent un taux plus élevé (82%) que les villages témoins (69%), et l'effet de Tostan sur l'âge de mariage disparaît.

On voit mieux la nature limitée de l'effet de Tostan si par mariage précoce on entend tout mariage avant l'âge de 18 ans. Le Tableau 8.4 présente les mêmes données que le Tableau précédant (8.3) mais avec un regroupement différent des tranches d'âge : 10-17 ans (mariage précoce), 18-19 ans, et 20 ans et plus. Pendant la période de 10 à 14 ans qui a précédé l'enquête, dans les villages ciblés par Tostan (A), 81% des filles étaient mariées avant l'âge de 18 ans ; on note la même proportion (80%) dans les villages témoins (C). Cependant, pour la période la plus récente (0-4 ans avant l'enquête), 63% des femmes étaient mariées avant 18 ans dans les villages Tostan, mais dans les village témoins, le taux était de 57%. En fin de compte, les statistiques révèlent que Tostan a eu une incidence sur l'âge au moment du mariage des femmes de moins de 15 ans mais pas sur les femmes de moins de 18 ans dans leur ensemble.

Tableau 8.4 : Âge au premier mariage par périodes précédant l'enquête

Répartition (en %) des femmes non célibataires selon l'âge au premier mariage par périodes précédant l'enquête, EIT Sénégal 2006.

Périodes précédant l'enquête	Âge au premier mariage			Total	Effectifs
	10-17	18-19	20 +		
Villages A					
0-4 ans	63,1	18,4	18,4	100,0	103
5-9 ans	58,8	22,7	18,6	100,0	97
10-14 ans	81,0	11,5	7,5	100,0	347
Ensemble	73,7	14,8	11,5	100,0	547

	Âge au premier mariage (suite)			Total	Effectifs
	10-17	18-19	20 +		
Villages B					
0-4 ans	75,0	20,0	5,0	100,0	20
5-9 ans	87,5	8,3	4,2	100,0	24
10-14 ans	92,6	5,9	1,5	100,0	68
Ensemble	88,4	8,9	2,7	100,0	112
Villages C					
0-4 ans	57,4	11,5	31,1	100,0	61
5-9 ans	70,0	16,0	14,0	100,0	50
10-14 ans	80,2	11,1	8,8	100,0	217
Ensemble	74,4	11,9	13,7	100,0	328
Ensemble					
0-4 ans	62,5	16,3	21,2	100,0	184
5-9 ans	66,1	18,7	15,2	100,0	171
10-14 ans	82,0	10,8	7,3	100,0	632
Ensemble	75,6	13,2	11,2	100,0	987

9 Connaissance et pratique de l'excision

9.1 Discussions sur la situation actuelle concernant l'excision

La question de l'excision a fait l'objet d'une exploration très détaillée, comportant plusieurs questions, vérifications auprès des sources d'information externes au programme et triangulation des informations. Selon les témoignages de la majorité des hommes et des femmes interrogés, le processus d'abandon est réel dans les villages, se traduisant par la raréfaction, voire l'absence même de nouveaux cas d'excision, depuis la DP. Comme l'indique un facilitateur : « *Depuis la déclaration aucun cas d'excision n'a été signalé même si des filles naissent dans ce village* ». Les femmes de différents villages soutiennent cette tendance. « *Avant la DP, il y a des filles qu'on a excisées. Mais depuis qu'on a fait la DP, on a abandonné parce que nous, nous sommes des bambaras. Si on décide de quelque chose, on ne retourne pas en arrière.* » (Femme non participante, 50 ans) « *On a parlé de l'excision et de son abandon et enfin, on a chargé des gens de contrôler l'effectivité de l'abandon dans le village ; alors personne n'excise plus maintenant.* » (Femme non participante, 37 ans).

La décision semble être soutenue aussi bien par les femmes n'ayant pas participé au programme que par les femmes qui ont fréquenté les cours. « *Maintenant on ne peut pas faire la différence entre les femmes participantes et les femmes non participantes, elles ont toutes le même comportement ... Nos filles majeures sont en train de suivre nos pas, jusqu'à présent on continue sur cette lancée parce que c'est une décision générale prise dans le village. On l'a abandonnée, cela ne se pratique plus dans le village. Après la DP je n'ai pas entendu ni vu quelqu'un qui a excisé sa fille dans le village ni en dehors du village.* » (Femme non participante, 39 ans).

Les leaders semblent remplir le rôle et rappeler la décision à la population. « *Dans chaque village il y a un leader. De temps en temps ce leader convoque en réunion au cours de laquelle les conséquences de la pratique sont rappelées aux populations. Vraiment je constate qu'on a abandonné.* » (Femme non participante, veuve, 55 ans)

Toutefois, quelques doutes subsistent, une situation que traduit l'imam d'un village en ces termes : « *Ah, en tout cas on le faisait mais actuellement on ne le fait plus. Parce qu'au début c'était une grande cérémonie, on organisait une grande fête, on y chantait et dansait. C'était organisé au KASSAC, mais maintenant quelqu'un peut le faire chez lui et on ne le saura*

pas. Je ne sais pas s'ils ont vraiment abandonné, mais ce n'est plus organisé comme avant. »
(Imam, 78 ans)

Chez une autre personne âgée, on trouve quand même l'idée que *« les gens vont abandonner l'excision mais ce sera très lent. »* (Présidente du groupement des femmes, veuve, 67 ans) Une autre femme âgée signale qu'elle n'a plus de fille en âge d'être excisée, mais qu'elle n'est pas convaincue : *« A propos de l'excision, c'est que je n'ai plus de fille en âge d'être excisée. Mais si j'en avais, ça aurait chauffé, ce serait difficile de me faire abandonner. Je ne m'en cache pas. »* (Femme non participante)

Quelques personnes ont indiqué que des gratifications auraient été données pour faciliter l'abandon de l'excision. En effet, certaines actions de Tostan sont perçues comme des privilèges accordés par l'ONG et soulèvent des jalousies. Les propos du président de l'association sportive et culturelle le prouvent : *« Elles ont dit qu'elles ont abandonné, et moi depuis lors, je n'ai pas vu de mes propres yeux une femme exciser sa fille... parce que j'ai entendu dire que Tostan a donné au groupement des femmes une machine pour apprendre à coudre... On dit d'ailleurs que Tostan propose l'abandon contre des espèces sonnantes... Lui a été jusqu'à l'Assemblée Nationale dire que nous avons abandonné. Il a reçu de l'argent. Mais moi, cet argent là jusqu'au moment où l'on parle, je n'ai pas vu sa couleur » !*

D'autres sources d'information du village de type B doutent de l'abandon total de l'excision par l'ensemble de la population. Par contre, ces sources d'information mettent l'accent sur la transformation de la pratique *« Il est difficile de voir une personne excisée ou d'entendre dire qu'on a excisé. Il continue : il y a des gens qui excisent leurs filles en cachette. »* (Chef de village)

Ces doutes ou convictions de l'existence de résistances sont marginaux. La grande majorité des personnes soutiennent que la pratique a été abandonnée et que l'engagement à ne pas la reprendre est toujours important. Ceci est valable pour l'ensemble des villages ayant participé au processus. *« La seule portée de la DP que nous avons notée c'est qu'elle a scellé définitivement le sort de l'excision dans notre village où aujourd'hui elle n'existe plus. »* (Imam) Par conséquent, le statut des femmes par rapport à l'excision ne serait pas un handicap à leur mariage. Selon un facilitateur, la méfiance d'antan est révolue : *« Au début, il y avait une sorte de méfiance vis à vis de ces filles venant de la part de certains hommes mais depuis un certain temps, ils se sont rendu compte que ces filles non excisées étaient plus propres et plus saines que les filles excisées. Depuis lors, ils ont un grand respect pour ces dernières. Ce qui fait*

qu'aujourd'hui elles n'ont plus de problème pour trouver un prétendant ».

Les femmes le confirment. *« Il existe beaucoup de filles non excisées au sein du village. Elles sont bien considérées au sein du village. Elles ne subissent pas d'exclusion sociale quelconque dont l'origine pourrait être le fait de l'excision. Je pense que les gens sont assez conscients du danger de ces pratiques sur la santé des populations et le devenir de leurs enfants. »* (Femme non participante, 42 ans, agricultrice)

Il y a encore des résistants qui affirment qu'ils n'abandonneront jamais. Il est difficile de dresser le profil de ces personnes : dans tel village, c'est une femme âgée, dans tel autre c'est le responsable des jeunes qui se déclare en faveur de l'excision. Cependant les pionnières expriment un ressentiment, estimant n'avoir pas été suffisamment récompensées pour avoir eu le courage de s'opposer à cette pratique séculaire.

En conclusion, que l'initiative de l'abandon ait été prise par les femmes participantes elles-mêmes, ou bien en accord avec les leaders des villages et les populations de manière générale, ou qu'elle ait été encouragée par Tostan, cet abandon de l'excision est une réalité affirmée par la majorité de la population des villages soumis à l'enquête.

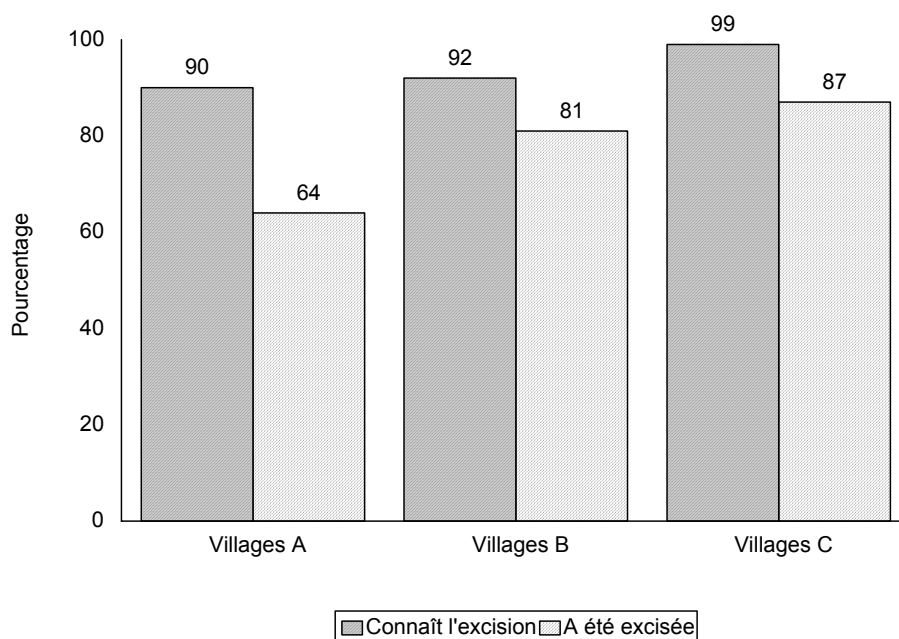
Il y a cependant une légère différence entre la zone de Kolda et celle de Thiès/Fatick. Les témoignages de Thiès et Fatick indiquent un taux d'abandon de la pratique de 90 %. Pour la zone de Kolda il est difficile d'estimer le taux d'abandon. Il reste que, si l'excision est encore pratiquée, elle n'est plus visible.

9.2 Connaissance et pratique de l'excision

Dans ce chapitre, nous présentons les niveaux de connaissance de la pratique de l'excision chez les femmes soumises à l'enquête et la prévalence de cette pratique. Les résultats concernant le type de personnel ayant effectué l'opération, ainsi que certaines opinions des personnes interrogées portant sur les avantages et l'abandon de cette pratique sont également abordés. L'un des objectifs essentiels de l'étude étant d'appréhender les tendances récentes de la pratique de l'excision, nous présenterons des résultats sur la prévalence et l'âge au moment de l'excision des filles vivantes nées des femmes soumises à l'enquête.

Le Graphique 9.1 fournit les résultats sur la connaissance et la pratique de l'excision chez les femmes interrogées. Le niveau de connaissance de l'excision est plus élevé dans les villages du groupe C quel que soit le groupe d'âge considéré. La proportion des femmes dans les villages de type C connaissant l'excision est de 99 %. Les villages de types A et B se situent à peu près au même niveau : respectivement, 90 et 92 %.

Graphique 9.1 Connaissance et pratique de l'excision par les femmes enquêtées



CRDH, Sénégal 2006

9.3 Âge à l'excision

Au Sénégal, 60 % des femmes excisées ont subi cette opération « dans la petite enfance », donc très jeune, et plus de 90 % sont excisées avant l'âge de 10 ans (EDS-IV 2005). Parmi les femmes ayant participé à notre enquête, plus de la moitié a été excisée « dans la petite enfance ». Dans les villages des groupes A, B, et C, respectivement, 48 %, 65 % et 52 % ont donné cette réponse. Si l'on ajoute ces pourcentages à ceux des âges 0-5, on voit que le pourcentage des femmes excisées avant l'âge de 5 ans est de 61 % pour les villages A, 75 % pour les villages B, et 61 % pour les villages C.

Quel que soit le type de village, les femmes sont excisées avant l'âge de 15 ans (Tableau 9.1), et environ 90 % ont subi l'opération avant l'âge de dix ans, comme ailleurs au Sénégal.

Tableau 9.1 : Âge à l'excision

Répartition des femmes excisées selon l'âge à l'excision, EIT Sénégal 2006.

	Âge à l'excision (en ans révolus)						Ne sait pas/Non déclaré	Total	Effectifs de femmes excisées
	Petite enfance	0-1	2-4	5-9	10-14	15 +			
	Villages A	48,1	3,5	9,5	20,0	10,0			
Villages B	65,3	-	9,5	14,7	3,2	-	7,4	100,0	95
Villages C	51,8	2,7	6,6	20,1	12,6	1,8	4,5	100,0	334

Au Sénégal, l'âge à l'excision tend à diminuer comme on peut le voir en comparant l'âge d'excision des mères avec celui de leurs filles. Le Tableau 9.2 montre que 95 % des filles excisées ont subi cette opération avant l'âge de dix ans.

Tableau 9.2 : Âge à l'excision

Répartition des femmes et de leurs filles excisées selon l'âge à l'excision, EIT Sénégal 2006.

	Âge à l'excision (en ans révolus)						Ne sait pas/Non déclaré	Total	Nombre de femmes excisées
	Petite enfance	0-4	5-9	10-14	15+				
	Mères								
Villages A	48,1	13,0	20,0	10,0	0,5	8,5	100,0	401	
Villages B	65,3	9,5	14,7	3,2	--	7,4	100,0	95	
Villages C	51,8	9,3	20,1	12,6	1,8	4,5	100,0	334	
Ensemble	51,6	11,1	19,4	10,2	1,0	6,7	100,0	830	

Filles	Petite enfance	Ne sait pas/Non déclaré					Total	Nombre de femmes excisées
		0-4	5-9	10-14	15+	déclaré		
Villages A	--	70,4	23,1	4,2	0,9	1,4	100,0	216
Villages B	--	85,2	13,0	--	--	1,9	100,0	54
Villages C	--	66,3	27,8	5,9	--	--	100,0	338
Ensemble	--	69,4	24,8	4,8	0,3	0,7	100,0	608

L'âge à l'excision des filles est utile pour notre examen des données, car si presque toutes les filles sont excisées avant l'âge de dix ans, nous pouvons utiliser la prévalence de l'excision chez les filles de moins de dix ans pour évaluer l'impact de Tostan et des déclarations publiques sur l'excision.

9.4 Prévalence de l'excision

Étant donné l'âge à l'excision de la grande majorité des femmes, nous disposons de deux sources de données pour identifier l'impact possible de Tostan : les femmes de 15 à 19 ans, et les filles de 0 à 10 ans. Toutes les autres femmes, ainsi que leurs filles, avaient plus de 10 ans en 1996 quand les interventions de Tostan ont commencé dans ces régions. Environ 5% des filles sont excisées après l'âge de 10 ans.

L'évaluation de l'impact de Tostan sur les taux d'excision des filles suppose que l'on sache ce qui se serait passé sans intervention. Le Tableau 9.3 montre les taux d'excision par groupe d'âges et par type de villages. Pour ce qui est de la pratique de l'excision, la proportion des femmes excisées est nettement plus faible dans le groupe A, avec 64 %. Elle est de 81 % dans le groupe B contre 87 % dans le groupe C (voir dernière colonne à droite).

Tableau 9.3 : Prévalence de l'excision chez les femmes interrogées

Pourcentage de femmes excisées par groupe d'âges et par type de villages, EIT Sénégal 2006.

	Âge actuel							Total
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	
Villages A								
Pourcentage	54,9	60,4	69,8	59,8	69,5	70,9	71,1	63,8
Effectifs	133	111	116	87	82	55	45	629

	Âge actuel							Total
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	
Villages B								
Pourcentage	65,2	75,0	72,2	87,5	88,9	100,0	100,0	80,5
Effectifs	23	24	18	16	18	10	9	118
Villages C								
Pourcentage	77,8	86,7	86,2	88,7	96,2	92,6	84,4	86,5
Effectifs	85	60	58	71	53	27	32	386

En lisant de droite à gauche selon les groupes d'âge, on note une baisse régulière du taux d'excision pour les femmes de 15-19 ans, donc celles qui avaient 5-9 ans en 1996-2000 et 10-14 ans en 2001-2005. Dans les villages témoins (C), le taux d'excision est passé de 92 % pour les femmes de 35-49 ans à 78 % pour les femmes de 15-19 ans. Une baisse du taux d'excision peut être observée aussi dans les villages d'intervention (A), d'environ 70 % pour les femmes de 35-49 ans à 55 % pour les femmes de 15-19 ans. Pour les villages du groupe B, le nombre de cas (118) est trop limité pour tirer une conclusion valable. Donc, nous ne pouvons pas affirmer que cette baisse provient des activités de Tostan dans ces villages à partir de ces données.

9.5 Opinions sur le maintien ou l'abandon de la pratique de l'excision

En ce qui concerne la nécessité de maintenir ou non la pratique de l'excision, de l'avis des femmes, c'est seulement dans les villages de type C que la majorité souhaite la maintenir (Tableau 9.4). Pour les groupes A et B, c'est la disparition de la pratique qui est souhaitée (respectivement, 71 % et 83 % des cas).

Si l'on se réfère à l'opinion exprimée dans l'enquête, on constate que l'intervention de Tostan et la participation à une DP, même sans Tostan, ont amené les femmes à s'opposer à l'excision. Les données ne laissent aucun doute là-dessus : et dans les villages Tostan, et dans les villages ayant fait une déclaration publique, l'effet sur l'opinion exprimée lors d'une enquête est le même, c'est-à-dire, très peu de femmes disent qu'il faut poursuivre l'excision.

Tableau 9.4 : Opinions des femmes sur le maintien ou l'abandon de l'excision

Répartition des femmes selon qu'elles sont pour ou contre le maintien de la pratique de l'excision selon le type de villages, EIT Sénégal 2006.

Type de villages	L'excision doit :				Total	Effectifs connaissant l'excision
	Être maintenue	Disparaître	Cela dépend	Ne sait pas		
A	18,4	70,8	4,4	6,2	100,0	565
B	7,4	83,4	0,9	8,3	100,0	108
C	52,9	37,4	5,2	4,2	100,0	382

9.6 Pratique et intention de l'excision des filles

Le Tableau 9.5 et le Graphique 9.2 présentent pour chaque type de villages, le pourcentage de femmes ayant au moins une fille excisée et la répartition de celles n'ayant aucune fille excisée selon leur intention de la pratiquer à l'avenir sur leurs filles.

Le pourcentage de femmes ayant au moins une fille excisée est plus faible dans les villages de type A (30 %), contre 34 % dans les villages de type B ; il atteint 69 % dans les villages témoins (type C).

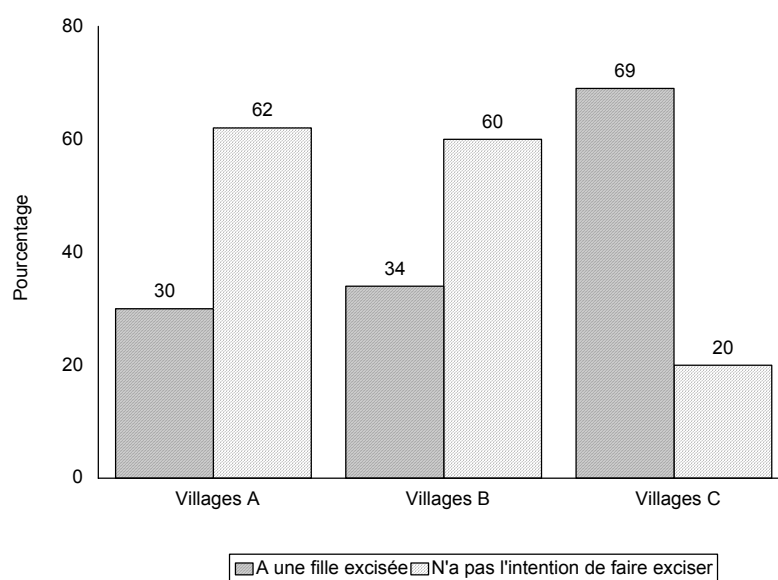
Tableau 9.5 : Intention d'exciser les filles

Répartition des femmes ayant au moins une fille en vie, au moins une fille excisée ou ayant l'intention de faire exciser une fille dans l'avenir, EIT Sénégal 2006.

Types de villages	A au moins une fille excisée	Aucune fille excisée et la mère			Total	Effectifs de femmes ayant au moins une fille vivante
		A l'intention de faire exciser une fille	N'a pas l'intention de le faire	Ne sait pas/Non déclaré		
A	30,0	5,2	61,9	3,0	100,0	367
B	33,8	2,6	59,7	3,9	100,0	77
C	69,1	10,0	20,0	0,9	100,0	230

Concernant l'intention d'exciser les filles, on observe des tendances similaires : 5 % pour le type A, 3 % pour le type B et 10 % pour le type C. Les femmes des villages témoins qui, en principe, ne sont soumises à aucune influence de Tostan sont plus nombreuses à déclarer avoir l'intention de faire exciser leurs filles à l'avenir. Malgré la faiblesse des effectifs, il est vraisemblable que les femmes les plus jeunes et les plus instruites sont moins nombreuses à avoir des filles excisées et plus nombreuses à n'avoir pas l'intention de pratiquer l'excision sur leurs filles (Tableau non publié).

Graphique 9.2 Pratique et intention d'exciser les filles



CRDH, Sénégal 2006

9.7 Prévalence de l'excision chez les filles des femmes interrogées

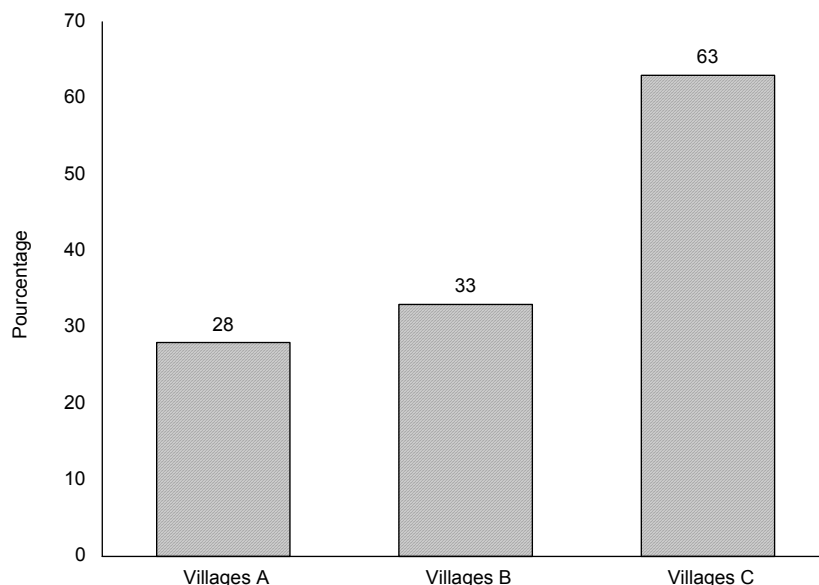
Le Tableau 9.6 et le Graphique 9.3 présentent le pourcentage de filles excisées parmi toutes les filles vivantes nées des femmes interrogées et ventilées par groupe d'âges. On constate que la proportion de filles excisées est nettement plus faible dans les groupe type A, avec 28 %. Dans les groupes B et C, les valeurs sont, respectivement, de 33 % et de 63 %. On peut en déduire qu'il existe probablement un impact notable de l'intervention de Tostan en ce qui concerne cette pratique. Cependant, si l'on admet que l'effet sur les générations plus âgées (20 ans ou plus) n'est pas important, alors, l'impact devient moins évident dans la mesure où, même pour celles-ci, les proportions sont plus faibles dans le groupe A.

Tableau 9.6 : Prévalence de l'excision chez les filles des femmes interrogées

Pourcentage d'excisées parmi toutes les filles vivantes nées des femmes interrogées, EIT Sénégal 2006.

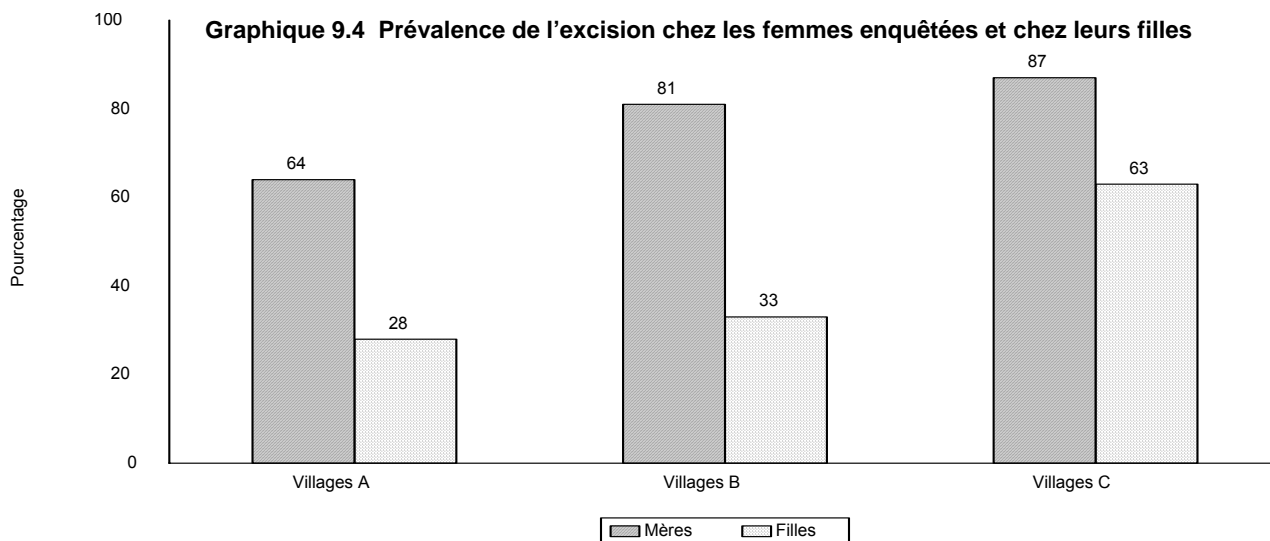
Types de village	Pourcentage	Effectifs des filles
Villages A - Groupes d'âge des filles		
0-4 ans	7,3	245
5-9 ans	22,7	225
10-14 ans	33,1	142
15-19 ans	58,0	88
20 ans +	68,1	72
0-10 ans	15,6	533
Ensemble	28,0	772
Villages B - Groupes d'âge des filles		
0-4 ans	2,0	51
5-9 ans	15,9	44
10-14 ans	48,4	31
15-19 ans	68,8	16
20 ans +	87,0	23
0-10 ans	10,7	112
Ensemble	32,7	165
Villages C - Groupes d'âge des filles		
0-4 ans	29,5	149
5-9 ans	65,0	140
10-14 ans	82,0	133
15-19 ans	79,4	68
20 ans +	85,1	47
0-10 ans	53,0	345
Ensemble	62,9	537

Graphique 9.3 Pourcentage de filles excisées parmi les filles vivantes des enquêtées



CRDH, Sénégal 2006

Par ailleurs, on peut comparer les pourcentages de femmes et de filles excisées pour chaque type de village pour apprécier un éventuel changement entre les mères et leurs filles. Le graphique 9.4 montre, en effet, des diminutions relatives de 56, 59 et 28 %, respectivement dans les groupes A, B et C. Ces taux traduisent une prévalence moins forte de la pratique de l'excision chez les filles que chez leurs mères, mais aussi et surtout une diminution beaucoup plus forte dans les villages qui sont en contact avec Tostan que dans les villages témoins⁴.



CRDH, Sénégal 2006

⁴ Malgré une certaine différence dans l'âge des filles à l'excision entre les villages.

Le Tableau 9.3 a présenté les taux d'excision chez les femmes ventilées par groupes d'âge pour les trois types de villages, alors que le Tableau 9.6 a présenté les taux d'excision chez les filles. Le Tableau 9.7 ajoute un groupe d'âge pour les mères aux données sur les filles pour révéler les tendances à plus long terme.

Pour avoir une vue globale du changement du taux de prévalence dans les villages d'intervention (A) et les villages témoins (C), il faut comparer la prévalence chez les mères de 20-29 ans et les filles de 0-9 ans. La prévalence de l'excision diminue dans les trois types de villages. Dans les villages témoins (C), elle passe de 86 % pour les femmes âgées de 20-29 ans à 47 % pour les filles de 0-9 ans, ce qui constitue une baisse de 46 % en 20 ans. Dans les villages de Tostan (A), la prévalence a reculé de 65 % pour les femmes de 20-29 ans à 15 % pour les filles de 0-9 ans, soit un écart relatif de 77 % en 20 ans. Dans les villages du groupe B, nous pouvons observer des tendances similaires, mais le nombre des cas est trop limité pour pouvoir en tirer des conclusions.

Tableau 9.7 : Prévalence de l'excision chez les femmes interrogées et leurs filles

Pourcentage de filles et de femmes excisées par groupe d'âges et par type de village, EIT Sénégal 2006.

Types de village	Filles		Femmes	
	Âge		Âge	
	0-9	10-14	15-19	20-29
Villages A				
Pourcentage	15	33	55	65
Effectifs	470	142	133	227
Villages B				
Pourcentage	8	48	65	74
Effectifs	95	31	23	42
Villages C				
Pourcentage	47	82	78	86
Effectifs	289	133	85	118

Dans l'ensemble, nous pouvons constater une différence importante dans la vitesse à laquelle les taux de prévalence ont diminué dans les villages A (Tostan) et les villages C (témoins) : de 86% à 47% dans les villages témoins et de 65% à 15% dans les villages d'intervention. Nous pouvons attribuer cette différence aux interventions de Tostan et aux déclarations publiques. Ces interventions ont accéléré le processus d'abandon de l'excision.

Il faut se rappeler qu'un nombre limité des filles âgées de 0-9 ans seront excisées après l'âge de 10 ans dans les prochaines années dans les trois types de village (Tableau 9.2). Si l'on présume pour un instant que les filles de 0-4 ans ne seront pas excisées entre l'âge de 5 et 9 ans, les taux définitifs de prévalence pour les filles de 0-9 ans seront légèrement plus élevés que les taux présentés dans le Tableau 9.7 pour les trois types de village. Ainsi, par exemple, dans le cas des villages A, la prévalence serait de 15.4% plutôt que 14.7% pour les filles de 0-9 ans. On peut faire le même type de calcul pour les filles de 0-4 ans afin de montrer que quand elles atteindront l'âge de 15 ans, les taux de prévalence seront légèrement plus élevés. Plus d'informations sur l'âge à l'excision sont disponibles ci-dessous.

Tableau 9.8 : Âge des filles des femmes interrogées à l'excision

Répartition des filles excisées par âge à l'excision, EIT Sénégal 2006.

Âge actuel des filles	Groupes d'âge des filles à l'excision				Total	Effectifs de filles excisées
	0-4	5-9	10-14	15+		
Villages A						
0-4	100,0	--	--	--	100,0	18
5-9	84,3	15,7	--	--	100,0	51
10-14	77,1	22,9	--	--	100,0	48
15 ans +	55,6	31,3	9,1	4,0	100,0	99
Ensemble	70,4	23,1	4,2	2,3	100,0	216
Villages B						
0-4	100,0	--	--	--	100,0	1
5-9	85,7	--	--	14,3	100,0	7
10-14	93,3	6,7	--	--	100,0	15
15 ans +	80,6	19,4	--	--	100,0	31
Ensemble	85,2	13,0	--	1,9	100,0	54

	Groupes d'âge des filles à l'excision				Total	
	0-4	5-9	10-14	15+		
Villages C						
0-4	100,0	--	--	--	100,0	45
5-9	76,7	23,3	--	--	100,0	90
10-14	56,0	33,9	10,1	--	100,0	109
15 ans +	52,1	38,3	9,6	--	100,0	94
Ensemble	66,3	27,8	5,9	--	100,0	338

Comme chez les mères, la quasi-totalité des filles excisées (95 %) est excisée avant l'âge de 10 ans ; vraisemblablement, l'excision des filles est plus précoce dans les villages de type B essentiellement constitués de Poular où plus de 85 % des petites filles sont excisées avant l'âge de 5 ans (Tableau 9.2). Par ailleurs, bien que les filles de 0-9 ans n'aient pas totalement échappé aux risques d'être excisées, la proportion ayant subi cette pratique est déjà supérieure à celle des mères excisées au même âge ; ceci confirme aussi la plus grande précocité de l'excision chez les filles. Si l'on ignore les filles actuellement âgées de 0-4 ans qui n'ont pas encore totalement échappé aux risques d'excision, on remarque en effet que la proportion de filles excisées à 0-4 ans augmente des générations les plus âgées aux plus jeunes, sauf dans les villages de type B. Cependant, le pourcentage de filles excisées après 9 ans est sensiblement plus élevé dans les villages de type C ou témoins.

Le Tableau 9.9 présente la répartition des filles selon l'âge actuel par période d'excision avant l'enquête. Les années ont été regroupées en périodes de cinq ans. L'enquête ayant eu lieu en début 2006 (février-mars), la période la plus récente (0-4 ans) correspond à peu près à 2001-2005 et 5-9 ans à 1996-2000. L'enquête portant sur des villages pratiquant l'excision et ayant bénéficié au moins d'une déclaration publique en 2000 ou plus tôt, cette typologie devrait permettre d'appréhender d'éventuels changements dans la prévalence de l'excision par comparaison entre la période 0-4 ans et les périodes antérieures. Pour l'ensemble des filles, tous villages confondus, la fréquence de l'excision parmi ces filles n'a pratiquement pas bougé au cours des 10 dernières années : passant de 11,4 % 5-9 ans avant l'enquête, à 10,7 % 0-4 ans avant l'enquête. Par contre, malgré la faiblesse des effectifs, il semble bien que la fréquence de l'excision a diminué dans les villages d'intervention de Tostan (type A) : la proportion de filles excisées est tombée de 8,5 % 5-9 ans avant l'enquête, à 4,7 % 0-4 ans avant l'enquête. Dans les villages de type B qui ont uniquement organisé une DP, les effectifs

sont trop faibles pour tirer une conclusion. Par contre, dans les villages normalement non influencés par Tostan, la fréquence de l'excision s'est au contraire amplifiée au cours des 10, voire 15 dernières années (16, 17 et 22 %).

Tableau 9.9 : Pratique de l'excision par périodes avant l'enquête

Répartition des filles selon l'âge et par périodes de l'excision avant l'enquête, EIT Sénégal 2006.

Périodes avant l'enquête	Âge actuel (en ans révolus)				Ensemble	Effectifs de filles
	0-4	5-9	10-14	15+		
Villages A						
0-4 ans	6,9	7,1	1,4	0,6	4,7	36
5-9 ans	--	15,1	14,7	6,9	8,5	66
10-14 ans	--	--	17,5	18,2	7,0	54
15 ans +	--	--	--	35,2	7,3	56
Non excisées*	93,1	77,8	66,4	39,0	72,5	560
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	772
Villages B						
0-4 ans	2,0	4,5	--	--	1,8	3
5-9 ans	--	9,1	19,4	--	6,1	10
10-14 ans	--	--	29,0	12,8	8,5	14
15 ans +	--	--	--	66,7	15,8	26
Non excisées*	98,0	86,4	51,6	20,5	67,9	112
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	165
Villages C						
0-4 ans	29,8	31,9	20,3	1,7	22,0	118
5-9 ans	--	32,6	27,8	8,7	17,1	92
10-14 ans	--	--	32,3	34,8	15,5	83
15 ans +	--	--	--	36,5	7,8	42
Non excisées*	70,2	35,5	19,5	18,3	37,6	202
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	537

Périodes avant l'enquête	Âge actuel (en ans révolus)				Ensemble	Effectifs de filles
	0-4	5-9	10-14	15+		
Ensemble						
0-4 ans	14,1	15,2	9,4	1,0	10,7	157
5-9 ans	--	20,4	20,8	6,7	11,4	168
10-14 ans	--	--	25,1	23,6	10,2	151
15 ans +	--	--	--	39,6	8,4	124
Non excisées*	85,9	64,4	44,6	29,1	59,3	874
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	1474

* Inclut 8 cas pour lesquels l'âge à l'excision est manquant ou erroné.

10 Discussion

L'impact du programme dans la vie du village et des individus est réel. L'équipe d'évaluation est néanmoins consciente que les sources d'information pourraient avoir travesti certains faits, malgré le fait qu'il a été constamment rappelé que l'équipe n'était pas de l'ONG Tostan mais appartenait à un organisme de recherche indépendant. L'évaluation a soulevé quelques questions.

En premier on peut discuter du choix des villages. Toutes les informations recueillies du côté de Tostan comme du côté des populations montrent que certaines conditions sont nécessaires. Les villages ayant des leaders forts, polarisant un certain nombre de villages, l'obligation de la part du village de soutenir les facilitateurs, sont autant de facteurs qui peuvent intervenir dans le choix. Après la première déclaration publique, le nom de l'ONG a été fortement associé à l'abandon de l'excision, ce phénomène ayant été très médiatisé. On a aussi vu qu'il s'est opéré une transition, car par l'effet des migrations entre les villages et de la popularité du programme, des villages deviennent demandeur du programme. Aussi on peut s'interroger sur des partis pris de sélection. L'excision apparaissant comme une condition d'implantation du programme, les villages les plus réfractaires peuvent s'exclure du processus. Les villages les plus démunis peuvent aussi s'exclure du processus étant dans l'incapacité de soutenir la prise en charge d'un facilitateur.

Il faut aussi reconnaître que la stratégie de l'ONG qui consiste à exiger une participation du village est un gage d'appropriation. Les populations jouent un grand rôle dans l'implantation et la mise en œuvre du programme. Elles participent pleinement à son déroulement, et le niveau d'acceptabilité du programme suite aux négociations est très élevé. L'effort des villages, qui consiste à offrir des conditions d'accueil aux facilitateurs et aux cours, malgré les difficultés dues à la pauvreté, est un gage de pleine participation.

On peut aussi s'interroger sur les participants au programme. Le manque d'assiduité de certains participants et les abandons au fil du temps montrent l'apparition possible de distorsions. Même si les raisons évoquées sont justifiées, il reste que seules les plus motivées ont participé à l'ensemble du programme. Est-ce celles qui montrent plus de détermination et qui ont probablement des idées avant-gardistes, qui bénéficient pleinement du programme ? Autrement dit, est-ce les plus convaincues, qui ont déjà des prédispositions pour le changement, qui renforcent leurs compétences ? Une évaluation précédente a montré qu'au

départ, les niveaux de connaissance de ces femmes, sont plus élevés⁵. Aussi les moins indépendantes, les plus réfractaires, et peut-être les plus occupées par les tâches ménagères et les enfants (donc les plus jeunes) finissent par être moins impliquées. Cependant un résultat intéressant de l'évaluation montre que le temps finit par aplanir d'éventuelles différences et les autres femmes vivant dans le village suivent le mouvement.

On peut aussi discuter de l'utilité des programmes d'éducation dans un contexte de pauvreté extrême. En effet, même avec un investissement important de l'ONG pour améliorer les connaissances et encourager des comportements sains, ceux-ci auront du mal à s'implanter si la population manque d'eau, de structures sanitaires et sociales, et de personnel de santé qualifié. Les difficultés de survie quotidiennes limitent l'impact du programme. Certaines sources d'information n'ont pas manqué de souligner le fait que les connaissances sont bonnes, mais qu'elles ne contribuent pas à la survie quotidienne. Dans cette phase du programme, il faut aussi noter que les cours étaient entièrement réservés aux femmes.

L'effet du programme sur le mariage précoce se fait moins ressentir que son effet sur l'excision pour les raisons suivantes : 1) un ensemble d'intervention et d'influences extérieures contribuent à ce résultat (scolarisation, loi, médiatisation, modèles culturels extérieurs); 2) les sessions sur le mariage et sur les droits des femmes étaient peu structurées durant cette phase du programme; et 3) la peur des grossesses hors mariage.

Il y a un changement de paradigme qui fait que la grossesse hors mariage, plus que le fait de ne pas être excisée, est vécue comme un phénomène honteux débouchant sur la marginalisation. Cependant une association est faite entre le fait de ne pas être excisée et le libertinage des filles, à cause de l'absence d'éducation qui accompagnait l'excision. Aussi, pour les filles, le fait de ne pas être excisée, n'est pas réellement perçu comme une entrave au mariage mais plutôt comme un risque plus élevé de grossesse hors du mariage. Cette inquiétude est bien réelle chez les parents et il faudrait y apporter une solution.

L'effet du programme sur l'abandon de l'excision est assez impressionnant, de l'opinion de tous et selon toutes les sources d'information. Même si tout le monde n'est pas convaincu de la nécessité de cet abandon, cette opinion est minoritaire. Le processus de concertation, de

⁵ Diop, N.J., M.M. Faye, A. Moreau, J. Cabral, H. Benga, F. Cissé, B. Mané, I. Baumgarten and M. Melching. *The Tostan program: Evaluation of a community-based education program in Senegal*. Frontiers Final Report. Washington, DC: Population Council.

sensibilisation et de négociation avant l'organisation de la DP laisse entrevoir une importante adhésion autour de la nécessité d'abandonner la pratique et la pérennisation de ces acquis. Cependant, quelques frustrations sont apparues car les pionnières ont eu le sentiment de ne pas avoir été suffisamment valorisées. Le raisonnement que tiennent les diverses sources d'information, surtout les femmes, pourrait être schématisé comme suit : on nous a demandé d'abandonner une coutume multiséculaire, on a accepté, bien qu'on n'ait jamais été confronté à tous ces inconvénients dont on parle tant, il faudrait donc qu'on ait quelque chose en échange, il faudrait qu'on reçoive quelque chose qui contrebalance cette grande perte (perte d'un repère, perte d'un signe de reconnaissance, d'une identité ethnique, culturelle). Plusieurs années après, ce ressentiment reste vivace dans les villages pionniers qui s'attendaient à plus de retombées sur leur vie quotidienne.

Ce ressentiment est d'autant plus vivace qu'il y a un sentiment d'injustice face aux investissements matériels et financiers que Tostan a faits dans d'autres villages. Les populations font en quelque sorte le constat que tous ont abandonné la pratique, mais qu'il semble que Tostan privilégie certains villages au détriment des autres. Ils constatent que davantage d'investissements économiques ont été consentis dans certains villages. Ces différences sont probablement la conséquence de financements octroyés par des bailleurs de fonds à l'ONG pour des activités d'accompagnement économiques. Mais l'ignorance des populations de ces questions crée un sentiment de frustration et même des tentatives de chantage par rapport à l'abandon de l'excision. Ce chantage s'exprime dans le discours mais il est difficile de savoir s'il se traduit dans la réalité.

Les villages associés à la déclaration publique, sans avoir bénéficié du programme, y participent surtout en observateur. C'est au retour de ces déclarations publiques que des concertations sont menées. Elles s'expriment d'ailleurs par une demande envers l'ONG visant à accueillir le programme à leur tour. Ainsi la participation à la déclaration publique des villages alliés est un début et non la fin du processus pour ces villages. Ceci explique pourquoi dans les zones couvertes par l'étude, tous les villages ont accueilli ultérieurement le programme. En outre, si le processus de concertation et d'association des villages alliés est important, il convient de renforcer la décision en y implantant un programme d'éducation.

Au fil du temps, les populations se sont peut-être rendues compte que le programme de Tostan est synonyme de « financements » ou « projets » pour les femmes ou le village de manière générale. En effet, au moment de la DP, il y a beaucoup de visiteurs (des hôtes de marque, selon les sources d'information) et le village reçoit une aide financière pour faire face ;

même si elle est modique, elle n'est pas à négliger dans des zones où les conditions de vie sont très difficiles. Par ailleurs, même si l'organisation ne le fait pas au moment où le programme se déroule, Tostan accorde en général des financements/prêts aux groupements qui ont accueillis le programme. Tous ces éléments peuvent susciter envie et jalousie vis-à-vis des villages qui ont accueillis le programme, ce qui se manifeste par un désir de bénéficier du programme de Tostan comme les autres villages, qui sont parfois des villages parents.

La question des interventions structurales qui doivent accompagner ou suivre les interventions visant au renforcement des capacités des villageois se pose avec acuité. Cependant, ce rôle n'est pas nécessairement du ressort d'une ONG comme Tostan. Mais la recherche de partenariats avec d'autres programmes susceptibles d'assumer cette tâche apparaît comme une nécessité.

11 Conclusion

Cette évaluation avait pour objectif d'évaluer l'impact du programme de Tostan sur la vie quotidienne dans les villages et sur les mariages précoces et l'excision. Les informations recueillies montrent que le programme a apporté un ensemble d'acquis aux villages ; des acquis qui s'articulent autour de changements intervenus à la fois dans les connaissances, dans l'ordre humain et social, mais surtout dans les perceptions et pratiques liées à l'excision.

Dans l'analyse qualitative, l'accent a été mis sur les effets du programme à l'échelle sociale, les évolutions survenues concernant la santé, ainsi que les mutations qui se sont opérées au niveau individuel et humain. A l'échelle sociale, le programme a favorisé au sein des villages une amélioration des relations sociales. Selon les sources d'information, il a contribué à la valorisation du statut de la femme au sein des villages. En plus, il se dégage une forme de synergie entre les actions qui favorise l'assistance mutuelle au sein des villages.

Concernant l'ordre humain et social, il s'opère un changement positivement appréciable touchant les perceptions et les relations interpersonnelles ; le programme de Tostan a en effet favorisé une certaine communication sociale au sein des villages. Selon les leaders et les femmes participantes, le programme aurait contribué à l'amélioration des relations conjugales justifiée par la réduction des conflits entre conjoints.

Du point de vue sanitaire, le programme de Tostan aura induit un meilleur recours aux services de soins, corollaire de l'amélioration des connaissances des femmes sur la vaccination et les consultations prénatales, par exemple. Toutefois, c'est essentiellement dans l'application des connaissances acquises que se mesurent les réels impacts survenus dans la santé. Les témoignages des femmes mettent l'accent sur un meilleur recours aux soins, mais l'analyse quantitative des indicateurs ne révèle pas une amélioration de la situation dans ces villages de Tostan. Ainsi, l'analyse quantitative n'a pas révélé d'incidences du programme sur la santé des femmes et des enfants, puisque la vaccination des enfants, l'utilisation des services, et le recours aux services de santé ne sont pas meilleurs dans les villages qui ont bénéficié du programme.

Les conversations concernant les déclarations publiques ont révélé énormément de variations dans l'organisation des DP et dans la qualité de la participation. Par contre, les personnes interrogées ont toutes indiqué qu'elles prenaient très au sérieux l'engagement de leur village pour abandonner l'excision après une DP.

La formation de groupes sociaux dans les villages est antérieure au déroulement du programme, mais le programme a encouragé leur mise en valeur. La DP semble avoir concouru dans certains villages au renforcement de ces comités dans le suivi des mesures et décisions prises à l'occasion des déclarations. La majorité (71 %) des personnes qui ont répondu au questionnaire a confirmé l'existence d'un comité de suivi aux déclarations publiques, mais ces groupes/comités n'ont pas été retrouvés dans les villages visités par l'équipe d'évaluation qualitative.

Les populations dans cette étude restent encore confrontées aux difficultés d'accès à des services sociaux. En définitive, tous ces facteurs les empêchent de tirer profit des acquis. On constate aussi un manque de suivi sur le terrain et l'absence d'un dispositif d'accompagnement. Tostan a lancé des stratégies dans ce sens, avec la création des comités. En réalité ces comités n'ont pas fonctionné comme escompté ; les populations elles-mêmes ont du mal à les identifier et à les distinguer, à définir leurs missions, leurs centres d'intérêts, leurs actions et réalisations au sein des localités soumises à l'étude.

La situation du mariage précoce reste plutôt ambiguë dans les villages d'intervention, car la population ne s'accorde pas sur son importance. Selon les statistiques, les premiers mariages très précoces (moins de 15 ans) ont diminué de fréquence au cours des 10 à 15 dernières années dans les trois types de villages. Les baisses les plus importantes ont été observées dans les villages d'intervention (type A) pour les filles de 10-14 ans : 23 %, 16 % et 12 %, respectivement, pendant les périodes de 10-14 ans, 5-9 ans et 0-4 ans précédant l'enquête. Dans les villages témoins, on constate aussi un recul des mariages des jeunes filles de moins de 15 ans (de 18 % à 13 %), mais il est moins marqué. La comparaison entre les villages de type A et ceux de type C montre donc que les DP et les programmes de Tostan ensemble ont pu contribuer à faire baisser légèrement la prévalence des mariages avant l'âge de 15 ans, mais on ne constate pas d'effets sur les mariages avant l'âge de 18 ans pris ensemble.

Il se dégage un changement très net des perceptions touchant à l'excision dans les villages soumis à l'étude. Le programme de Tostan a contribué à mobiliser des communautés désormais unies autour de l'abandon de cette pratique. La majorité des personnes interrogées ont déclaré que l'excision a disparu de leurs villages.

Les résultats statistiques concernant l'excision des filles démontrent que la prévalence de l'excision a diminué dans les villages d'intervention de Tostan et dans les villages qui ont

participé à une déclaration publique (types A et B). Pour les filles de 0-9 ans, le pourcentage des filles excisées est de 15 % dans les villages du groupe A, de 8 % dans les villages du groupe B, et de 47 % dans les villages du groupe C. On voit ainsi un effet de la participation à une déclaration publique dans les sept villages de Kolda (villages B) qui n'ont pas bénéficié du programme de Tostan. Il faut toutefois noter qu'environ 5% des filles âgées de 0-9 ans seront excisées dans les quelques années à venir. Cela signifie que dans les trois types de villages, la réduction du taux de prévalence est en réalité légèrement plus faible. Dans le cas des villages de type A, par exemple, la prévalence serait de 15.4% plutôt que 14.7%. L'excision existe toujours dans tous les villages, mais la fréquence a fortement diminué dans les villages d'intervention. À l'inverse dans les villages de référence, les pratiques et opinions demeurent encore favorables à l'excision.

Dans tous les cas, il est généralement admis que l'intervention de Tostan est bénéfique pour l'ensemble des populations des zones d'intervention. Pour la population générale, les bénéfices concernent surtout la baisse très nette dans le taux d'excision. Les femmes qui ont participé au programme, et parfois d'autres aussi, continuent à profiter des connaissances et des capacités acquises pendant les cours. Les engagements pris par la population pendant et après les déclarations publiques aident aussi à faire reculer la fréquence des excisions.

Pour de plus amples informations, veuillez contacter :

Le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF)
Section de la statistique et du suivi ou Section de la protection de l'enfant
3 United Nations Plaza,
New York, NY 10017, États-Unis

COURRIEL : ccappa@unicef.org ou childprotection@unicef.org

Contenu de la photo : Fatoumatou Diallo, participant à la Déclaration Publique de Tounifily pour l'abandon de l'excision et du mariage précoce/forcé, lit la déclaration devant la foule à Tounifily, Basse Guinée, le 10 Juin 2007.

Crédit photo : photo gracieusement fournie par Tostan.