

L'appropriation communautaire des cases de santé selon la perspective des populations.

Mamadou Diaw

▶ To cite this version:

Mamadou Diaw. L'appropriation communautaire des cases de santé selon la perspective des populations.. Géographie. Université Paris Saclay (COmUE), 2019. Français. NNT: 2019SACLV074. tel-02470764

HAL Id: tel-02470764 https://theses.hal.science/tel-02470764

Submitted on 7 Feb 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers. L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



NNT: 2019SACLV074





L'appropriation communautaire des cases de santé selon la perspective des populations

Thèse de doctorat de l'Université Paris-Saclay préparée à l'Université de Versailles Saint-Quentin-En-Yvelines

Ecole doctorale n°578 Sciences de l'Homme et de la Société SHS Aménagement et Architecture

Thèse présentée et soutenue à Versailles le 13 décembre 2019 par

Mamadou DIAW

Rapporteur

Composition du Jury :

Monsieur Jean-Paul VANDERLINDEN

Professeur à l'Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines

(Directeur du Laboratoire Cultures, Environnements, Arctique,

Président, Examinateur Représentations, Climats)

Monsieur Pierre LOMBRAIL

Professeur de santé publique à l'Université de Paris 13.

Praticien hospitalier aux hôpitaux universitaires

Paris Seine - St-Denis, AP-HP

(Directeur adjoint du Laboratoire Education et Pratiques de santé) Rapporteur

Monsieur Moustapha DRAME

Professeur de santé publique à l'Université des Antilles.

Praticien hospitalier CHU de Martinique (UFR de médecine)

Monsieur Yorghos REMVIKOS

Professeur à l'Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines

(Laboratoire Cultures, Environnements, Arctique,

Représentations, Climats) Directeur de thèse

REMERCIEMENTS

« La thèse est un récit », ne cessait de me répéter mon directeur de thèse. En méditant sur le parcours ayant conduit à cette thèse et sur le déroulement de cette dernière, j'ai pu me rendre compte de la pertinence de cette affirmation.

En effet, en fait de récit, mon parcours en est assurément un en ce qu'il a impliqué des acteurs appartenant à quatre générations.

D'abord, la première génération, comprenant mes parents :

- feue, ma mère Arame FALL, femme travailleuse, vertueuse et généreuse, qui s'est battue pour que j'aille à l'école française ; je suis sûr que, de l'au-delà, elle n'a eu de cesse de prier pour ma réussite ;
- mon père, à qui je rends hommage; d'abord réfractaire à l'école française mais, une fois conscient de son utilité, a tout fait pour me pousser à la réussite en m'inculquant le culte du travail et de l'excellence, même si ce fut au prix de privations des activités récréatives.

Ensuite, la deuxième génération, comprenant mes épouses :

- Ngoné, qui s'est accoutumée de ma présence silencieuse au cours de mes études, sans jamais se plaindre ;
- Awa, qui a su occuper ma place auprès des enfants, en remplissant le vide, pendant que j'étudiais.

Suit la troisième génération qui comprend mes enfants :

- Ndèye Ami, qui, d'outre Atlantique, n'a cessé de s'enquérir de mes progrès et de m'encourager;
- Mohamed et Cheikh Ahmad Tidiane qui, par leurs questions, ont toujours cherché à comprendre le sens et l'intérêt de mes études ;
- Arame, ma fille cadette, beaucoup plus jeune au début de ma thèse, qui s' intéressait à ce que j'étudiais en me posant des questions sur des mots et figures qu'elle apercevait sur l'écran de l'ordinateur; et qui trouvait rigolo de voir un papa étudier.

Enfin, la quatrième génération à laquelle appartient mon petit-fils, « Junior », qui, dès l'âge de deux ans, avait observé mes routines « d'étudiant », et à force de pleurs, s'était arrogé la fonction d'insérer le câble d'alimentation dans le portable quand je m'installais pour étudier, et d'appuyer sur la touche de démarrage ; ce qui le rendait le plus heureux au monde.

A tous ces êtres chers, je dédie ce travail.

Je n'aurais pas pu entreprendre le parcours qui a abouti à cette thèse sans le concours de plusieurs personnes dont certains ont influé sur ma carrière.

Je voudrais citer:

- Amadou Ndiaye, Inspecteur Général d'Etat à la retraite, mon maitre émérite en classe de CM2 que j'ai pris comme modèle, qui m'a donné le goût des études et m'a placé sur les rampes de la réussite scolaire.
- Christopher Hedrick, ancien Directeur Pays du Corps de la Paix/Sénégal, leader éclairé, pour avoir eu foi en moi en me confiant le secteur de la santé. Ce fut un véritable défi pour le forestier de formation et de carriere que j'étais, ce qui m'a poussé à acquérir une qualification dans le domaine de la santé ayant abouti à cette thèse.
- Le Professeur Yorghos Remvikos, pour m'avoir donné l'opportunité de faire cette thèse sous son encadrement. Son humanisme, son érudition, son humilité et son esprit critique m'ont profondément marqué.
- Les volontaires du Corps de la Paix : Sarah Legare, Mike Toso, Sophia Mullenberg, Marta Mukasy et Laurel Brun qui m'ont permis d'accéder à des publications ou m'ont aidé à produire des graphiques pour ce document de thèse ou pour des présentations.

Qu'ils trouvent ici mes sincères remerciements.

Je n'oublie pas tous les parents, amis et collègues et les remercie de leurs encouragements.



Titre: L'appropriation communautaire des cases de santé selon la perspective des populations

Mots-clés: participation communautaire, appropriation, capital culturel, capital symbolique, capital social

Au Sénégal, la case de santé (CdS), fruit d'un processus socio-historique et de l'évolution de la politique sanitaire, constitue la base de la pyramide sanitaire où elle est intégrée. Paradoxalement, les communautés arrivent difficilement à se l'approprier. Elle doit sa survie l'accompagnement des compréhension de 1'appropriation communautaire fait défaut et a motivé cette recherche, d'où son originalité. La recherche est basée sur l'hypothèse selon laquelle les dynamiques de participation communautaire influencent l'appropriation de la CdS.

Au moyen d'une étude qualitative, empirique et exploratoire utilisant une stratégie d'étude de cas multiples, 3 cas ont été sélectionnés dans la région de Thiès. Nous avons collecté quatre types de données qualitatives : entretiens approfondis, focus groups, entretiens semi-structurés et observation directe. Une perspective relationnelle opérationnalisée par un cadre conceptuel large empruntant des concepts de la théorie Bourdieusienne et une approche sociohistorique Eliasienne balisent la recherche.

Les données ont été analysées au moyen de la théorisation ancrée utilisant un codage par niveaux d'abstraction progressive, duquel ont émergé les catégories ayant servi à l'élaboration d'un cadre logique.

Les résultats de l'étude indiquent que les mécanismes du processus d'appropriation s'expriment par la capacité des communautés à gérer les événements critiques et par l'insertion de la CdS dans le tissu social.

La pouvoir d'agir de la communauté, le sens communautaire de ses membres et leur capacité à mobiliser les pratiques sociales de participation constituent les moteurs de l'appropriation qui est entretenue par des interrelations entre les capitaux culturel, social et symbolique. Ce dernier s'exprime au niveau communautaire, en entrant en jeu dans la construction de l'appropriation comme processus et non finalité, en renforçant l'identité et en renouvelant l'espace de confiance et de réciprocité, essentiel pour l'action collective. La construction discursive de l'identité communautaire, de la reconnaissance et de l'espace de confiance de réciprocité apparait comme une originalité.

Les discussions portent sur des aspects méthodologiques et sur l'opérationnalité du concept d'appropriation. Entres autres, l'appropriation apparait comme processus de reconnaissance et non comme finalité.

Cette étude ouvre des pistes de recherches dans le cadre d'un élargissement de l'aire de recherche et en tenant compte des facteurs supracommunautaires. Elle recommande un changement de regard des agents de développement qui devraient considérer les communautés comme des unités de participation, des systèmes regorgeant de potentialités et de solutions nécessitant d'être stimulés et mobilisés; et non comme des nids de problèmes à résoudre, avec des solutions importées.





Title: The appropriation of health huts according populations' perspective

Key words: community participation, appropriation, cultural capital, social capital, symbolic capital

The health hut model in Senegal is the result of a socio-historical process as well as the health policy evolution. It underpins the health pyramid and is integrated into the health system. Paradoxically, communities struggle to appropriate their health huts. The lack of understanding of the community appropriation process justified this research, which makes it original.

The research hypothesis is that the dynamics of community participation influence the health hut appropriation.

Through a qualitative, empirical and exploratory research using a multiple case study strategy, three cases were selected in the Thiès region. Four types of qualitative data were collected: indepth interviews, focus groups, semi-structured interviews and direct observation.

A relational perspective based on a flexible conceptual framework inspired by Bourdieu's theory and an Eliasian socio-historical approach guided the research.

Data were analyzed by means of the grounded theory method using a coding based on progressive levels of abstraction; which allowed the emerging of categories used to develop the theoretical framework.

Results show that the appropriation process mechanisms are expressed through the capacity of communities to manage critical events; and the immersion of the health hut in the social fabric.

The agency of action, the sense of community and the capacity of community members to mobilize their social practices of participation are the driving forces of the appropriation process that is sustained by the interrelations between the cultural, social and symbolic capitals. The latter displays at the community level by coming into play in the appropriation construction as process and not as an aim; and by renewing the trust and reciprocity space that is essential for collective actions. Of originality, is the discursive building of identity, recognition; and space of trust and reciprocity.

Are discussed, methodological aspects and the operationability of the appropriation concept: among others, appropriation appears as a process and not as an aim.

The study opens new research paths as it relates to the widening of the geographical area of such type of study; and by taking into account the supra-community level factors. It recommends a paradigm shift from the part of development agents who need to consider communities as unit of participation, as systems full of potential and solutions that wait to be stimulated and mobilized; and not as problem nets to be addressed using imported solutions.



Espace Technologique / Immeuble Discovery Route de l'Orme aux Merisiers RD 128 / 91190 Saint-Aubin, France



TABLE DES MATIERES

LISTE DES ACRONYMES (ORDRE ALPHABETIQUE)	
LISTE DES TABLEAUX	
LISTE DES FIGURES	
PREAMBULE	1
INTRODUCTION	5
PARTIE I CONTEXTE	10
Chapitre 1. Le Sénégal	10
1.1. Repères historiques	10
1.2. Géographie	11
1.3. Population	13
1.4. Situation socio-économique	13
1.5. Organisation du système de santé	14
1.6. Couverture en structures de santé	15
1.7. Situation sanitaire	16
1.8. La case de santé dans le système de santé	
Chapitre 2. Rappel historique des démarches communautaires	
en santé au Sénégal	21
2.1. Dans le cadre des politiques de santé	21
2.2. Dans le cadre des politiques de développement	32
Chapitre 3. Caractérisation de la case de santé	37
3.1. Caractère hybride de la case de santé	37
3.2. La case de santé : une multiplicité d'éléments constitutifs	47
PARTIE II : CADRE CONCEPTUEL ET METHODE	49
Chapitre 4 : Cadre conceptuel	51
4.1. Clarification du « concept »	51
4.2. Cadre Conceptuel.	59
Chapitre 5 : Choix méthodologique	73
5.1. <i>Backgrounds assomption</i> et posture de recherche	74
5.2. Méthode qualitative	82

5.3. Etudes de cas	89
Chapitre 6 : Esquisse de cadre méthodologique	92
6.1. Population et région d'étude	92
6.2.Sélection des cas	94
6.3. Collecte des données.	97
6.4. Analyse des données	103
PARTIE III : RESULTATS	113
Chapitre 7 : Manifestations et mécanismes de l'appropriation communautaire	115
7.1. Appellation 'case de santé'; représentations et métaphores	116
7.2. Identification des « cas » d'appropriation	116
7.3. Manifestations et mécanismes de l'appropriation communautaire	118
Chapitre 8 : De l'importance du sens communautarise	130
8.1. Expressions du sens communautaire	130
8.2. Interprétations du sens d'identification communauté	133
Chapitre 9 : De l'importance du pouvoir d'agir	148
9.1. Capacité à gérer les événements critiques	148
9.2. Manifestations du pouvoir d'agir.	155
Chapitre 10 : La participation en tant que pratique sociale	174
10.1. Activités agentielles	174
10.2. Activités structurelles et processuelles: les dynamiques de participation	175
10.3. Activités discursives : la construction discursive de la participation	181
10.4. Les activités mentales: "je participe, donc j'appartiens"	182
10.5. Les activités cognitives.	183
10.6. Les activités matérielles.	174
Chapitre 11 : Cadre sociologique interprétatif	186
11.1. Description du cadre sociologique interprétatif	186
11.2. Explication du cadre sociologique interprétatif	187
11.3. Interprétation du cadre sociologique interprétatif	188

PARTIE IV: Discussions.		192
Chapitre 12 : Justifications des choix théoriques et méthodologiques		194
12.1. La posture interprétativiste		194
12.2. La perspective socio-historique et la sociologie relationnelle		195
12.3. La méthode qualitative		196
12.4. L'étude de cas		196
12.5. La théorisation ancrée		199
12.6. Démarche d'analyse comparative		200
12.7. L'écriture de la thèse		201
Chapitre 13 : Discussions autour du processus d'appropriation		203
13.1. Quelle communauté pour une appropriation de la CdS		203
13.2. Ressorts de l'appropriation		205
13.3. Comparaison de l'appropriation de la CdS et celle d'autres « objets »		209
13.4. Questionnements autour de la notion d'appropriation de la CdS		211
CONCLUSIONS		218
BIBLIOGRAPHIE		234
ANNEXE I : PAQUETS DE SERVICES OFFERTS PAR LES CdS		I
ANNEXE II : RESUME DE LA RECHERCHE SUR LES DEFINITIONS		
DES CONCEPTS.	VII	
ANNEXE III : PRESENTATION DE LA REGION DE THIES		XII

LISTE DES SIGLES, ABREVIATIONS ET ACRONYMES

AID: Agence pour la Coopération Internationale

ANSD: Agence national de la Statistique et de la Démographie

ASC: Agent de Santé communautaire

CdS: Case de santé

CEA: Commissariat à L'Energie Atomique

EDS: Enquête démographique et de Santé

CESE: Conseil Economique social et environnemental

DS: District de Santé

DSDOM: Dispensateur de Soins à Domicile

EPS: Etablissement public de Santé

FISE: Fonds International de Secours à l'Enfance

FNUAP: Fonds des Nations unies pour la population

GPF: Groupement de Promotion Féminine

IB: Initiative de Bamako

ICP: Infirmier Chef de Poste

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

NV: Non vivant

OCB : Organisation Communautaire de Base

OMS: Organisation Mondiale de la Santé

ONG: Organisation non-gouvernementale

PEV: Programme élargi de Vaccination

PIB: Produit Intérieur Brut

PS: Poste de Santé

PNSC : Politique nationale de Santé communautaire

PNSSC: Stratégie nationale de Santé communautaire

PSC: Programme de Santé communautaire

SFE: Sage-Femme d'Etat

SSP: Soins de Santé primaire

STEPS: Approche STEPwise de l'OMS portant sur la surveillance des facteurs de risque des

maladies chroniques

TSS: Technicien Supérieur de Santé

UNICEF: United Nations United International Children's Emergency Fund

USAID: United States Agency for International Development

USD: Dollar US

VIH/SIDA: Virus de l'immunodéficience humaine/ syndrome d'immunodéficience acquise

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Carte du Sénégal dans le monde :	12
Figure 2: Pyramide sanitaire du Sénégal	15
Figure 3 : Représentation du modèle théorique de la CdS inspirée	
du modèle de la santé communautaire de Jourdan (2012)	39
Figure 4 : Dimensions de la CdS (sur la base du modèle de Jourdan, 2012)	.41
Figure 5: Actions collectives concernant la CdS.	44
Figure 6: Triangle sémantique, tiré de "Meaning of Meaning"	
par Ogden et Richards	51
Figure 7 : Mindmap du cadre conceptuel	72
Figure 8 : Carte de la région de Thiès	93
Figure 9 : Structure atomique	176
Figure 10 : Représentation des dynamiques de participation communautaire	179
Figure 11 : Cadre sociologique interprétatif du processus d'appropriation des CdS	186
Figure 12 : Tableau de l'Atelier Populaire, ex Ecole des Beaux-Arts	215

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Tableau des indicateurs socio-économiques	14
Tableau 2 : Récapitulatif des démarches communautaires de santé au Sénégal	35
Tableau 3 : Caractéristiques de l'interprétativisme. Développé par Cantrel A. (2001),	
traduit et adapté par nos soins	79
Tableau 4 : Caractéristiques des techniques de collecte de données utilisées	101
Tableau 5 : Points d'ancrage des techniques de collecte de données	102
Tableau 6 : Les approches d'analyses qualitatives. Développé des travaux	
de Meriam (1998) et Bernard (2000)	105
Tableau 7 : Différence entre la théorisation ancrée et la grounded theory. Dev	veloppé par
Guillemette	106
Tableau 8 : Etape de réduction des codes	112
Tableau 9 : listes des sous-catégories et catégories émergentes	115
Tableau 10: Caractéristiques des cas selon la logique de variation maximale	118
Tableau 11 : Liste des organisations communautaires impliquées dans les CdS	126
Tableau 12 : Facteurs ayant pu influencer l'origine de la création et du développement	des villages
de nos trois cas	135
Tableau 13 : Formes d'expression identitaire	146
Tableau 14 Mobilisateurs communautaires	162
Tableau 15 : Vocations des organisations communautaires	164
Tableau 16 : Prise d'initiative des communautés	166
Tableau 17 : Formes de triangulation adoptées	229

PREAMBULE

a) Auto ethnographie

Comme tous les jeunes sénégalais qui, sans être au préalable passés par l'école coranique, ont été envoyés à l'école française au cours des années post indépendance, nous avons reçu un enseignement privilégiant la mémorisation et une éducation basée sur une copie des valeurs occidentales. Ce qui fait, qu'une fois plongé dans notre milieu de vie, nous étions confronté à des oppositions telles que tradition contre modernité, enracinement contre ouverture, langues locales contre langue française, pratiques traditionnelles contre pratiques islamiques, etc. Ainsi, nous sommes capable d'adapter nos comportements et attitudes selon le milieu dans lequel nous évoluons.

A la fin des années 70, nous avons reçu une formation universitaire en sciences forestières dont l'écologie et la sylviculture constituent des matières de base. L'écologie et la sylviculture ont pour fondement conceptuel de base le système, tel qu'il découle de l'observation du fonctionnement de la forêt en tant que système écologique dont l'évolution résulte de l'interaction avec les facteurs climatiques et des communautés humaines qui l'entourent et avec qui elle est en interaction. Cela nous a amené très tôt à avoir une vision systémique de la nature, notamment de l'interdépendance entre les éléments qui la composent, les flux qui régissent son fonctionnement et les réseaux (webs) qui la structurent. Cette formation a été complétée par une spécialisation en cartographie et gestion des ressources naturelles dont le prolongement a été une carrière professionnelle de 9 ans en tant qu'ingénieur chargé de concevoir des techniques pour lutter contre les phénomènes de dégradation des ressources naturelles à l'échelle villageoise. Cela nous a amené à adopter une approche technocratique dans la résolution des problèmes communautaires.

Notre carrière professionnelle a pris une autre direction quand nous avons intégré une organisation de volontaires qui pratiquent l'immersion totale dans des communautés pendant deux ans pour mieux identifier leurs besoins et les accompagner dans la mise en œuvre de petits projets, en mettant l'accent sur le renforcement des capacités. Nos fonctions de directeur de programme, chargé de tracer le cadre de travail des volontaires, de choisir leurs communautés d'accueil et d'assurer la supervision des volontaires avec de fréquents séjours dans les communautés nous a

permis, au fil du temps, de développer un savoir expérientiel en matière de développement communautaire auquel nous n'avons pas été formé.

De manière non-intentionnelle, nous avons été amené à gérer le secteur de la santé, quand bien même nous n'étions pas un spécialiste de la santé au départ. Cela nous a poussé à poursuivre des études de Master en santé environnementale dirigé par notre actuel directeur de thèse. Au-delà des compétences techniques acquises, ce Master nous a permis d'apprendre à croiser les regards en interrogeant différentes disciplines quand il s'agit de traiter des problèmes de santé et de développement durable en général. Cette perspective pluridisciplinaire et transdisciplinaire nous a poussé à nous intéresser aux sciences sociales, notamment la sociologie et l'anthropologie. Nos lectures nous ont amené à découvrir la théorie des pratiques de Bourdieu, l'anthropologie du développement théorisée par Olivier de Sardan (1991). Intéressé par ces lectures, nous avons même failli faire un Master en sociologie, gagné que nous étions par la découverte d'une nouvelle discipline révélatrice, avant de nous raviser au profit d'études doctorales.

b) Genèse du projet de thèse

Il n'est pas fréquent de choisir comme amorce de l'introduction d'une thèse de doctorat sa propre expérience professionnelle. Mais tel est notre cas dans le cadre de cette présente thèse.

Au cours de notre expérience professionnelle de 34 ans dans le domaine du développement communautaire, nous avons travaillé dans le cadre de projets touchant l'environnement, l'éducation et la santé. Le constat effectué dans tous ces domaines, c'est que les projets viennent, font leur temps et disparaissent. Ainsi, nous avons l'impression que les efforts de développement communautaire semblent être un éternel recommencement car, pour une raison ou une autre, les populations montrent de l'enthousiasme au début des projets, mais elles se relâchent au fil du temps, et finissent, en général, par les laisser tomber dans la « décrépitude ».

Au cours des dix dernières, nous avons surtout travaillé dans le domaine de la santé communautaire, plus spécifiquement avec les cases de santé¹ (CdS). La CdS est une intervention

2

¹ La CdS est une structure jadis, sous forme d'un abri très sommaire fait de paille et de matériaux locaux; mais qui a évolué avec le temps jusqu'à prendre la forme de bâtiment de plusieurs pièces n'ayant rien à envier à un dispensaire moderne. La CS est implantée dans un village centre autour duquel gravitent des villages ou hameaux moins peuplés. Une case fonctionnelle comprend un agent de santé communautaire ASC qui assure des soins curatifs pour les

à base communautaire portée par le système de santé que les communautés tentent avec beaucoup de bonne volonté de faire fonctionner selon les prescriptions édictées par le système de santé.

Au cours de nos pérégrinations à travers le Sénégal, nous avons pu côtoyer les communautés villageoises et les CdS de beaucoup plus près et dans la durée. Nous avons été étonné de constater le nombre très élevé de CdS fermées, en état végétatif ou à l'abandon, contre un très faible nombre de CdS fonctionnelles, sans que les rasions ne fussent véritablement documentées.

Par contre, l'on peut rencontrer fortuitement des communautés qui « tirent leur épingle du jeu » en s'appropriant leur CdS et en les faisant fonctionner selon les principes qui les régissent.

Très souvent dans les rapports d'évaluation, l'on se contente de blâmer les communautés pour leur manque d'implication, d'engagement ou de participation. Cet état de fait interpelle nécessairement la pérennisation des CdS qui est un impératif, considérant que les CdS constituent la base de la pyramide sanitaire au Sénégal; et qu'il existe plus de 2467 CdS chargées de fournir des soins de base à la population en milieu rural. Si l'on considère que 53% de la population du Sénégal vit en milieu rural, l'on peut appréhender leur poids dans le système de santé.

Cet état de fait n'a cessé de susciter notre curiosité et notre intérêt à comprendre comment une minorité des communautés, parfois très démunies, arrivent à tirer leur épingle du jeu en faisant fonctionner leurs CdS et les faire perdurer; en d'autres termes, à comprendre comment elles s'approprient leurs CdS. C'est pour cela que nous avons choisi la problématique de l'appropriation communautaire appliquée aux CdS comme sujet de recherche de notre thèse. Nous avons choisi la région de Thiès au Sénégal comme terrain d'étude compte tenu du fait qu'elle abrite les premières CdS transférées, c'est-à-dire placées sous le contrôle total des communautés; et qu'elle a la plus longue histoire en matière de décentralisation

maladies simples et réfèrent les cas sévères au poste de santé (PS); une matrone qui assure les accouchements simples et réfère les grossesses à risque au poste de santé; et un ou plusieurs relais qui exécutent les activités d'éducation et de prévention. Chaque CS est sous la tutelle d'un Comité de Santé (CoS) composé de 3 à 5 membres, désignés par la communauté; et a comme mission d'appuyer le fonctionnement de la case et de gérer les ressources financières générées par la vente des tickets de consultation et des médicaments génériques. Le CoS est chargé de mobiliser et d'engager la communauté pour le fonctionnement de la CdS

Avouons que notre démarche est plutôt singulière car il est plus courant de réaliser une thèse doctorale pour s'approprier un champ d'étude et y consacrer sa carrière professionnelle, plutôt que de clôturer une carrière professionnelle en réalisant une recherche doctorale pour comprendre un phénomène que nous n'avons pas pu saisir tout le long de notre carrière. Qu'à cela ne tienne, le jeu en vaut la chandelle si on considère que la compréhension du processus d'appropriation communautaire des CdS peut éclairer la compréhension des interventions à base communautaire qui sont devenues une stratégie de plusieurs politiques de développement.

INTRODUCTION

La santé publique s'est développée à partir de la deuxième moitié du XVIIIe siècle, dès lors qu'on a commencé à s'intéresser à l'amélioration de l'état sanitaire de l'ensemble de la population. Avec la création d'organisations transnationales telles que l'OMS, en 1948, l'on assiste à l'avènement de politiques et programmes visant à assurer la santé des populations. Parmi ces derniers, l'on peut citer les Soins de Santé Primaire (SSP), la Charte d'Ottawa pour la Promotion de la Santé, le Programme Ville en Santé, la Santé dans Toutes les Politiques, la Santé Communautaire, etc.

Dans les pays en développement, les SSP ont assurément, retenu le plus d'attention par les espoirs soulevés en ce qu'ils sont censés permettre, à la majorité de la population, d'accéder aux soins et de contribuer à la résorption des inégalités sociales de santé. Le Sénégal a transposé les SSP en généralisant le modèle des cases de santé qui avait été testé sous forme de projet dans l'ancienne Région du Sine Saloum. Cependant, la transposition et la généralisation du modèle ont été effectuées sur un terreau constitué par un système sanitaire dont les origines remontent à la médecine coloniale dont l'objectif principal était le contrôle des maladies.

Après son accession à l'indépendance, le nouvel Etat du Sénégal s'est évertué à bâtir un système de santé en s'appuyant sur le legs colonial constitué par le service des grandes endémies. La première grande réforme du système de santé a eu lieu avec l'avènement du système des Soins de Santé Primaire en 1978. Cette réforme a été appliquée en capitalisant les expériences de plusieurs projets de santé à base communautaire qui ont eu à être exécutés dans le pays et en s'appuyant sur une réforme administrative et territoriale visant à transférer aux collectivités locales un certain nombre de compétences, dont la santé.

Depuis 2006, l'Etat du Sénégal, avec l'aide de partenaires extérieurs, a commencé à donner un contenu et une approche standardisée à la création et au fonctionnement des cases de santé en mettant l'accent sur l'amélioration de la participation communautaire, le renforcement des capacités des agents de santé communautaire et l'instauration d'un paquet de services. Cette volonté d'amélioration de la santé au niveau communautaire a abouti à l'adoption, en 2014, d'une Stratégie nationale de Santé communautaire qui intègre la case de santé au système national de santé.

Du fait des valeurs qui les sous-tendent, notamment l'érection de la santé en droit, les SSP n'en demeurent pas moins un modèle exogène caractérisé par leur universalisme et leur aculturalisme, imposant aux populations des formes particulières d'organisation et de participation à l'organisation des soins. En outre, la recherche de l'efficacité et l'imposition d'un système de recouvrement des coûts en rajoutent aux défis de la participation communautaire en tant que soubassement du modèle ; défis dont ont hérité les cases de santé qui rendent leur appropriation communautaire problématique. Cette dernière constitue l'objet de notre thèse.

a. Structure de la thèse

Cette thèse débute par une amorce qui introduit et justifie notre problématique de recherche, En dehors de l'introduction générale et de la conclusion générale, elle est structurée en quatre parties.

Sur la base d'une approche socio-historique, la première partie comporte trois chapitres.

Le chapitre 1 présente le Sénégal, pays où s'est déroulée la recherche. Le chapitre 2 aborde le contexte qui a précédé l'avènement des CdS, ce faisant, il permet de capter les processus développementaux qui se déroulent dans le temps et qui ont influencé leur naissance et leur évolution. Le chapitre 3 décline les caractéristiques des CdS et celles du champ socio-sanitaire.

La deuxième partie est structurée en trois chapitres. Dans le chapitre 4, il est d'abord expliqué les choix méthodologiques opérés; et, dans le chapitre 5, est traité le cadre conceptuel, en commençant par la définition des concept-clés de la problématique de recherche. Vu la richesse des définitions que nous avons tenté de synthétiser incluant leur étymologie et généalogie, seules les définitions retenues seront inclues dans cette partie; quant au reste, il est placé en annexe. Dans un second temps, les catégories de pensée qui servent de balises et l'approche sont déclinées après avoir été justifiées. Dans le chapitre 6 est décrite la démarche du cadre méthodologique utilisé pour permettre d'apprécier la validité des résultats et leurs limites.

La troisième partie présente les résultats en cinq chapitres traitant des manifestations et mécanismes de l'appropriation communautaire (chapitre 7), de l'importance du sens

communautaire (chapitre 8), de l'importance du pouvoir d'agir (chapitre 9), de la participation en tant que pratique sociale (chapitre 10) et du cadre sociologique interprétatif (chapitre 11).

La quatrième partie traite de la discussion des résultats à travers le chapitre 12 qui aborde les justifications des choix théoriques et méthodologiques; et le chapitre 13 qui traite de questionnements relatifs au concept d'appropriation.

Enfin, la conclusion de la thèse permet d'en faire la synthèse, de répondre aux questions de recherches, de confirmer ou d'infirmer nos hypothèses, de jeter un regard sur notre réflexivité, de justifier la validité des résultats obtenus ainsi que de leurs limites, de montrer les contributions de notre thèse, de tracer de futures pistes de recherche à explorer pour renforcer la compréhension du processus d'appropriation ; et de formuler des recommandations en vue de favoriser l'appropriation.

PARTIE I : CONTEXTE

En vue de comprendre les phénomènes sociaux, Norbert Elias postule qu'il faut passer par l'examen de l'histoire à long terme. Il explique que l'observation empirique sur le long terme permet de suivre le fil du changement.

Au moyen d'une étude bibliographique et d'entretiens avec les informateurs-clés ; et selon une perspective historique, nous procédons dans le chapitre 2 à une revue du contexte socio-sanitaire dans lequel est née la CdS, afin d'identifier les différents « événements » qui ont produit des effets ayant pu déteindre sur les CdS.

Auparavant, dans le chapitre 1, pour permettre de placer les éléments dans leur cadre, nous faisons une présentation du Sénégal, pays où se déroule la recherche.

Enfin dans le chapitre 3, nous caractérisons la case de santé avant de déboucher sur nos questions et objectifs de recherche.

Chapitre 1 : Le Sénégal

1.1. Repères historiques (Source : Archives du Sénégal))

L'histoire du peuplement du Sénégal reste relativement peu connue. Cependant, la découverte d'objets au cours de fouilles archéologiques constitue une preuve d'une présence humaine très ancienne (environ 150 000 ans). Des céramiques et autres objets élaborés découverts dans l'embouchure du Fleuve Sine Saloum seraient la preuve que des populations de pêcheurs et de commerçants vécurent le long de la côte. Le peuplement du pays serait parti de l'empire du Ghana, en progressant de la vallée du fleuve Sénégal en direction du sud. A partir de la conquête coloniale, l'histoire du Sénégal est bien documentée et marquée par une succession de royaumes.

Les premiers contacts avec les Européens datent de 1415, époque à laquelle un Vénitien débarque dans la région du cap Vert et s'installe à Gorée. Dans la seconde moitié du XVI siècle, les Hollandais, les Portugais, et les Anglais se sont succédé. Après Dakar, Gorée et Rufisque, les colons s'installèrent à Saint Louis. Ainsi en 1659, Louis Gaultier établit dans l'île de Ndar un corps de Logis baptisé Saint Louis. Entre 1854 et 1864, Faidherbe étend les possessions françaises en vainquant les royaumes, non sans se heurter à des résistances féroces dont celle du Cayor. Il met ainsi en place une administration coloniale pour gouverner la colonie. Très tôt, un système politique est mis en place dans les quatre communes (Dakar, Gorée, Rufisque et Saint Louis), ce qui aboutira en 1914 à la nomination au parlement français du premier député noir, Blaise Diagne.

Comme les autres colonies, le Sénégal fournira des efforts considérable en envoyant des tirailleurs combattre pendant les deux guerres mondiales. La naissance d'une intelligentsia locale, ajoutée à la prise de conscience acquise par les tirailleurs au retour de la deuxième guerre mondiale, ont jeté les bases de mouvements de revendication pour l'indépendance du pays.

Dans cette direction, deux dates importantes sont à retenir. En 1946, le Sénégal devient Territoire d'Outre-Mer et fait partie de la République française au sein de l'Union Française. En 1956, l'Assemblée Constituante vote la loi cadre qui marque le début du processus de l'indépendance.

Le 4 avril 1960, le Sénégal devient Etat indépendant en héritant du patrimoine de l'administration coloniale à Dakar (qui était la capitale de l'Afrique Occidentale Française) et de Saint Louis (qui était la première capitale du Sénégal). Cela conférait un avantage certain pour le Sénégal qui héritait d'infrastructures sanitaires et éducatives.

1.2. Géographie

Situé à l'extrême ouest du continent Africain, le Sénégal couvre une superficie de 196.722 km2 (Figure 1). Il est situé dans la zone soudano-sahélienne, ce qui lui offre une saison de pluie qui varie de deux mois, à l'extrême nord, à 5 mois, au sud-est.

Il est limité, au nord, par la République islamique de Mauritanie; à l'est, par le Mali; au sud, par la Guinée Bissau et la Guinée; et, à l'ouest par l'Océan atlantique avec 700 km de côtes. La Gambie constitue une enclave qui sépare les régions de Ziguinchor, Sedhiou, Kolda et une partie de Tambacounda du reste du pays.

L'organisation administrative, territoriale et locale du Sénégal repose sur une division en :

- circonscriptions administratives (14 régions administratives, 45 départements et 117 arrondissements);
- et collectivités locales (45 départements et 557 communes).



• Le Sénégal dans le monde



Source: http://fr.wikipedia.org/wiki/Image:LocationSenegal.svg

Figure1: Carte du Sénégal dans le monde

1.3. Population (ANSD, 2017)

La population du Sénégal est estimée à 16.209.125 habitants avec un taux de croissance annuel de 2,5%. Les principaux groupes ethniques sont constitués par les Wolof (43 %), les Pular (24 %), les Sérer (15 %), les Diola (5 %) et les Mandingues (4 %).

La population est essentiellement musulmane (94 %). Cependant, on y trouve des chrétiens (4 %) et des adeptes des religions traditionnelles (2 %). La coexistence entre les communautés religieuses est harmonieuse.

En 2018, plus de la moitié des personnes vivant au Sénégal résident en milieu rural (53,3%) contre 46,7% de citadins. Il existe de fortes disparités dans la répartition de la population entre les entités administratives régionales. En guise d'exemple, la région de Dakar qui couvre 0,3% de la superficie du pays, abrite 23,1% de la population du Sénégal, soit une densité de 6.637 habitants au Km²; à l'opposé, la région de Kédougou est celle qui est la moins peuplée avec une proportion de 1,1% de la population et une densité de 11 habitants au Km².

Le pays dispose d'une population jeune avec un âge moyen de 19 ans et un âge médian de 18 ans. Les moins de 15 ans représentent 42,6% de la population.

1.4. Situation socio-économique (Source ANSD, 2017)

Le Sénégal est classé 164° pays sur 222, sur la base de l'Indice de Développement Humain, ce qui le classe parmi les pays pauvres. Il existe de fortes disparités au sein de la population et entre les zones rurales et urbaines, en termes d'accès aux services sociaux de base, dont la santé; et de revenus.

En effet, le nombre de personnes vivant en dessous du seuil de pauvreté est de 57% dans les zones rurales et de 26% dans la capitale, Dakar. Environ 30% de la population sénégalaise vit avec moins de 1\$ US par jour, et l'espérance de vie moyenne est de 64,8 ans.

Le tableau 1 dresse le profil socio-économique du pays

Indicateurs	Niveaux
Croissance démographique	2,7 % / an
PIB	24,130 milliards \$US (2018)
PIB/habitant	1 522 \$US (2018)
Croissance du PIB	6,80 % / an (2018)
Taux de natalité	37,20 ‰ (2013)
Indice de fécondité	4,70 enfants / femmes (2016)
Taux de mortalité	7,70 ‰ (2013)
Taux d'alphabétisation	57,67 % (2015

Tableau 1 : Tableau des indicateurs socio-économiques

1.5. Organisation du système de santé

Le système de santé du Sénégal est organisé selon une structure pyramidale (Figure 2) ayant comme base les districts sanitaires dans lesquels se retrouvent les postes de santé, les centres de santé et les cases de santé.

Figure V.1: Pyramide sanitaire du Sénégal en 2016

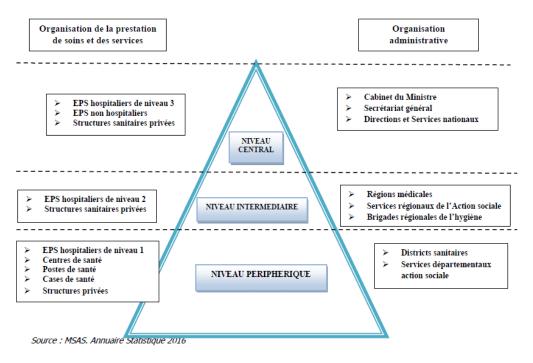


Figure 2: Pyramide sanitaire du Sénégal

1.6. Couverture en structures de santé : (Source MSAS, 2018)

Bien que des efforts aient été fournis en matière de réalisation d'infrastructures nouvelles, on observe dans ce domaine une baisse accentuée par le déficit en personnel du fait des effets de la croissance démographique. En conséquence, l'on constate une accessibilité inégale aux soins, particulièrement pour les plus pauvres et les plus vulnérables aux maladies infectieuses et parasitaires.

Le Sénégal comptait en 2016

- 100 Centres de Santé;
- 35 Hôpitaux dont 10 EPS de niveau 1, 14 EPS de niveau 2 et 11 EPS de niveau 3 ;
- 1.458 postes de santé;
- 2.464 cases de santé.

Ainsi, les ratios de couverture sont de :

- 1 Hôpital pour 422.853 habitants (normes OMS : 1 / 150.000 habitants);
- 1 Centre de santé pour 147.999 habitants (normes OMS 1 / 50.000 habitants) ;
- 1 Poste de santé pour 10.151 habitants (normes OMS 1 / 10.000 habitants) ;
- L'on compte un total de 36.849 agents communautaires tous types confondus.

1.7. Situation sanitaire (Source MSAS, 2017)

Selon le MSAS, ces deux dernières décennies ont été marquées par une amélioration de la situation sanitaire globale du Sénégal (marquée cependant par de fortes disparités). En effet, la plupart des indicateurs de santé ont connu une évolution favorable sous l'effet du développement socio-économique global, et des efforts entrepris spécifiquement pour lutter contre les mortalités maternelles et infantiles évitables. Ainsi, le ratio de mortalité maternelle, même s'il est encore élevé, continue de baisser tel qu'il ressort des EDS. Il est passé de 850/100.000 NV dans les années 86-87 à 392/100.000 NV en 2010- 2011 et à 236/100.000 NV en 2017 (contre 7/100.000 dans les pays développés). Dans le même ordre d'idées, le taux de mortalité infanto-juvénile, bien qu'encore élevé, a aussi connu une baisse significative. En effet, il est passé de 121‰ en 2005, à 56‰ en 2017.

Cependant, les maladies chroniques (hypertension artérielle, diabète, cancers, insuffisance rénale, maladies inflammatoires, etc.) sont en pleine expansion avec une prévalence estimée à 22% Selon les résultats de l'enquête nationale STEPS sur les facteurs de risque des maladies non-transmissibles organisée en 2016 par le MSAS. Malheureusement, depuis quelques années, le cancer est enregistré parmi les premières causes de mortalité dans le pays. Les hommes souffrent de cancers de la prostate, du poumon et du cancer colorectal, tandis que les femmes sont surtout affectées par le cancer du sein et du col de l'utérus ; ce que l'on pourrait attribuer à un changement de style de vie.

1.8. La case de santé dans le système de santé

La CdS constitue la base de la pyramide sanitaire et constitue le premier niveau de recours aux soins en milieu rural. Elle offre des services de base promotionnels, préventifs et curatifs dans des champs précis. Une CdS peut être décrite en termes : de structure, de personnel, de services offerts et de gouvernance.

1.8.1. La structure

La structure de la CdS a évolué avec le temps. Elle va d'une simple case en paille à un bâtiment comprenant deux ou trois pièces avec des toilettes. L'équipement sommaire est composé de quelques tables et lits dont le nombre varie en fonction des moyens de la communauté. Quand la CdS est équipée par un partenaire, elle peut être bien pourvue. Le Projet de Santé communautaire de l'USAID a travaillé à une standardisation de l'équipement des CdS. La CdS est construite, soit par la communauté sur moyens propres, soit par la collectivité locale ou un partenaire extérieur.

1.8.2. Le personnel

Chaque CdS est composée de différents types d'agents chargés de délivrer les services. L'on distingue :

l'Agent de Santé Communautaire (ASC) : chargé de traiter les patients sur place ou de référer vers le poste de santé le plus proche les cas nécessitant un traitement par un prestataire formé. Il est choisi par la communauté avec l'approbation de l'Infirmier Chef de Poste (ICP) qui se charge de le former à la pratique de gestes (désinfections, pansements...), à la prise en charge de certaines pathologies fréquentes (diarrhée aigüe, paludisme simple et infection respiratoire aigüe); et à la mise en place de programmes de prévention. Les ONG peuvent aussi se charger de la formation des ASC;

- la ou les matrones (un statut traditionnel repris par le système de santé) dont le rôle est de suivre les grossesses et de procéder à l'accouchement des femmes au niveau de la CdS², de promouvoir la planification familiale auprès de leurs patientes ; leur formation intervient dans les postes de santé ou les centres de santé sous l'autorité d'une sage-femme ; Il s'agit d'une formation pratique ; il faut noter que l' ASC peut être en même temps matrone ; auquel cas, elle est appelée ASC/Matrone ;
- des relais dont le rôle est de mener leurs activités dans les communautés sous forme de visites à domicile ou causeries³ pour prévenir les maladies, promouvoir des comportements plus adéquats, et d'encourager l'utilisation des services préventifs et curatifs disponibles rattachés à des programmes précis (nutrition, tuberculose, VIH/SIDA, Eau et Assainissement, etc.); Ils sont rémunérés par les partenaires selon les prestations effectuées;
- de nouveaux acteurs ⁴ communautaires (de création récente); il s'agit d'une part des marraines de quartiers (ou *Bajenu Gox*, une reprise d'un rôle traditionnel qui était dévolu aux tantes paternelles pour tout ce qui touchait la sexualité et la santé de la reproduction); chargées de coacher les adolescentes et les femmes enceintes; et d'autre part des Dispensateurs de Soins à Domicile (DSDOM) chargés de la détection précoce et du traitement du paludisme dans les régions à forte prévalence de cette maladie.

1.8.3. La gouvernance

Elle comprendrait l'appartenance à la communauté, la tutelle, le fonctionnement et la gestion, la motivation des agents, et la supervision. Elle découle du principe de participation communautaire

² Au cours de notre recherche, un changement est intervenu dans le système de santé qui interdit les accouchements par les matrones dans les CdS. Elles ne sont autorisées qu'à pratiquer les accouchements survenant de manière inopinée.

³ La causerie ou causerie éducative est une activité classique d'éducation pour la santé à travers laquelle un agent de santé communautaire réunit un groupe pour délivrer un/des messages sous forme d'échanges et pour susciter un changement de comportement.

⁴ La stratégie Nationale de Santé communautaire a établi une nouvelle nomenclature des agents de santé communautaire en révisant les dénominations et en les regroupant en deux catégories : Les Agents Communautaires de Soin (ACS) et les Agents Communautaire de Promotion et de Prévention (ACPP)

véhiculé par les SSP qui vise à impliquer les populations dans la prise en charge de leur propre santé.

<u>Appartenance</u>: Même si elle est construite par un partenaire, la CdS appartient à la population qui désigne ses représentants pour la gérer.

Fonctionnement et gestion : Son fonctionnement est assuré essentiellement par les recettes tirées de la vente des tickets de consultation et des médicaments, ce qui est considéré comme une forme de participation financière des populations ; et par l'appui matériel et financier fourni par les partenaires. La gestion financière de la CdS est assurée par un comité de santé composé de 4 ou 5 membres élus par la communauté. Il est chargé de veiller au bon fonctionnement de la case, de promouvoir l'utilisation de la CdS, d'aider à trouver des ressources additionnelles et de régler tous problèmes pouvant survenir dans le cadre du fonctionnement de la CdS.

Motivation des acteurs de la CdS: Bien que le travail d'agents de santé communautaire soit volontaire, il existe des formes de motivation assurées par le biais de la participation communautaire (champ communautaire ou cotisation) et par une ristourne sur les tickets de consultation et sur la vente des médicaments. Les ONG ont introduit par la suite des systèmes de rémunération, y compris le paiement de *per diem* au cours des activités de formation.

<u>Tutelle de la CdS</u>: La CdS est l'émanation d'une politique sanitaire nationale et contribue à l'atteinte des objectifs de santé. Pour ce faire, elle fait partie du système de santé et est placée sous la tutelle du District sanitaire qui traduit en termes opérationnels les orientations de la politique et qui veille à l'exécution correcte des programmes par les structures qui le composent.

<u>Supervision de la CdS</u>: La supervision des cases de santé et de leur personnel relevait au départ de la responsabilité d'agents recrutés, formés et payés par les partenaires qui appuient le MSAS dans le domaine de la Santé communautaire. Avec l'avènement de la SNSC, l'ICP est maintenant chargé de la supervision des CdS dans la zone de polarisation du poste de santé. En outre, l'ICP, en compagnie de la sage-femme du poste, est censé visiter régulièrement les CdS situées dans leur

zone de couverture pour procéder à la vaccination des enfants, offrir des consultations prénatales et assurer le suivi nutritionnel des enfants.

<u>Paquet de services</u>: La CdS offre des paquets de services qui englobent les interventions issues des différents programmes verticaux. Leurs mises en œuvre ne s'effectuent pas de manière intégrée mais sont programmées et exécutées selon l'agenda des partenaires. La liste du paquet de services figure en Annexe I.

Chapitre 2. Rappel historique des démarches communautaires en santé au Sénégal

Nous distinguons les démarches relatives aux politiques de santé et celles rentrant dans le cadre des politiques de développement mais ayant des incidences sur la santé au niveau communautaire.

2.1. Dans le cadre des politiques de santé

2.1.1. Au départ était la « médecine » traditionnelle.

Selon Kobangue (2010) « Avant l'ère de la médecine moderne ou conventionnelle, l'homme, mieux l'humanité toute entière, a recherché et retrouvé des moyens pour guérir les nombreuses maladies qui menacent son existence. C'est ainsi que sous tous les cieux l'homme, au même moment qu'il s'efforce de s'adapter aux différents milieux, a pu trouver et développer des connaissances et des pratiques pour se soigner en utilisant des produits... ». Ces connaissances et techniques sont regroupées sous le vocable de médecines traditionnelles que l'OMS (2000) définit comme « la somme totale des connaissances, compétences et pratiques qui reposent sur les théories, croyances et expériences propres à une culture et qui sont utilisées pour maintenir les êtres humains en bonne santé, ainsi que pour prévenir, diagnostiquer, traiter et guérir des maladies physiques et mentales. » Ainsi, au Sénégal, avant l'arrivée des colonisateurs, les populations gardaient leur santé et se soignaient grâce à cette médecine traditionnelle.

La médecine traditionnelle s'insère dans la culture des peuples dont elle intègre différentes manifestations (Godfraind, 2010); et elle évolue dans une étroite imbrication avec les autres secteurs de la vie sociale, aussi bien dans l'étiologie des maladies que des itinéraires thérapeutiques. En outre, le traitement du malade s'effectue au sein de la communauté et parfois avec l'implication de la communauté; tout comme la thérapie de groupe est une pratique courante. Ainsi, l'on pourrait inférer que la médecine traditionnelle est par essence une médecine communautaire.

Bien que l'exercice de la médecine traditionnelle ait été considéré comme illégal au Sénégal en 1966⁵, à nos jours, plus de 80% de la population a recours à la médecine traditionnelle (CESE, 2016) qui constitue aussi le premier recours dans les itinéraires thérapeutiques. Un tournant a été opéré en 2017 avec l'adoption s'une nouvelle loi sur la médecine traditionnelle qui règlemente son exercice et ses pratiques⁶. En vertu de cette loi, les tradipraticiens sont maintenant impliqués dans certaines interventions de santé communautaire, en relation avec la CdS.

2.1.2. La médecine coloniale

Le système de santé du Sénégal est le produit de la médecine coloniale. Cette dernière a été présentée par ses acteurs comme « un instrument ambivalent de la colonisation, un moyen de gagner les cœurs, voire les âmes, élément d'une mission civilisatrice aux multiples facettes (Headrick, 1981). Cependant, les motivations n'étaient pas d'ordre philanthropique. Loin s'en faut, car il s'agissait d'abord pour l'administration coloniale de procéder à une extension de la « mise en valeur », d'abord agricole puis, plus largement économique, aux hommes : travailleurs de plantations, constructeurs de routes et de voies ferrées (Lapeyssonie, 1988; Dozon, 1987). C'est pourquoi (Hours, 1989) note que la médecine coloniale est centrée sur l'homme vecteur, plutôt que l'homme acteur.

Cela explique pourquoi la politique coloniale dans le domaine de la santé et de la population a visé le contrôle de l'espace et des hommes, en vue de dégager une main-d'œuvre disponible pour la mise en valeur coloniale, tout en légitimant le système de coercition administrative, une législation et une réglementation de type autoritaire, avec des règlements sanitaires imposant des conduites strictes en matière d'hygiène (Becker, 1998). Cela a abouti à la ségrégation résidentielle avec la création de la Médina à Dakar en 1904, et de Sor à Saint Louis.

La prévention des maladies endémiques telles que la peste, le choléra, la maladie du sommeil et la fièvre jaune, s'est faite à travers la « pasteurisation » de la société sénégalaise avec la vaccination

⁵ Loi n° 66-069 du 4 juillet 1966 relative à l'exercice de la médecine et à l'Ordre des médecins

⁶ Depuis une loi a été votée pour encadrer la médicine traditionnelle, ce qui lui confère une reconnaissance. Les tradipraticiens ont acquis le statut d'agents de santé communautaire

obligatoire. Cela a été réalisé grâce à l'instauration de cordons de police sanitaire et la coercition sous forme d'interdiction .de circulation, de quarantaines et d'amendes. (Gaye, 1997).

Ainsi, la médecine coloniale a très tôt réalisé une action sanitaire décentralisée en adoptant comme stratégie la médecine de masse, caractérisée par la mobilité, le recours à des auxiliaires de santé non médecins qui, sous les ordres de médecins français, fournissaient une prévention médicale et des soins gratuits. (Hours, 1992) Face aux résistances, refus et dissimulations qu'ont entrainé ces mesures par contrainte forcée, le colonisateur a dû recourir en 1906 à l'utilisation d'Auxiliaires Indigènes de Santé qui sont des intermédiaires entre les services de santé coloniaux et les population, avec pour mission « de prendre part dans les soins à donner aux indigènes, de pénétrer dans leur vie intime, de gagner leur confiance et d'acquérir sur eux l'influence sur laquelle nous comptons pour faire pénétrer chez les populations noires les premières notions de l'hygiène», tel qu'il ressort de la lettre du Gouverneur General de l'époque (Salleras, 1982).

Dans un second temps, des auxiliaires de santé non médecins (vaccinateurs, infirmiers et sagesfemmes indigènes) ont été formés sur le tas pour devenir de véritables paramédicaux. Plus tard, ils ont été encadrés dans des institutions d'enseignement professionnel et pour se faire attribuer des fonctions relativement bien circonscrites. Cela a abouti à la création au Sénégal de la première école de médecine de l'Afrique Occidentale Française le 1 novembre 1918.

Ce que nous retenons dans cette épopée de la médecine coloniale qui intéresse notre sujet d'étude, c'est le concept d'auxiliaire indigène de santé dont la mission principale est « de gagner leur confiance et d'acquérir de l'influence » sur les populations afin de faire avancer l'agenda de la médecine coloniale ci-haut décrite. Nous voyons là une certaine homologie avec les relais de santé chargés de porter le « message » aux populations dont ils sont issus, dans le cadre de la stratégie actuelle des CdS qui s'appuie sur les relais de santé pour les activités d'éducation. La grande différence est que les auxiliaires indigènes de santé étaient investis de plus de pouvoir, y compris de sanction, surtout ceux qui étaient chargés de la police de l'hygiène (Saleras, 1982). Par contre Les relais actuels disposent surtout d'un pouvoir symbolique mais sont plus dotés en opportunités de promotion ou d'amélioration de leurs revenus.

2.1.3. Les maternités rurales de Touba Toul

S'appuyant sur les services de l'Animation Rurale, le Centre de Pédiatrie sociale (CPS) du Centre hospitalier universitaire Aristide le Dantec a initié en 1966 à Khombole, plus précisément à Touba Toul, une expérience de maternités rurales. Cette expérience visait à réduire la mortalité maternelle et infantile en apportant une formation aux accoucheuses traditionnelles de la localité pour en faire des matrones regroupées dans des maternités rurales construites dans des villages-centres pour assurer les accouchements, en utilisant un matériel sommaire dans le respect des règles d'hygiène. L'encadrement et la supervision des matrones étaient assurés par le CPS et l'ICP de la localité.

La construction des maternités était réalisée par les communautés en utilisant des matériaux locaux. Le CPS fournissait l'équipement qui était conçu de manière sommaire. Une contribution financière modeste était exigée pour chaque accouchement. Les montants collectés étaient utilisés pour fournir une motivation financière aux matrones et acheter du petit matériel.

De ce fait, la matrone peut être considérée comme la première véritable actrice de santé communautaire, car étant issue de la communauté. Son choix repose sur une légitimité acquise du fait de son savoir-faire. En outre, les maternités rurales de Touba Toul comportent une dimension de participation communautaire sous forme matérielle et financière, ce qui correspond à une reconfiguration des relations sociales autour de la maternité. Qui plus est, les maternités rurales en légitimant le statut des matrones qui acquièrent un pouvoir symbolique, modifient les rapports de pouvoir au sein des groupes sociaux.

La légitimation du statut des matrones constitue une certaine forme de reconnaissance des savoirs locaux et de la médecine traditionnelle dans les registres desquels ils sont à ranger. La matrone a été insérée dans les premières expériences de CdS, comme nous le verrons plus loin.

A partir des années 1980, beaucoup d'expériences de "recyclage" des accoucheuses traditionnelles et de matrones villageoises ont été soutenues par l'OMS, l'UNICEF, le FNUAP et d'autres organismes de coopération bilatérale et multilatérale (Sanogo et Giani, 2009. Cela a contribué à la diffusion du modèle.

Dans cette dynamique, l'UNICEF a appuyé la formation de 97 dépositaires de médicaments pour servir dans 77 pharmacies villageoises situées en des lieux éloignés des postes de santé. Les médicaments y étaient vendus et non distribués gratuitement. Cela a entrainé une nouvelle relation des populations rurales au médicament.

Une lecture sociologique de cette expérience nous permet de constater l'émergence de structures nouvelles et d'acteurs disposant d'un certain pouvoir symbolique, ce qui crée une nouvelle configuration⁷.

2.1.4. L'expérience des religieuses de la Congrégation « Notre Dame »

Il s'agit d'une expérience qui n'est pas bien connue mais qui comprend une initiative intéressante d'approche communautaire en matière de santé. En effet, avec les premiers déguerpissements⁸ des populations issues de certains quartiers de Dakar-Plateau en 1967 et leur recasement dans la banlieue, plus précisément à Pikine, les religieuses de la congrégation « Notre Dame » ont vu délocalisées plusieurs des mamans qu'elles suivaient dans la cadre de la santé de la mère et du nouveau-né. Pour leur permettre de continuer à suivre ces mamans et leurs nouveau-nés, elles ont constitué des équipes mobiles de mères volontaires chargées de se déplacer dans les quartiers nouvellement créés pour assurer le suivi des mamans. Comme dans le cas des maternités rurales ci-haut évoquées, nous assistons encore à l'émergence de nouveaux acteurs, entrainant une certaine reconfiguration dans le champ socio-sanitaire.

2.1.5. Le Projet Sénégalo-Belge de Pikine

En 1975, la coopération belge a expérimenté à Pikine une forme de participation communautaire sous la forme de comités de santé dans les dispensaires de la ville de Pikine. Les CoS étaient composés de membres élus par la communauté chargés de la gestion financière des postes de santé.

⁷ Au sens de Norbert Elias. Elle sera définie dans le chapitre relatif au cadre conceptuel.

⁸ Apres l'indépendance, Dakar a connu les premiers déguerpissements visant des quartiers à taudis dont les habitants ont été relogés à Pikine et Guédiawaye.

Les populations participaient aux coûts de fonctionnement des dispensaires en payant leurs tickets de consultation et en achetant des médicaments.

Le comité de santé est à la fois une forme de gouvernance et de participation. En tant que forme de gouvernance, elle établit un dispositif de gestion financière des recettes du dispensaire. En tant que forme de participation, elle facilite la participation des usagers aux prises de décision concernant le dispensaire et impose une participation financière pour le recouvrement des coûts.

Le concept de comité de santé a alimenté une littérature abondante, Fassin (1986) a mis à nu les travers des comités de santé en faisant ressortir les problèmes d'élection et de représentation (désignation des membres sur la base de leur appartenance politique au lieu de véritables élections transparentes) et les dissensions (du fait de désaccords sur la gestion financière) ; et les irrégularités dans le fonctionnement (non-respect du règlement qui régit les comités de santé) ; etc.

Néanmoins, l'expérience des comités de santé de Pikine est devenue un cas d'école en matière d'expérience de participation aux coûts de la santé qui, avec d'autres expériences similaires dans d'autres pays du tiers monde, inspireront l'Initiative de Bamako (Lancet, 1988) Les comités de santé des CdS ont été conçus en reprenant le même dispositif, et de ce fait, en ont hérité des mêmes tares.

2.1.6. Le Projet des cases de santé au Sine Saloum (Rural Health Care Project of Sine Saloum)

En 1977, L'USAID a initié un programme de mise en place de 600 CdS dans l'ancienne région du Sine Saloum qui correspond actuellement aux régions de Kaolack et de Fatick. La finalité que l'USAID avait assigné au projet était d'accroître la production agricole à travers la réduction de la durée des épisodes morbides chez les paysans liés au paludisme, qui provoquaient des pertes importantes de journées de travail chez les agriculteurs, et de ce fait, influaient négativement sur la production arachidière qui a été la principale culture de rente, alors que l'agriculture de subsistance dominait jusque-là.

Les CdS étaient constituées par des abris sommaires construits le plus souvent en matériaux locaux ou étaient établis dans les anciennes pharmacies villageoises de l'UNICEF abandonnées. Elles avaient pour mission de fournir des services curatifs et préventifs à travers un secouriste, chargé de délivrer les soins de base ; une matrone, chargée d'assister les accouchements, et un hygiéniste chargé de diriger des actions d'assainissement et de promouvoir les mesures d'hygiène dans la communauté. Le poste d'hygiéniste fut par la suite supprimé et ses missions dévolues au secouriste. Les populations participaient financièrement aux coûts des soins en payant de tarifs modestes pour les consultations et les médicaments. Un comité villageois, composé d'un président, d'un trésorier et de quatre membres, était chargé de gérer les revenus de la case.

Au final, le projet a produit des résultats mitigés selon les évaluateurs (Weber, 1980). Avant même la fin du projet, beaucoup de CdS ont dû fermer du fait de problèmes de fonctionnement, de conflits, d'abandon des acteurs, de manque de supervision, d'une bonne approche des communautés (pendant cette période, le système de santé était axé sur le curatif et les agents n'étaient pas formés en approches communautaires). Une autre partie n'a pas survécu à la fin du projet (plus de soutien financier extérieur). Les CdS restantes ont connu des sorts différents, et dans un bon nombre de cas, ont continué à servir de lieux d'accouchement avec les matrones.

Comme changements, le projet a créé de nouveaux acteurs de santé communautaire, à savoir le secouriste et l'hygiéniste qui ont des responsabilités-clés dans le fonctionnement de la CdS. En outre, il a introduit une nouvelle forme d'organisation avec la création du comité villageois chargé de gérer la CdS; ce qui a modifié les relations entre les populations et le système de soins. Le projet a aussi introduit une nouvelle forme de participation financière à travers l'achat de médicaments par les usagers pour soutenir la motivation du secouriste, de l'hygiéniste et de la matrone, en plus de la mise en œuvre d'autres formules telles que la création de champs collectifs au profit de ces derniers.

Fort de cette expérience, le Sénégal a présenté l'expérience du Projet Sine Saloum à la Conférence d'Alma Ata sur les Soins de Santé Primaire.

L'on peut voir que l'expérience des CdS dans le cadre de ce projet a influencé d'autres bailleurs de fonds qui ont adopté et adapté le modèle⁹. Elle a aussi contribué, par les leçons apprises, à la mise à l'échelle des CdS qui a été par la suite opérée par le système de santé.

2.1.7. Les Soins de Santé Primaire

Dans le monde, les politiques de santé avaient montré leurs limites plusieurs années après la création de l'OMS qui prônait la « santé pour tous en l'an 2000 » En effet, une bonne partie de la population mondiale n'avait pas toujours accès aux soins et les inégalités de santé entre pays et à l'intérieur du même pays s'accentuaient. (Riddle, 2004 ; Tizio, 1990). Il se trouve que la fourniture des services de santé était axée sur des programme qui avaient pour but de contrôler ou d'éradiquer les maladies transmissibles (Mills, 1983; Smith et Bryant, 1988; Van Geest et al, 1990; OMS, 1996) et qui se caractérisaient par une dotation en personnel, en équipement et en structure administrative très hiérarchisée qui ne servent qu'à cette cause (Mills, 1983; Singleton, 1991). Cette politique sanitaire a favorisé l'exclusion des membres de la communauté du lieu où les décisions sont prises. Dès lors, toutes les actions accomplies tendaient à répondre d'abord aux attentes des professionnels de santé avant de satisfaire celles de la communauté ; d'où une tendance à la verticalité des soins. En outre, elles n'arrivaient pas à fournir des soins à la majorité des populations, ce qui posait un problème de justice sociale, considérant que la santé a été érigée comme un droit (Article 25. Déclaration des droits de l'Homme, 1948; OMS, 1948).

La Déclaration d'Alma-Ata est basée sur des valeurs : justice sociale et droit à une meilleure santé pour tous, participation et solidarité. On avait le sentiment que ces valeurs ne pourraient progresser qu'au prix de changements fondamentaux dans la manière dont les systèmes de santé fonctionnaient et tiraient parti des potentialités d'autres secteurs. La Déclaration d'Alma Ata a porté sur les fonts baptismaux les SSP qui sont définis comme « des soins essentiels fondés sur des méthodes pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables et des technologies universellement accessibles aux individus et aux familles, dans les communautés à travers leur

⁹ Le Projet hollandais dans le Département de Fatick de l'ancienne région du Sine Saloum ; et lelLe projet canadien dans le département de Gossas

complète participation et à un coût que la communauté et le pays peuvent prendre en charge à chaque étape de leur développement et dans un esprit d'autosuffisance. Ils forment une partie intégrale aussi bien du système de santé du pays ils constituent le pilier, que du développement économique et social global de la communauté. (OMS 1978). Pour réaliser cette mission, les SSP ont axé leur action sur trois dimensions essentielles : a) la participation communautaire; b) la globalité des soins ; c) la structure sanitaire (OMS, 1978; OMS, 1981; Tarimo et Creese, 1991; Ebrahim et Ranken, 1995; Taylor, 2001).

Le Sénégal a transposé les SSP en s'appuyant sur l'expérience des CdS comme unités de soins de communautaire ; et en capitalisant les expériences tirées des projets de maternité rurale et du projet des comités de santé de Pikine.

2.1.8. Le Programme Elargi de Vaccination (PEV)

La vaccination est une des huit composantes des SSP (OMS, 1978). Initié au Sénégal par l'UNICEF en 1979, le PEV avait pour objectif de vacciner au moins 80% des enfants et des femmes enceintes et ciblait les maladies suivantes : la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, la poliomyélite, la tuberculose et la rougeole. Il a été enrichi en 2004 avec l'ajout du vaccin contre l'Hépatite B, et en 2013, du vaccin contre la rougeole-rubéole. Les CdS abritent les séances de vaccination grâce aux stratégies avancées menées par les infirmiers opérant dans les postes de santé. Dans le cadre de la stratégie mobile, le PEV est aussi déroulé dans les hameaux plus reculés, grâce aux stratégies mobiles appuyées par les districts de sanitaires.

A notre avis, le fait que la CdS abrite les vaccinations contribue à renforcer son image en tant que structure de santé.

2.1.9. L'Initiative de Bamako

L'IB a introduit en 1987 une réforme du système de financement de la santé pour suppléer la baisse des financements du système de santé par les Etats, ce qui a failli conduire à une impasse. L'IB comprend deux volets: d'une part, le volet financier appelé « recouvrement des coûts » constitué par la tarification et, d'autre part, le volet organisationnel avec la création des comités de santé

composés de représentants élus par la communauté, chargés de la gestion financière de la structure de la santé communautaire.(Riddle, 2004)

Le principe fondateur de l'IB est le suivant : la vente directe aux usagers de médicaments génériques acquis à faible prix et revendus avec une marge bénéficiaire doit assurer le réapprovisionnement en médicaments et le financement des dépenses de fonctionnement des centres de santé. (Foirry, 2001)

L'IB a deux objectifs:

- Le premier objectif est de renforcer les mécanismes de gestion et de financement au niveau local, en s'appuyant sur les comités de santé dont les prérogatives sont définies par décret, ce qui leur confère un caractère officiel.
- Le second objectif est de promouvoir la participation communautaire et renforcer les capacités de gestion locale ; de renforcer les mécanismes de fourniture, de gestion et d'utilisation des médicaments essentiels ; et d'assurer des sources permanentes de financement pour le fonctionnement des unités de soins (OMS/FISE, 1989).

En passant du comité villageois, chargé de gérer la CdS dans le cadre du projet USAID au comité de santé établi dans le cadre de l'application de l'IB, l'on a abouti à l'institutionnalisation d'une structure de représentation des populations dans le domaine de santé. Cela a eu comme conséquence d'exacerber les enjeux de pouvoirs et d'intéresser d'avantage les élites communautaires. (Fasin, 1986).

2.1.10. Les Projets de Santé Communautaires (PSC) de l'USAID

Les CdS ont connu un réel développement tant en quantité qu'en qualité à partir de 2006 avec l'avènement des Projets de Santé communautaire de l'USAID (2006-2011 et 2011-2016). L'objectif du Projet de Santé communautaire était d'assurer une extension de l'accès à un paquet de base de soins de santé primaire dans les communautés rurales, par la redynamisation et l'équipement d'un réseau existant mais sous-utilisé de CdS (USAID, 2011). En vue d'élargir l'accès, les sites de santé communautaire sont créés. Il s'agit de lieux aménagés en dehors des

structures sanitaires où la population reçoit un paquet de services délivrés par des relais ou des Dispensateurs de Soins à Domicile (DSDOM). Grâce à l'action du projet, le Sénégal comptait en 2017, un nombre de 2467 cases de santé, 4621 sites de santé¹⁰, mobilisant 36.249 acteurs de santé communautaire, toutes catégories confondues (MSAS, 2014).

Cela a entrainé la routinisations du concept de la CdS ainsi que des différents statuts d'acteurs de santé communautaire qui lui sont associés. Les CdS rentrent ainsi dans les discours des populations et occupent une place dans le champ socio-sanitaire. En outre, conscients de leur poids, les acteurs de santé communautaire commencent à revendiquer des salaires et leur recrutement dans le système de santé.

2.1.11. L'adoption d'une Politique nationale de Santé communautaire

Grace à la mise à l'échelle des CdS dans toutes les régions du pays et leur encadrement par des ONG, la contribution des CdS aux objectifs de santé fixés par le Gouvernement du Sénégal, surtout pour ce qui concerne la santé de la mère et de l'enfant (en mettant l'accent sur la prévention et la fourniture de soins de base), est devenue prépondérante. Conscient du potentiel dont regorge le niveau communautaire et soucieux d'en tirer le maximum de bénéfice en direction de la santé des populations rurales, l'Etat du Sénégal a adopté une PNSSC accompagnée d'une SNSC (MSAS, 2014; MSAS, 2014) en vertu desquels les CdS sont intégrées dans le système de santé dont elles deviennent la base de la pyramide. Un des objectifs stratégiques du PNSSC est d'assurer la pérennisation des interventions communautaires. Dans ce cadre, le PNSSC a établi une ligne d'action stratégique relative à la mise en place d'un système de motivation des acteurs communautaires impliquant le MSAS, les communautés et les collectivités locales. Cela s'inscrit dans une dynamique au niveau mondial visant à institutionnaliser la santé communautaire. L'on tendrait ainsi vers une professionnalisation des agents communautaires de santé qui entrainerait une véritable reconfiguration du champ socio-sanitaire.

31

¹⁰ Un site de santé est un lieu quelconque dans la communauté où sont délivrés des services de santé communautaires à temps partiel. Il permet de pallier l'absence d'infrastructure et de rapprocher les services de santé des populations

2.2. Dans le cadre des politiques de développement

2.2.1. L'Animation rurale

La période pré-indépendance correspondant à l'autonomie interne et aux premières années de l'indépendance du Sénégal a été marquée par la politique d'Animation Rurale, d'inspiration socialiste, qui a connu son apogée pendant la période 1959-1962. Il s'agissait pour les premiers dirigeants du Sénégal de promouvoir l'émancipation des masses paysannes et urbaines à travers une éducation populaire, libératrice, conscientisante et habilitante, avec une considération particulière accordée à l'émancipation des femmes.

Les instruments de cette politique d'animation rurale étaient basés sur un réseau composé de 56 centres ruraux et 12 centres urbains d'animation masculins ou féminins; et 94 centres d'expansion rurale (Forget, 1966). Ces centres d'animation étaient chargés de former les animateurs villageois, paysans et paysannes sélectionnés et formés comme volontaires (Cissé, 1968; Gelard, 1980). Le rôle des animateurs était de servir comme relais de la politique de l'animation rurale dans les communautés et de catalyser les actions d'éducation. Ainsi, l'UNICEF (2018) rappelle qu'elle a eu à financer le développement des centres, « en quelques années, près de 10.000 animateurs, dont un tiers sont des femmes; et 3.500 chefs de villages, présidents et animateurs de coopératives agricoles sont formés et inaugurent l'ère du changement à travers tout le Sénégal. Les populations villageoises commencent à percevoir des améliorations de leur quotidien. Premières campagnes de propreté, construction de postes de secours, de latrines et introduction de boîtes à pharmacie, entre autres, permettent à des centaines de milliers d'enfants de bénéficier d'un cadre de vie amélioré. »

Cette période a vu, entre autres initiatives, la naissance des premières pharmacies villageoises; des programmes d'éducation nutritionnelle et d'hygiène; des garderies d'enfants et des équipements d'allègement des travaux ménagers pour libérer la femme et en faire une actrice de développement. Autant d'initiatives qui sont censées contribuer au développement de la santé des populations.

L'on pourrait voir dans l'Animation rurale les prémices d'une politique de promotion de la santé (en agissant sur les déterminants socio-économiques de la santé) ainsi que d'une approche genre avant l'heure. Malheureusement, pour des raisons politiques, l'Animation rurale a été abandonnée dès la chute de son initiateur, le Président du Conseil, Mamadou Dia suite à des divergences politiques avec le Président Senghor.

Néanmoins, le programme a permis l'émergence d'animateurs ruraux qui vont devenir pendant les décennies suivantes de véritables leaders des actions de développement dans différents secteurs, dont la santé. Ils ont servi de levier pour le lancement du mouvement coopératif visant à débarrasser les paysans de l'économie de traite qui les maintenaient dans la pauvreté (Valentin, 2015) D'un point de vue sociologique, l'on remarque qu'une configuration des relations sociales créée dans le cadre d'une politique qui a pris fin, s'est redéployée et a continué à influencer les relations sociales pendant les époques suivantes.

2.2.2. La Réforme administrative et territoriale de 1972

Dans le cadre de sa politique de décentralisation, le Sénégal a adopté en 1972 la loi portant réforme administrative et territoriale. Cette loi a créé la Communauté rurale en tant que gouvernement local dirigé par un conseil rural, à la tête duquel se trouve un Président. Les conseillers ruraux (composant le conseil rural) sont élus par la population vivant dans les limites de la communauté rurale qui regroupe entre 20 et 50 villages. En tant que collectivité locale, la Communauté rurale est chargée de gérer un certain nombre de domaines dont la santé. Les Communauté rurales ont pour mission d'élaborer des plans locaux de développement comprenant des objectifs de santé. (Loi n° 72-25 du 25 avril 1972).

Les réformes successives ont assigné des compétences précises en matière de santé telles que la construction et l'équipement de cases de santé et de postes de santé et la motivation des acteurs de santé non-fonctionnaires. Compte tenu de leurs maigres budgets, les communautés rurales font un bon usage de la coopération décentralisée pour capter des financements et des dons sous forme de matériels et de médicaments. (Acte 3, décentralisation)

La réforme administrative et territoriale a introduit de nouvelles formes d'organisation et une redistribution des pouvoirs au sein des communautés. Des comités et commissions sont créés et deviennent de nouvelles structures de participation qui viennent se superposer aux structures organisationnelles traditionnelles. En outre, les conflits politiques qui s'exerçaient avant à des niveaux supérieurs de l'organisation territoriale, deviennent maintenant partie de la vie des populations, car les conseillers ruraux sont élus sur des listes proposées par les partis politiques. Ainsi, selon l'appartenance politique des membres qui composent les commissions et comités dans les collectivités locales, le fonctionnement de ces dernières n'est pas épargné du jeu des rivalités politique, tout comme la perception des populations et leur participation aux actions initiées par ces organes peuvent être influencés par des considérations d'ordre politique ou partisan. Les comités de santés instaurés dans les structures de santé sont sous l'emprise de ces jeux d'acteurs, tel que Jaffré (1999) l'a si bien expliqué.

Le tableau 2 résume les différentes étapes du contexte comportant des éléments d'une démarche communautaire de santé, avec les changements qu'elles introduisent dans le système de santé.

Approches	Concepts clés
La médecine coloniale	Auxiliaire indigène de santé, itinérance,
	prévention par contrainte
L'expérience des religieuses de la	Relais communautaire. Suivi à domicile.
Congrégation « Notre Dame »	
Le Projet Sénégalo-Belge de Pikine	Comité de santé. Participation financière.
Le Rural Health Care Project du Sine Saloum	Case de santé. Comité villageois. Agent de
	santé communautaire (Secouriste et
	hygiéniste). Participation matérielle et
	financière.
Les Soins de Santé Primaire	Institutionnalisation de la participation.
Le Programme Elargi de Vaccination	Stratégie avancée. Stratégie mobile.
L'Initiative de Bamako	Participation financière. Comité de santé,
	médicaments essentiels.
Les Projets Santé Communautaires de	Mise à l'échelle et standardisation des CdS.
l'USAID	Paquet de services.
Politique Nationale de Santé Communautaire	Institutionnalisation de la CdS.
L'Animation rurale	Promotion de la santé, approche genre,
	animateur villageois
La Réforme administrative et territoriale de	Planification sanitaire locale. Budgétisation
1972	projets de santé

Tableau 2 : Récapitulatif des étapes du contexte

<u>Conclusion</u>: Une analyse socio-historique du contexte permet de comprendre que la CdS actuelle est l'aboutissement d'un long processus dont les prémices remontent à la médecine coloniale (donc bien avant l'avènement des SSP) qui a créé le concept d'auxiliaires indigènes que l'on pourrait qualifier, avec certaines limites, comme le premier agent de santé communautaire. La

reconnaissance et la valorisation des accoucheuses traditionnelles devenues matrones, pour la première fois grâce à l'expérience des maternités rurales de Touba Toul, a constitué une seconde étape dans la mise en place de ce qui constituera plus tard le personnel de la CdS.

En mettant en place un système d'organisation et de participation à travers la création du comité villageois et la vente des médicaments, le Projet Sine Saloum a établi le modèle CdS qui va, par la suite, faire l'objet d'adaptation et d'amélioration jusqu'à acquérir le caractère institutionnel que lui confère le MSAS à travers la SNSC. Il s'agit là d'un long processus impliquant l'émergence de nouveaux acteurs, la création de nouvelles hiérarchies et de rapports de pouvoirs, le changement du rapport aux structures de soins de la part des populations en milieu rural et le pilotage du modèle par le système de santé et ses partenaires qui déterminent l'orientation des CdS.

Chapitre III. Caractérisation de la case de santé

3.1. Caractère hybride de la case de santé

Si l'on se fie au niveau primaire qu'elle occupe dans le système de santé ; aux services de santé de base qu'elle fournit ; au faible degré de qualification de ses acteurs, l'on pourrait facilement assimiler la CdS à une unité de santé caractérisée par sa simplicité. Loin s'en faut, la CdS est un système très complexe du fait de son caractère hybride et du caractère multiple des éléments qui la composent. En nous inspirant de Conille (1984) à propos de la santé communautaire, on peut distinguer dans la CdS deux pôles : l'un "technocratique", autrement dit pôle sanitaire ; et l'autre qualifié de « participatif » c'est à dire communautaire.

A bien des égards, la CdS est caractérisée par deux formes de dualités qui lui impriment un caractère hybride. La première dualité tient à la double hiérarchie à laquelle elle est soumise en ce que les acteurs de santé sont à la fois sous la tutelle de l'ICP et du CoS. L'ICP est chargé de la supervision du fonctionnement de la CdS, tandis que le CoS est la personne morale de la CdS à qui les acteurs communautaires de soin rendent compte. La deuxième dualité est que la CdS relève, à la fois, du niveau communautaire (de par son émanation, sa gestion et son appropriation) et du système de santé (de par la fourniture de soins de santé, même dits primaires, dont elle a la charge).

La figure 3 rend compte de cette dualité de la CdS, en permettant de visualiser : d'une part, le pôle communautaire de la CdS, en utilisant la participation des types d'acteurs concernés comme proxy ; et d'autre part, le pôle sanitaire matérialisé par trois niveaux : le niveau périphérique et les niveaux supérieurs (Poste et District de Santé). En outre, en nous inspirant du modèle théorique de la santé communautaire de Jourdan (2012), la figure 3 permet d'esquisser un modèle théorique de la CdS, en faisant ressortir le domaine communautaire et le domaine sanitaire. Ce modèle peut être appliqué à toute CdS en permettant de situer les éléments rentrant dans le cadre de sa création, de son fonctionnement et de son appropriation, et d'en apprécier les niveaux de participation. Le plus haut niveau de participation se situe en bas, à l'extrême droite de la figure qui matérialise la zone où les membres de la communauté participent aux activités relatives à la CdS en se situant

dans le champ de la communauté. La construction de CdS, le partenariat, la mobilisation sociale et la sélection des acteurs communautaires se situent dans cette zone.

A l'inverse, le plus faible niveau de participation se situe dans la zone en haut et à gauche de la figure qui marque la zone représentée par le Poste de Santé et le District de Santé où se déroulent les activités relatives à la CdS mais impliquant seulement les personnels du PS et du DS.

L'offre de services de santé et l'utilisation des services par la communauté sont à cheval sur quatre zones et sont circonscrites dans un cercle. Cependant, pour une CdS donnée, les aires couvertes par l'offre et l'utilisation de services auront chacune une structure protéiforme, selon le niveau d'implication des acteurs communautaires de promotion et de prévention ainsi que des membres de la communauté.

Une remarque intéressante : l'utilisation des services de santé se positionne dans la zone d'intersection entre les deux domaines. Cela autorise à considérer l'utilisation des services de santé comme éléments-clés du fonctionnement et de l'appropriation de la CdS par les membres de la communauté.

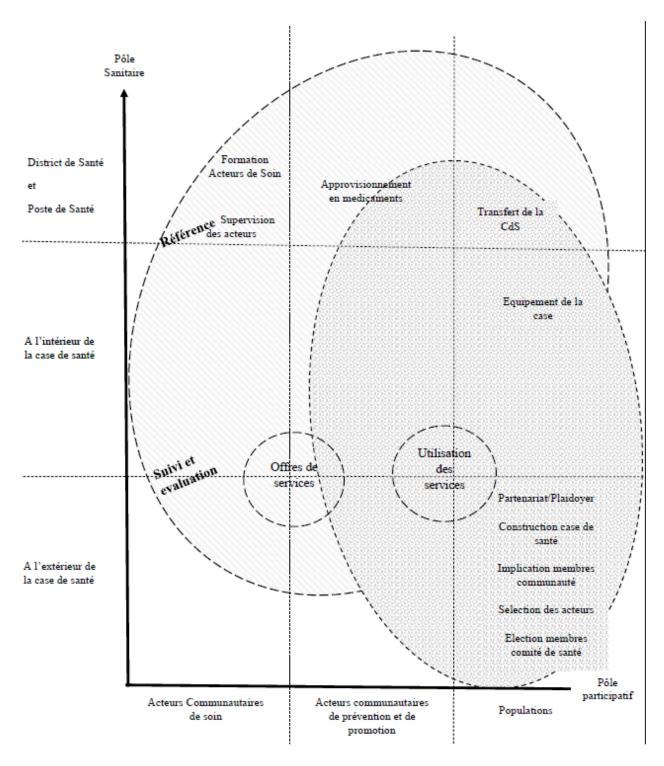


Figure 3 : représentation du modèle théorique de la CdS inspirée du modèle de la santé communautaire de Jourdan (2012)

3.2. La case de santé : une multiplicité d'éléments constitutifs

Englobant une multitude de dimensions, la CdS est le résultat de nombreuses actions collectives, mises en œuvre par plusieurs acteurs qui concourent à offrir moult services. Nous exposerons ciaprès la multiplicité des éléments constitutifs de la CdS avant de questionner cette configuration.

3.2.1. La multiplicité des dimensions de la CS

La CdS telle qu'elle se pratique maintenant, opérationnalise la stratégie de santé communautaire du Sénégal. Or, « la santé communautaire s'enracine dans une histoire aux multiples facettes. De nombreux courants ayant des ancrages culturels et historiques variés ont contribué à son développement. » (Jourdan, 2012). La CdS porte aussi les marques des nombreuses démarches de santé communautaire allant de la période coloniale à nos jours.

La Figure 4 décrit huit dimensions de la CdS. Ces dernières englobent les six dimensions constitutives de la santé communautaire comme présentées par Jourdan (2012), auxquelles nous avons ajouté deux autres dimensions à savoir, les stratégies (de fourniture des soins, de prévention et de motivation des acteurs) et les modes de participation. Ces deux dernières sont très importantes quand il s'agit d'étudier le domaine communautaire de la CdS. La spécificité de la CdS peut être appréhendée en examinant les éléments constitutifs de chaque dimension, surtout ceux qui concernent les groupes cibles prioritaires (femmes enceintes, mères d'enfant de moins de 5 ans et enfants de moins de 5 ans), les finalités (amélioration de la santé de la mère et de l'enfant) ; les valeurs-clés (appropriation, responsabilisation et reddition de comptes), les méthodes (intégration dans le système de santé, implication des collectivités locales et utilisation des ressources locales).

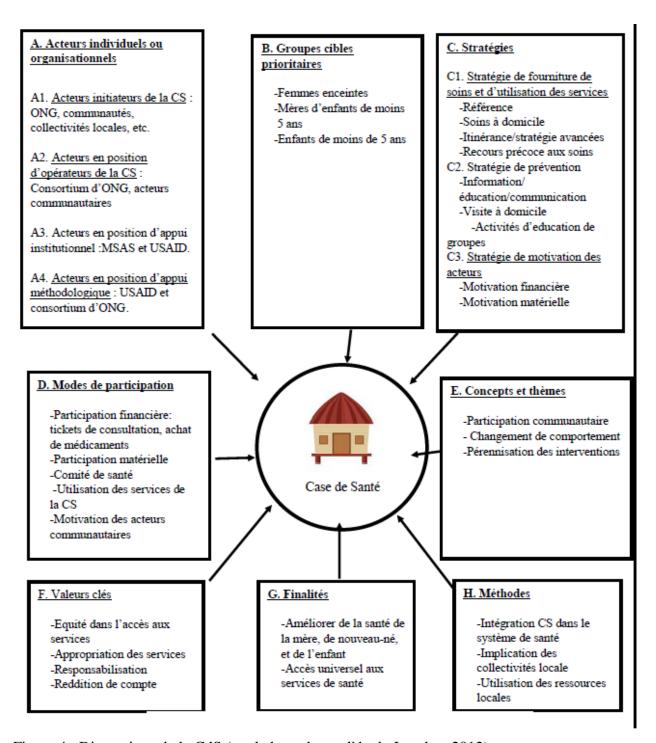


Figure 4 : Dimensions de la CdS (sur la base du modèle de Jourdan, 2012)

3.2.2. La multiplicité des acteurs

Il est important de s'appesantir sur la multiplicité des acteurs qui entrent en jeu dans la case de santé. Le PSNSC les définit comme suit :

- les acteurs communautaires de soin : ASC et matrone ;
- le comité de santé : composé d'un président, d'un trésorier et de trois membres simples ;
- les acteurs communautaires d'éducation et de prévention : relais de santé (il en existe plusieurs pour la même case), Bajenu Gox, DSDOM, relais des OCB (il peut en exister plusieurs pour la même CdS) ;
- les agents d'encadrement des CdS : Il s'agit des agents travaillant pour les ONG opératrices ;
- les agents de supervision : ICP et agents superviseurs des ONG ;
- le Président de la Commission Santé de la Municipalité ;
- les leaders communautaires : chef de village, imam, responsable politique, présidente des GPF, Président de l'Association sportive et culturelle, etc.

Au total, on peut banalement compter plus de 20 acteurs (sans compter les membres de la communauté qui peuvent avoir leurs propres intérêts) autour d'une CdS. Cela montre le caractère extrêmement complexe de la CdS, compte tenu du fait que chaque acteur a ses intérêts, développe ses propres stratégies et utilisent un type de discours.

L'Observatoire du Secrétariat européen des Pratiques de Santé communautaire (2013) propose une catégorisation des acteurs individuels ou organisationnels sur une base fonctionnelle qui peut être adaptée aux CdS, comme il suit :

- acteurs initiateurs de la CdS : ONG, communautés, collectivités locales, etc. ;
- acteurs en position d'opérateurs de la CdS : Consortium d'ONG, acteurs communautaires ;
- acteurs en position d'appui institutionnel : MSAS et USAID ;
- acteurs en position d'appui méthodologique : USAID et consortium d'ONG.

3.2.3. La multiplicité des actions collectives

La mise en place, le fonctionnement et l'appropriation d'une CdS met en œuvre des processus constitués d'actions collectives. Marshall (1998) définit l'action collective comme l'action menée, dans la poursuite d'intérêts partagés perçus, par un groupe directement ou par l'intermédiaire d'une organisation représentant le groupe. Le concept d'action collective renvoie à une forme de constitution d'un collectif, plus ou moins formalisé et institutionnalisé, en vue d'atteindre un objectif partagé, en coopération ou compétition avec d'autres collectifs (Cefai, 2007). La constitution du collectif répond le plus souvent à des besoins utilitaires et repose sur des formes d'organisation préétablies. Par contre, nous nous intéressons à la manière dont la culture et l'identité influencent l'action collective dans les CdS.

Le Figure 5 est une tentative d'illustration de la séquence des actions collectives qui sont déployées avant la naissance de la CdS, au cours de son fonctionnement, et pendant la période de transfert et de post transfert à la communauté. Elle a été confectionnée en utilisant la technique de la chaine opératoire utilisée en anthropologie culturelle par André Leroi-Gourhan (1943). Cette chaine opératoire est un compromis entre différentes propositions émanant des agents encadreurs des ONG. Elle n'est pas donc figée. Ainsi, il y a une gamme d'actions collectives (choix du site, recherche de financement, construction et équipement) qui peuvent se dérouler concomitamment a d'autres actions collectives et à n'importe quelle période avant la naissance de la case). Chaque CdS a sa propre chaine opératoire qu'il est important de retracer en vue de cerner sa trajectoire. Quoi qu'il en soit, les procédures de création et de fonctionnement des CdS reposent sur des actions collectives à but utilitaire, c'est-à-dire sur une consommation accrue des services de santé à travers leur utilisation.

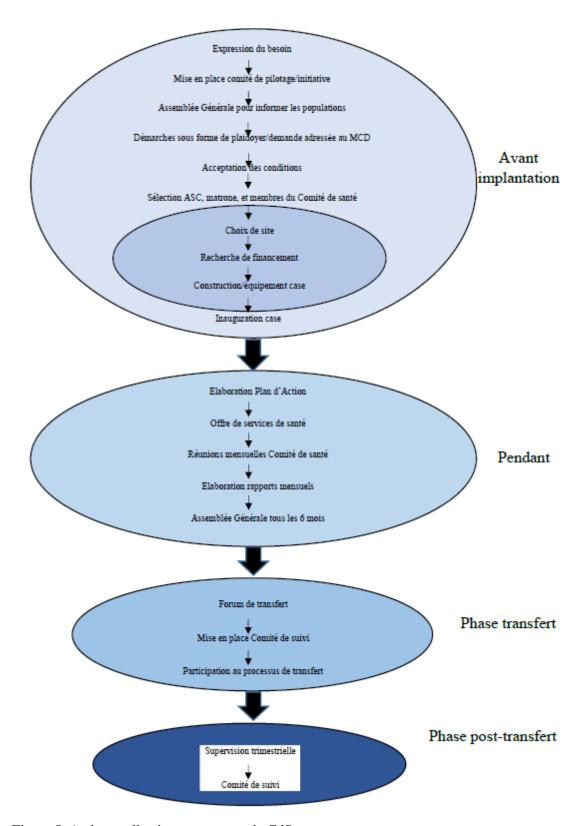


Figure 5: Actions collectives concernant la CdS

3.2.4. La multiplicité des logiques d'acteurs

La CdS est située dans le champ socio-sanitaire où interviennent de nombreux acteurs, lequel reste dominé par les acteurs du pôle sanitaire qui imposent leur vision, leurs objectifs et leurs discours. La capacité des acteurs du pôle social à s'y conformer est perçue par les acteurs du pôle sanitaire comme un critère de réussite de leurs interventions. Les logiques suivantes se télescopent dans le champ socio-sanitaire. Elles sont regroupées ci-après en deux catégories.

3.2.4.1. La logique de projet :

Elle intéresse les agents du système de santé et ceux des ONG ou autres projets, à différents niveaux d'exécution. Pratiquement toute la mise en œuvre des interventions se déroule à travers des projets qui supposent un financement fourni dans la plupart des cas par un partenaire extérieur. La logique de projet induit la recherche de l'efficacité des financements, la fixation d'objectifs à court terme, une participation instrumentale (visant à atteindre les objectifs fixés) et l'adoption de formes d'incitation à la participation comme le paiement de *per diem*.

Le financement des projets est négocié sur la base d'engagements en termes de résultats, ce qui entraine une course aux indicateurs, avec toutes les dérives que cela entraine. En outre, les ONG et autres organisations développent des stratégies de capture des financements pour rester actives. A cet effet, la course aux indicateurs constitue un moyen pour démontrer l'efficacité de l'organisation ou de la structure de santé. Cela passe par l'utilisation à outrance des agents de santé communautaire pour toucher le maximum de gens, quelles qu'en soient les modalités.

Les agents des ONG ou des projets, recrutés pour des durées déterminées, sont enclins à développer une logique de préservation de l'emploi en œuvrant pour le renouvèlement de leur projet. Enfin la recherche de prestige professionnel au niveau de toutes les parties prenantes n'est pas absente.

3.2.4.2. La logique d'adaptation

Les populations s'adaptent au jeu du champ socio-sanitaire en développant des stratégies propres. D'où une extension du sujet au-delà de l'utilité, selon les principes économiques.

Les stratégies suivantes coexistent dans le champ socio-sanitaire. Elles tendent à :

- l'attrait des partenaires et de capture de financements au profit de leur CdS ;
- au bénéfice de la reconnaissance du système de santé et des autorités administratives ;
- à la recherche du travail en commençant par le bénévolat ;
- au positionnement politique;
- à la consolidation ou l'acquisition de pouvoir ;
- à l'affirmation de leurs communautés.

Ainsi, le sujet de l'appropriation des CdS du point de vue des communautés s'étend au-delà des considérations utilitaristes, ce à quoi il faudra prêter attention dans le cadre de notre recherche.

Nous avons vu ci-haut que la CdS présente un caractère hybride qui fait qu'elle est écartelée entre la tutelle communautaire et celle du système de santé. Elle a évolué de la forme de projet à sa mise à l'échelle et à son institutionnalisation par le système de santé. Cependant, l'institutionnalisation de la CdS ne garantit pas sa pérennisation si tant est qu'on veuille conserver son ancrage communautaire qui lui confère tout son sens. Or, la pérennisation de la CdS passe nécessairement par son appropriation par la communauté. Cependant, cette dernière est une véritable gageure tant par la nature de « l'objet » d'appropriation impliqué, que par la nature polysémique du concept d'appropriation qui est difficile à cerner et qu'il importe de problématiser.

La CdS a été une initiative exogène découlant de l'action d'un partenaire extérieur, à savoir l'USAID, comme cela a été présenté ci-dessus. L'avènement des SSP a donné une légitimité à la CdS qui a été par la suite adoptée par le système de santé jusqu'à devenir la base de la pyramide sanitaire. Compte tenu de la complexité du modèle CdS et des nombreux problèmes auxquels il est confronté, il est normal de s'interroger sur l'avenir du modèle.

3.3. La CdS comme objet de recherche.

La CdS s'inscrit dans le courant des démarches communautaires de santé. La Fédération des Maisons Médicales (1998) soutient que « la démarche communautaire est loin de caractériser les services de santé : c'est une dynamique propre aux processus de développement. » En effet L'impératif démocratique de participation a influencé les politiques de développement dont la santé. Dans ce domaine, l'avènement des SSP, de la Charte d'Ottawa pour la Promotion de la Santé et la Santé Communautaire ont assuré une légitimité à des tentatives de mise en place de démarches communautaires de santé comme celle de la CdS.

Durant la dernière décennie, sous l'égide de l'OMS, la déclaration d'Adis Ababa (OMS, 2006) a enjoint aux Gouvernements de « créer un environnement favorable au développement de la santé communautaire en élaborant et en mettant en œuvre une politique nationale et des plans stratégiques sur la santé communautaire, dans le cadre de la politique nationale de santé ... ». En matérialisant cette déclaration avec l'adoption de sa SNSC, le Sénégal a pris une sérieuse option pour l'institutionnalisation de la Santé communautaire qui repose sur le modèle CdS, les acteurs communautaires et les interventions à base communautaire. Cependant, cette institutionnalisation du modèle CdS, qui est fort complexe et sujet à de nombreux défis, est tributaire de la durabilité du modèle. Cette dernière passe par son appropriation de la part des populations. Or l'appropriation ne se décrète pas.

A ce jour, d'après nos recherches, aucune étude n'a été entreprise pour comprendre le processus d'appropriation des CdS qui s'avère pourtant cruciale si tant est qu'elles soient censées servir de base à la politique sanitaire du Sénégal.

Cette justification contextuelle, ajoutée à nos propres questionnements de praticien, ci-dessus expliqués, justifient le choix de l'appropriation comme sujet de recherche.

Questions et objectifs de recherche

Comme cela a été ci-haut expliqué, la problématique de notre recherche porte sur l'appropriation communautaire des CdS. L'appropriation est un concept polysémique difficile à cerner surtout quand elle concerne un objet d'étude aussi rare et complexe que la CdS. En outre, même s'il s'agit d'une situation simple, concernant un bout de trottoir, l'appropriation reste problématique, car elle peut devenir accaparement, au sens de privatisation.

La prise en charge de la problématique nous amène à poser les questions de recherche suivantes :

- Est-ce que les communautés accordent la même signification à l'appropriation, comparées au système de santé ?
- Est-ce qu'il y a des configurations de communautés particulières associées à l'appropriation des CdS ?
- Quelles dynamiques de participation sont associées à l'appropriation ?
- Quels sont les éléments relationnels qui entrent en jeu dans l'appropriation communautaire des CdS ?
- Comment se déroule le processus d'appropriation ?
- Comment susciter ou faciliter l'appropriation ?

Ces questions de recherche sont traduites en objectifs de recherche tels qu'il suit ;

- Développer un cadre sociologique interprétatif de l'appropriation communautaire.
- Décrire, expliquer et comprendre le processus d'appropriation.

PARTIE II: CADRE CONCEPTUEL ET METHODE

Cette partie traite des cadres conceptuel et méthodologique suivis dans le cadre de cette recherche. Elle explicite d'abord le cadre conceptuel (Chapitre 4); ensuite il explique les choix méthodologiques adoptés, relativement à la méthode qualitative et à l'étude de cas (Chapitre 5); enfin, elle décline la démarche du cadre méthodologique, qui couvre la population et la région d'étude, la sélection des cas, la collecte et l'analyse des données, notamment, la théorisation ancrée utilisée dans notre recherche (Chapitre 6).

Chapitre 4 : Cadre conceptuel

« Tout ce qui se conçoit bien s'énonce clairement et les mots pour le dire arrivent aisément» affirmait Nicolas Boileau. Cette maxime pourrait parfaitement s'appliquer à la rédaction scientifique qui doit rendre compte de manière claire et compréhensible des concepts et théories en matière de recherche.

4.1. Clarification de la notion de « concept »

Les sciences sociales sont confrontées à un défi d'objectivité et de compréhension des mots utilisés, avertissait Herve Dumez (2011). Cela est d'autant plus vrai pour les recherches qualitatives, souvent de type exploratoire, ajoute-t-il, en ce « qu'elles entendent inventer des concepts, proposer de nouvelles notions et théories; dans le même temps, pour interpréter les données, elles manient des concepts existants. Mais bien souvent, les notions utilisées ou proposées apparaissent floues, mal définies, n'éclairant rien parce qu'éclairant trop de choses. »

Pourrait-il en être autrement si tant est qu'on reconnaisse la complexité de la définition du terme concept. Ogden et Richards (1923) expliquent qu'un concept est une relation dynamique entre la dénomination, la compréhension et l'extension qui constituent les trois sommets du triangle sémantique (Fig.1). En outre, cette relation dynamique est évolutive dans le temps.

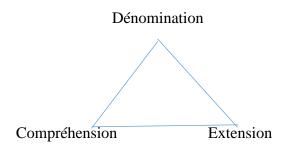


Figure 6: Triangle sémantique, tiré de "Meaning of Meaning" par Ogden et Richards

Dumez (2011) avertit que la recherche en sciences sociales doit porter une attention scrupuleuse aux notions maniées et s'interroger sur leur nature conceptuelle. C'est ce que nous proposons de faire dans ce chapitre en essayant de circonscrire les mots-clés qui structurent notre sujet de recherche et leur donner une place dans notre cadre conceptuel: communauté, participation communautaire et appropriation. Pour ce faire, nous essayons d'aller au-delà de la simple définition en arpentant l'aire du triangle d'Ogden et Richards ayant comme sommets la dénomination, la compréhension et l'extension. Cela comprend un certain nombre de questionnements quant à la généalogie et la socio-historicité des mots qui font que les concepts ont leur propre évolution. Ceci est critique, car le sens des mots évolue en même temps que les contextes culturel, social et politique.

Les nombreuses définitions rencontrées et le langage utilisé pour chacune d'entre elles renvoient au « système d'étiquetage » tel que qualifié par Bergson. Ce « système d'étiquetage » sert plutôt à nommer des fonctions et des mots qui s'interposent entre le sujet et le concept et ne dévoile pas le sens réel des mots. Le sens des mots devant faire l'objet d'une interprétation.

Bergson va plus loin en lançant un avertissement : « Enfin, pour tout dire, nous ne voyons pas les choses mêmes; nous nous bornons, le plus souvent, à lire des étiquettes collées sur elles. Cette tendance, issue du besoin, s'est encore accentuée sous l'influence du langage. Car les mots (à l'exception des noms propres) désignent des genres. Le mot, qui ne note de la chose que sa fonction la plus commune et son aspect banal, s'insinue entre elle et nous, et en masquerait la forme à nos yeux si cette forme ne se dissimulait déjà derrière les besoins qui ont créé le mot lui-même» (Bergson, 1900). C'est comme si la dénomination des concepts projetait une ombre sur les concepts en cachant leurs sens dont la saisie nécessiterait une interprétation en tenant compte des contextes historiques, culturels, etc. Dans le même ordre d'idées, Dewey avertit qu'une signification est toujours située, c'est-à-dire « tributaire d'un contexte d'usage, d'un environnement et d'une expérience en cours ».

Tenant compte de ces mises en gardes, pour définir nos concepts, nous nous sommes attelé à remonter à leurs origines, c'est-à-dire, nous nous sommes intéressé à leurs étymologies sans pour autant embrasser une vision essentialiste. Cependant il convient de signaler que cette étymologie fait ressortir des concepts qui sont une construction idéologique. Pour ce faire, préalablement à

une revue de la littérature, nous nous sommes évertué à opérer un retour sur l'étymologie et les origines latines ou grecques. Il s'agit là d'une approche qui permettrait une meilleure prise en compte des différentes perspectives proposées. Cependant, cela ne nous a pas permis de découvrir des contenus sémantiques déterminés et stables par sédimentation historique avec des valeurs heuristiques et d'usage qui s'imposent à quiconque, pour utiliser les mots de Derycke & Dutrait, (2008), car les concepts sont sujets à une perpétuelle réinterprétation. Ce qui repose une fois de plus l'importance de leurs sens du point de vue des personnes en situation. Citant Dewey, Rozier (2010) explique qu'une signification est tributaire d'un contexte d'usage, d'un environnement, d'une expérience en cours ; et qu'elle est toujours située.

La nature polysémique des concepts étudiés laissait présager la difficulté à les circonscrire. En définitive, notre volonté de clarification et de clarté a conduit à une aporie, ce qui nous a désorienté dans un premier temps. Par voie de conséquence, nous avons adopté une lecture plus critique de ces concepts pour mieux comprendre les raisons de cette aporie en émettant l'hypothèse que la diversité des définitions provient des différentes ontologies à la base de ces concepts, de la diversité des champs disciplinaires impliqués ; des construits idéologiques en jeu ; des enjeux épistémologiques propres et à l'histoire interne de chacun des domaines; des finalités visées et des présupposés théoriques pas toujours clairement explicitées.

Ainsi, les concepts de communauté, participation et appropriation partagent la particularité que les différentes définitions recensées sont influencées par la théorie de l'action rationnelle qui donne le primat à l'individu et l'être humain comme un agent rationnel et utilitariste, ayant un comportement égoïste. En outre, l'individualisme méthodologique qui a pour règle fondamentale « que tout phénomène économique ou social global est le résultat d'actions ou d'états de conscience individuels » (Brochier, 1994) ; et que tout phénomène social peut se ramener à des comportements individuels de la part d'acteurs dotés d'autonomie, comme à ses causes (Boudon, 1986). Cette théorie de l'action rationnelle a fortement influencé le courant dominant de la pensée économique dont la finalité est d'adapter les personnes au nouvel impératif politique qu'est la mondialisation comme environnement absolutisé (Stiegler, 2019).

John Dewey (1920) s'insurge contre le libéralisme classique et ses dérivés en considérant que ces derniers conçoivent l'individu comme « quelque chose de donné, quelque chose de déjà là » avant les institutions. Au contraire, pour lui, ce sont les institutions qui créent les individus. Il défend la thèse qu'il n'est pas possible d'adapter les populations à un environnement selon une vision téléologique, mais que les populations doivent s'adapter à leurs environnements selon un processus expérientiel.

Concernant le concept d'appropriation, les définitions recensées relèvent de la sociologie des usages, particulièrement des technologies de l'information et de la communication ; des outils de gestion ; et de l'espace publique. Le concept de propriété au sens de possession est central dans ces définitions. La prégnance de ces théories centrées sur l'individu et la propriété constitue le lit des approches libérales qui sous-tendent toutes les politiques publiques (Jobert, 1994), dont celles de santé. En effet, la politique des soins de santé primaire dont émanent les CdS a été par la suite transformée en une série de programmes verticaux pour des raisons financières intégrant le recouvrement des coûts; et de recherche d'efficacité (Magnussen, 2004 ; Cueto, 2004 ; Obimbo, 2003). Cela nous amène à nous poser la question sur le sens et la finalité de l'appropriation de ces politiques de santé.

Sur la base de ces considérations, nous avons reprécisé nos concepts-clés comme ci-après.

4.1.1. Concept de communauté

Notre définition du concept de communauté est en relation avec notre expérience de terrain. Si différents groupes sociaux comme les villages sont considérés *ipso facto* comme des communautés, cela fait logiquement admettre que la communauté se construit en vivant et partageant la même espace. Une autre acception commune de la communauté est bâtie autour de l'ethnie. Ces deux conceptions sont réductrices car elles ne permettent pas d'expliquer les différences dans la capacité à mener des actions collectives de la part de communautés occupant la même aire géographique et présentant les mêmes caractéristiques ethniques, démographiques et linguistiques. D'où l'importance que nous allons accorder à l'examen des interactions sociales dans les communautés étudiées, en cohérence avec la vision relationnelle de la Société. En effet, nous considérons la communauté comme un cadre où se déploient les rapports sociaux qui créent

et entretiennent des liens entre ses membres, lesquels liens sont fondés sur le partage d'une chose en commun autre que l'ethnie, la langue ou la localité (ex : identité, sentiments, motivations, idées, espérances communes, etc.). Cette chose partagée ne s'appréhende pas a priori mais découle du sens que leur donnent les membres de ces communautés. Les processus sociaux mis en œuvre dans les interactions influencent la capacité d'une communauté à mettre en œuvre des actions collectives. C'est pourquoi nous avons adopté une approche ethnographique pour saisir le concept de communauté, tel qu'il ressort des données empiriques à travers les récits et les actions des personnes.

4.1.2. Concept de participation :

Dans notre recension et étude des définitions de participation en Annexe II, nous avons fait ressortir la distinction entre participation instrumentale et participation habilitante. Dans notre cadre conceptuel, nous écartons d'emblée la participation instrumentale en tant que moyen pour atteindre des objectifs fixés dans le cadre des projets et programmes. En effet, cette forme de participation aide à perpétuer un ordre préétabli et est bâtie selon une vision téléologique qui fait de l'appropriation une forme de privatisation, donc donnant la primauté aux considérations économiques).

Par contre, nous nous plaçons dans le cadre de la participation habilitante comme processus qui peut favoriser l'empowerment (Bacqué, 2013). Nous avons trouvé de nombreuses définitions de l'empowerment, mais, nous nous soucions davantage des finalités de l'empowerment pour retenir celle qui cadre avec l'objet de notre étude. En partant des trois modèles d'empowerment de Bacqué, nous distinguons différentes finalités qui sont portées par des courants de pensée politique et économique.

La finalité basée sur la transformation des rapports de pouvoir entre groupes, qui entraine une transformation sociale liée au modèle radical de l'empowerment, symbolisé par Paolo Freire et fondée sur la « construction d'une conscience critique et sur les conditions structurelles de la domination. Elle a comme enjeux la reconnaissance des groupes pour mettre fin à leur stigmatisation, l'autodétermination, la redistribution des ressources et les

droits politiques. Il s'agit de favoriser une émancipation individuelle et collective qui débouche sur un projet de transformation sociale gage d'une remise en cause du système capitaliste. Dans ce cadre, les notions de justice, de redistribution, de changement social, de conscientisation et de pouvoir, sont prégnantes.

- La finalité de défense des libertés individuelles qui promeut les notions d'égalité, d'opportunité, de lutte contre la pauvreté, de bonne gouvernance, d'autonomisation et de capacité de choix (lié au modèle social-libéral). Il s'agit de leur donner les capacités à « adapter le terrain de jeux ». Cependant, cette approche ne prend pas en compte les spécificités culturelles et les conditions socioéconomiques et politiques de l'exercice du pouvoir, non plus elle n'interroge structurellement les inégalités sociales.
- La finalité de production d'un individu entrepreneur et consommateur, un *Homo oeconomicus* qui contribue à reproduire et faire fonctionner le système capitaliste plus qu'à le questionner ou à le transformer Il s'agit de favoriser chez les individus « le développement d'une capacité d'action individuelle reposant sur une capacité à faire des choix rationnels, utiles, effectifs ou intentionnels » (Bacqué). Nous sommes-là en face du modèle dominant.

Blondiaux (2011) décrit une version édulcorée de la version néolibérale qui consiste à mettre en place des procédures de participation, « sous forme de dispositifs institués, plus ou moins standardisés, mais le plus souvent organisés et contrôlés par une autorité politique ou administrative ». Bacqué souligne que la finalité de cette forme d'empowerment qui promeut l'adoption par les acteurs individuels des dispositifs de participation et qui renforce leurs capacités à se conformer aux règles imposées, vise à favoriser l'acceptabilité sociale des projets ou leur institutionnalisation.

En réalité nous nous intéressons à l'empowerment comme processus pour créer les conditions du pouvoir d'agir des communautés ; mais aussi en tant que processus d'apprentissage pour y accéder (Bacqué, 2013).

4.1.3. Concept d'appropriation

La stratégie des CdS en tant qu'élément de la politique de santé est congruente avec l'affirmation de Favreau et Fréchette (2003) selon laquelle les problèmes sociaux et les problèmes de santé sont de nature collective et doivent faire l'objet de solutions collectives. Dès lors, de manière schématique, l'on pourrait lire la stratégie des CdS sous l'angle d'une intervention communautaire en santé, comprenant un volet offre de services de santé de base. En tant qu'intervention communautaire, la CdS rentre dans une des approches de l'intervention communautaire, telles que définie par Bourque (2007).

Au vu de son opérationnalisation, telle que décrite dans la première partie, nous situons la CdS dans l'approche socio-institutionnelle participative qui, selon Bourque, a comme finalité « le développement de la capacité d'agir des groupes et des collectivités dans une conception où ils deviennent davantage sujets des programmes et services publics développés par des experts et des institutions et moins objets ou consommateurs passifs de ces derniers ». Ce faisant, le type d'appropriation suscitée relève d'une idéologie particulière qui cherche à adapter les populations à l'ordre dominant.

Nous avons aussi trouvé de nombreuses définitions du concept d'appropriation, mais nous avons expliqué ci-haut les raisons qui justifient le fait que nous nous soyons démarqué de ces définitions basées sur la rationalité instrumentale. En effet, nous ne considérons pas l'appropriation juste comme une opération rationnelle de la part d'un collectif d'individus.

Tout au contraire, nous la concevons comme étroitement liée à l'action collective et comme un processus de construction de sens, tel qu'il se retrouve dans la définition de Grimand (2006), selon laquelle l'appropriation est « un processus interprétatif, de négociation et de construction du sens à l'intérieur duquel les acteurs questionnent, élaborent, réinventent les modèles de l'action collective».

Ainsi, les récipiendaires de ce changement la transforment et lui insufflent du sens, en faisant évoluer leurs représentations à son égard. Cela pose aussi la place des finalités dans la construction de sens qu'il importe de déchiffrer dans le cadre de l'appropriation.

Une première question importante qu'il convient de poser est de savoir si l'appropriation des CdS a la même finalité pour les communautés que pour le système de santé. Etant entendu que le sens donné à l'appropriation par la communauté nous importe plus dans le cadre de notre étude.

En outre, le processus de négociation de sens à l'intérieur d'un groupe social, en direction de l'appropriation, présuppose l'existence de liens sociaux, des solidarités de proximité et un sentiment d'appartenance. Cela est congruent avec l'approche socio-communautaire de l'empowerment qui vise, entre autres, à renforcer les liens sociaux et les solidarités de proximité Bourque, 2007). D'où découlerait une deuxième question : **quel type d'identité communautaire est favorable à l'appropriation des CdS?**

Considérant que l'appropriation n'est pas juste une opération rationnelle mais qu'elle nécessite un changement de récit qui doit pouvoir être déchiffrée par les intervenants communautaires, ce qui nécessite de leur part un changement de paradigme conformément au principe de vision et de division de Bourdieu, une troisième question s'impose alors : **comment susciter ou faciliter cette appropriation plutôt vue comme une innovation sociale?**

1.2. Cadre Conceptuel

L'esquisse d'un cadre conceptuel a pour objectif de structurer notre démarche de recherche et lui donner un fil conducteur. Notre cadre conceptuel est bâti sur une perspective relationnelle et des catégories de pensée à confronter aux données de terrain. Il s'agit de catégories conceptuelles structurantes mais non-classificatoires, nominalistes ou normatives qui nous poussent à être ouverts à ce qui émerge des données que nous approchons avec la sensibilité de nos concepts « sensitizing concepts » (Blumer, 1969).

Les communautés s'inscrivent dans un modèle de société mettant en œuvre des acteurs sociaux, des interactions sociales, des processus, des pratiques et des contextes qui déterminent les actions collectives. En outre, l'appropriation renvoie aux relations sociales car elle met en jeu les interactions des personnes dans l'espace et le temps. Elias affirme que « l'humain est un être de culture par nature. Il est prédisposé biologiquement à la faculté du langage et est naturellement lié aux autres par le besoin fondamental d'entretenir des relations avec les autres ». Il est en même temps un être de sens qui « a besoin, pour toute relation qu'il pratique, de produire des justifications, des légitimations, qu'il intériorise et qu'il explicite. » (Bajoit, 1992)

L'étude de l'appropriation de la CdS suppose l'étude d'une histoire et d'un récit qui ne peuvent se faire en choisissant de figer la CdS et la communauté pour étudier le processus d'appropriation. D'où l'adoption du modèle relationnel pour étudier l'appropriation communautaire des CdS.

4.2.1 Modèle relationnel

Nous avons mobilisé le modèle relationnel en nous appuyant sur trois auteurs : Emirbayer qui nous fournit des arguments en faveur du modèle relationnel ; Norbert Elias et Bourdieu qui nous fournissent des concepts opérationnels.

4.2.1.1 Un modèle relationnel en opposition aux approches essentialistes

La perspective relationnelle ajoute à la longue liste des dilemmes sociologiques en opposant substances et relations dynamiques. Moustapha Emirbayer, dans son Manifeste pour une Sociologie Relationnelle (1997) auquel nous nous référons dans cette section, soulève deux questionnements: l'univers social est-il constitué de substances ou de processus encapsulés dans des « choses » statiques ? Ou bien, est-il constitué de processus incrustés dans des relations dynamiques qui se déroulent et se déploient ?

La perspective substantialiste selon laquelle l'univers social est constitué de substances sous forme de choses, d'essences et d'entités est largement majoritaire dans la sociologie à la base de différentes théories de l'action (modèles basés sur la théorie de l'acteur rationnel et modèles basés sur les normes), différents holismes et le structuralisme. Elle se retrouve aussi dans l'analyse des « variables » statistiques. Cette perspective remonte à la philosophie ancienne et médiévale avec les physiques d'Aristote bâties autour des substances; en passant par Galilée qui considère l'existence de choses qui ont leur Etre avec leur prolongement externe en actions. On la retrouve dans la doctrine chrétienne de « l'âme » culminant avec le système théologique de St Thomas d'Aquin.

Dans la perspective substantialiste, se trouve la notion de substances (choses, êtres ou essences) qui constituent l'unité fondamentale d'analyse. Les substances sont des entités ayant leur propre existence qui se révèlent comme déjà formées. C'est seulement après, qu'elles peuvent être impliquées dans des flux dynamiques.

Dewey et Bentley (cité par Emirbayer, 1997) ont identifié deux catégories de substantialisme. La première est considérée comme celle de « l'auto-action » où les choses agissent selon leurs propres pouvoirs, indépendamment des autres substances. Dans ce cas-ci, la matrice relationnelle dans laquelle les substances agissent fournit un médium vide pour leurs activités auto-portantes et auto-génératrices. La seconde catégorie de substantialisme est celle de « l'inter-action », fréquemment confondue avec les points de vue relationnels, qui postule que les choses se

télescopent aux choses en interconnexion aléatoire. Ainsi, les choses ne génèrent plus leurs propres actions mais ces dernières surviennent parmi les entités elles-mêmes. Les entités demeurent fixes et inchangées à travers l'interaction.

Selon Emirbayer, une opposition fondamentale au substantialisme est la perspective relationnelle dans laquelle les véritables termes ou unités impliqués dans une transaction dérivent leur sens, significations et identités des rôles fonctionnels changeants au sein de la transaction. Les choses ne sont pas assumées comme ayant des existences indépendantes et présentes antérieurement à une relation quelconque mais acquièrent leur existence totale d'abord et avec les relations. La transaction est un processus dynamique, qui peut se déployer. Elle devient l'unité primaire d'analyse plutôt que les éléments constitutifs eux-mêmes.

La perspective transactionnelle est à la base de la sociologie relationnelle (Emirbayer, 1997) rattachable à des pères-fondateurs de la sociologie notamment:

- Karl Marx qui considère la société comme la somme des interrelations dans lesquelles se trouvent les individus et non pas comme la somme des individus eux-mêmes ;
- Simmel qui considère la société comme généralité ayant une vitalité.

La perspective relationnelle a été popularisée par Norbert Elias. Cependant, c'est seulement dans les dernières décades que la sociologie relationnelle a connu un regain d'intérêt du fait des travaux de certains penseurs (Néray, 2016). Parmi ces derniers, l'on peut citer: Somers et Gibson (2007) qui considèrent les approches relationnelles comme encapsulant l'acteur dans des relations et des histoires qui se déplacent dans l'espace et le temps, ce qui exclut une stabilité des catégories dans l'action. S'y sont ajoutés, Donati (1983), Bourdieu, Bajoit (1992), White (1995), Laflamme (1995), Emirbayer (1997), Tilly (1999), Crossley (2010) and Archer (2012). Cependant Dpelteau and Powell (2013) avertissent que chacun de ces auteurs a développé une formulation spécifique; ce qui signifie que le terme sociologie relationnelle est utilisé avec différentes approches telles que les approches culturalistes dans laquelle se situe la sociologie des pratiques (Reckwitz, 2002).

Constatant cette diversité, Bagoui (2007) estime important d'arriver à un minimum d'accord en proposant quatre principes fondateurs auxquels devrait se conformer le discours sociologique relationnel. Ces principes sont déclinés tel qu'il suit.

- Une sociologie relationnelle qui s'inscrive dans la philosophie de la non-conscience. « Cela signifie qu'une analyse en termes relationnels ne doit pas réduire le social à une question de volonté personnelle, à de l'arbitraire individuel, à une intention subjective des acteurs, à l'idée d'une conscience claire de l'action ou à l'idée de poursuite de l'intérêt comme fondement de l'action. »
- Une sociologie relationnelle qui suppose une rupture avec la perspective appréhendant le social en termes d'essences et de contenus immuables.
- Une sociologie relationnelle qui se départisse de la « lecture réaliste qui isole les phénomènes, qui considère en elle-même et pour elle-même les pratiques, ou qui établit des correspondances mécaniques et directes entre traits pris à l'état isolé. »
- Une sociologie relationnelle qui rejette la notion selon laquelle on peut poser des unités discrètes et données au préalable comme point de départ de l'analyse sociologique.

4.2.1.2. Outils conceptuels de l'approche relationnelle selon Norbert Elias

Norbert Elias postule que la seule façon de comprendre le phénomène social, sans le réifier, ni pourtant nier son existence, est de le concevoir en termes relationnels. « Toute union sommative de ce type repose sur un regroupement, non pas sommatif mais fonctionnel, des individus en question. » Ainsi, il explique que pour comprendre les phénomènes sociaux, « il faut rompre avec la pensée sous forme de substances isolées et passer à une réflexion sur des rapports et des fonctions. »

Il a développé la notion de configuration (le terme figuration est aussi utilisé) en tant qu'outil conceptuel explicitement conçu pour remettre en cause la dichotomie individu/société qui grèverait la plupart des théories sociologiques qu'il trouve saturées d'idéologies et incapables de dépasser les représentations du monde social en termes de double dépendance entre les éléments du binôme individu-société (Elias, 1987).

Il envisage l'instauration de rapports d'interdépendance entre les individus qui déterminent et façonnent dans le « temps long » leur manière de voir, de penser et d'agir, ce qui donne existence et substance à l'implication des agents sociaux. Cette notion d'interdépendance est au cœur de la sociologie d'Elias. Il nomme « configuration » les formes spécifiques d'interdépendance entre les individus ou de groupes. Cette dernière peut être de différentes tailles et de complexités au vu de la longueur des chaines de relations permettant de différencier ces interdépendances (Elias, 1981)

Norbert Elias s'appuie sur la métaphore du jeu pour définir le terme de configuration en tant que « figure globale toujours changeante que forment les joueurs ; elle inclut non seulement leur intellect, mais toute leur personne, les actions et les relations réciproques. [...] Cette configuration forme un ensemble de tensions ».

La notion de configuration d'Elias suppose l'idée d'un changement perpétuel considérant que le jeu entre les acteurs est rarement doté d'un certain équilibre capable de provoquer une relation de stabilité dans la chaine d'interdépendance. Ainsi, la configuration est en perpétuelle reconstruction du fait des interactions entre les joueurs.

En outre, le concept de configuration se distingue des réseaux et des autres formes d'organisation par sa capacité à regrouper des éléments de nature différente : acteurs, groupes et représentations. Dans le même ordre il dépasse celui « d'interactions », un terme « qui ne rend pas compte de l'interpénétration des expériences et des actions des individus, car il est trop étroitement associé au modèle traditionnel de la société conçue comme une simple unité cumulative, composée d'individus humains initialement isolés » (Elias & Dunning, 1994).

La notion d'interdépendance qui est à la base du concept de configuration est reliée à celle de pouvoir. Elias envisage le pouvoir comme un déséquilibre dans les interdépendances. Il considère que le pouvoir « n'est pas une amulette que l'on possède et l'autre non », mais « une particularité structurelle des relations humaines – de toutes les relations humaines ». Ce faisant, Elias récuse les conceptions traditionnelles du pouvoir et de la causalité. En outre, il récuse le statut de grands hommes qui font l'histoire, de hauts personnages nés puissants ou capables. Il soutient que c'est l'histoire qui fait les grands hommes étant entendu que seules comptent les interactions qui ne sont ni nécessairement volontaires, ni conscientes qui relient les hommes, les précèdent et les entourent.

Le fait que la configuration soit en perpétuelle reconstruction nécessite l'adoption d'une démarche diachronique pour se rendre compte des changements. Ainsi, le modèle relationnel d'Elias s'appuie sur une approche historique car il considère que les relations sociales « se dévoilent peu à peu sans jamais se laisser appréhender comme une unité synthétique ». L'approche historique permet de « remonter loin dans le passé pour reconstruire les processus sociaux de longue durée qui l'ont rendue possible et permettent de rendre compte de ses différentes caractéristiques ». Elle permet de déceler les différentes configurations en tant que réseaux d'interdépendance entre les individus, qui, selon Elias, constituent la « matrice constitutive de la société.

Elias considère qu'une sociologie « des configurations » est forcément une sociologie « des processus ». Il s'ensuit que les rapports de force et les « équilibres de tensions » n'ont pas un caractère définitif, intemporel ou anhistorique. Au contraire, comme les hommes qui sont impliqués, les processus ont une histoire et sont eux-mêmes histoire. Ainsi, Elias considère les « institutions », les « structures » ou les fonctions que l'on retrouve dans les configurations comme des « cristallisations à la fois transgénérationnelles et temporaires des relations de dépendance réciproque. »

Il existe un rapprochement entre le concept de configuration et celui de champ de Bourdieu (qui sera défini ci-après. « Ils partagent leur approche dynamique des relations et leur conception du pouvoir comme étant une lutte et non comme une - possession -, telle que prônée par l'approche essentialiste ».

Cependant, il existe une différence notable entre ces deux concepts. Dans le concept de « champ » de Bourdieu, ce dernier « s'intéresse aux groupes institués et fournit une définition précise bien que générale, permettant son application à une multitude d'espaces sociaux » – Par contre, Elias « ne s'intéresse pas véritablement aux groupes et à leur constitution, mais à toute une variété de structures sociales dans lesquelles se retrouvent les individus. »

Au total, l'adoption du modèle relationnel selon Elias s'appuie sur une approche historique car, les relations sociales « se dévoilent peu à peu sans jamais se laisser appréhender comme une unité synthétique ». L'approche historique permet de « remonter loin dans le passé pour reconstruire les processus sociaux de longue durée qui l'ont rendue possible et permettent de rendre compte de

ses différentes caractéristiques » Elle permet de déceler les différentes configurations en tant que réseaux d'interdépendance entre les individus, qui, selon Elias constituent la « matrice constitutive de la société. Nous essayerons de mettre en œuvre cette approche historique en étudiant les communautés et les CdS.

4.2.1.3. Sociologie relationnelle de Bourdieu

Selon Mohr (2013), un principe-clé du relationnisme de Bourdieu est que « les objets faisant l'objet de recherche sont vus dans leur contexte, comme une partie d'un tout. Leurs significations sont déterminées, non pas par leurs propres caractéristiques, attributs ou essences des choses mêmes, mais plutôt en référence aux champs des objets, aux pratiques, ou les activités dans lesquelles elles s'enchâssent. » Autrement dit, Bourdieu préfère parler, non pas de sa « théorie », mais plutôt d'un « système relationnel »; selon lui, "le réel est relationnel". Il s'est même opposé à toute idée de produire de la Grande Théorie sociologique, d'où l'utilisation de terme Esquisse d'une théorie des pratiques.

D'après Golsorkhi et Huault (2006), La théorie bourdieusienne peut être explicitée grâce à un nombre restreint de concepts interdépendants et en interaction à savoir : l'habitus, le capital, le champ, la pratique, la doxa et l'illusio. En outre, la notion de pouvoir est centrale à la théorie de Bourdieu qui est une théorie agonistique, où tous les groupes sociaux cherchent à améliorer leurs positions. Nous avons pris le parti de nous inspirer de la théorie de Bourdieu en nous servant des concepts de capital, notamment le capital culturel et le capital social ; et subsidiairement, du champ en tant que domaine d'expression des capitaux. Nous rappelons ci-dessous les définitions de ces concepts selon Bourdieu.

Le capital

Le capital est un déterminant des positions et cause des luttes dans les champs. (Golsorkhi et Huault, 2006). De manière générale, le capital est une ressource, au sens large, qui se décline sous quatre formes (Bourdieu, 1979; 1992; 1993: 1997): le capital économique, le capital culturel, le capital social et le capital symbolique ». Nous nous intéressons au capital social et au capital culturel qui sont définis ci-après.

Capital social

En première esquisse, on peut le définir de manière rapide comme les ressources accessibles à un agent grâce à son réseau de relations. Ce réseau est lui-même fonction d'un habitus qui détermine ces possibles relations.

Bourdieu (1980) le définit comme « l'ensemble des ressources actuelles ou potentielles qui sont liées à la possession d'un réseau durable de relations plus ou moins institutionnalisées d'interconnaissance ou d'inter-reconnaissance; ou, en d'autres termes, de l'appartenance à un groupe, comme ensemble d'agents qui ne sont pas seulement dotés de propriétés communes (susceptibles d'être perçues par l'observateur, par les autres ou par eux-mêmes) mais sont aussi unis par des liaisons permanentes et utiles. Ces relations sont irréductibles aux relations objectives de proximité dans l'espace physique (géographique) ou même dans l'espace économique et social parce qu'elles sont fondées sur des échanges inséparablement matériels et symboliques dont l'instauration et la perpétuation supposent la re-connaissance de cette proximité ».

Capital culturel

En première esquisse, on peut le définir comme le volume de reconnaissance, de légitimité et de consécration accumulé par un agent social au sein de son champ d'appartenance. <u>Bourdieu et Passeron (1970) définissent</u> le capital culturel comme les ressources propres aux familles, qui permettent aux individus d'atteindre une position sociale particulière.

Nous nous sommes clairement écarté de cette définition en problématisant ce qui fait un capital d'ordre culturel, selon la perspective des communautés.

Le champ

Le champ est le méta-concept qui structure la pensée de Bourdieu. (Golsorkhi et Huault, 2006). Il découle d'une division du monde social consécutive à la différenciation des activités sociales ayant conduit à la constitution de sous-espaces sociaux spécialisés dans l'accomplissement d'une activité spécifique et dotés d'une autonomie relative envers la société prise dans son ensemble, appelés « champs » (Bourdieu, 1966). Le champ présente une autonomie suffisante pour se reproduire

elle-même (auto). L'autonomie d'un champ représente sa capacité interne à se doter soi-même d'un principe de différenciation et d'auto-organisation (Bourdieu, 1992).

Les différents agents sociaux occupent des positions dans le champ en fonction du volume et de la structure du capital dont ils disposent. Chaque champ est doté d'enjeux, de règles de fonctionnement, d'intérêts caractéristiques, d'objets et d'agents possédant l'habitus spécifique du champ. La configuration du champ dépend des positions des agents, du rapport de force et de la lutte qui en découlent (Bourdieu, 1980). Par voie de conséquence, une dimension consubstantielle du champ est la lutte autour de l'acquisition des différentes formes de capitaux (Bourdieu, 1997). Des lors, le champ est structuré comme un système relationnel et différentiel (où chaque agent occupe une position plus ou moins avantageuse. La durabilité du champ tient au fait que chaque champ est « l'institutionnalisation d'un point de vue dans les choses et dans les habitus » (Bourdieu, 1997).

4.2.2. Les catégories de pensée

Nous avons retenu trois concepts hautement relationnels comme catégories de pensée pour pouvoir apprécier les interactions sociales mises en œuvre dans le processus d'appropriation communautaire des CdS, tel qu'il ressort des données de terrain : Il s'agit du capital culturel, du capital social et du pouvoir d'agir

Nous avons pris le parti d'emprunter à Bourdieu le capital culturel et le capital social. Nous les avons aussi adaptés aux réalités de notre champ d'étude, car selon Detrez (2005), tous les capitaux ne sont pas non plus équivalents dans le monde social. Cependant, nous avons pris soins de garder les concepts ouverts du fait que notre étude se situe dans un univers social diffèrent où le concept de culture n'a pas le même sens; et où les processus sociaux mis en jeu dans les relations sociales n'ont pas les mêmes valeurs.

N'est-ce pas Bourdieu qui a affirmé que « l'usage scientifique d'un concept suppose une maîtrise pratique et théorique des usages antérieurs et de l'espace conceptuel dans lequel le concept emprunté a été utilisé. Et en fait, à partir de cette maîtrise de l'espace, on peut avoir une ligne

théorique comme on a une ligne politique à partir d'une intuition des espaces politiques différents à travers lesquels les constantes structurales se maintiennent. »

En outre, la réinterprétation des concepts est permise car, selon Reckwitz (2002), les « théories » sociologiques sont des vocabulaires. En tant que tels, elles sont nécessairement sous-déterminées. En tant que vocabulaires, elles offrent des systèmes contingents d'interprétation qui permettent de faire des déclarations empiriques, aux dépens d'autres.

Sur un autre plan, les catégories de pensée peuvent être comprises comme des concepts sensibilisateurs (sensitizing concepts) qui, selon Patton (2015) nous sensibilisent et nous alertent sur ce qu'il y à chercher dans un contexte spécifique de recherche. Il rappelle à l'observateur qu'il ne faut pas rentrer dans le terrain de recherche avec une page blanche. Patton ajoute que « quand bien même la nature inductive de la recherche qualitative met l'accent sur l'importance d'être ouvert à tout ce qui peut être appris, une certaine façon d'organiser la complexité de l'expérience est un prérequis pour la perception elle-même. »

Les concepts de capital culturel et de capital social se fécondent mutuellement (Gould, 2001). Ils présentent des caractéristiques qui justifient leur utilisation et leur redéfinition. Ils sont caractérisés par un éclectisme qui fait en sorte que le choix théorique à adopter dans le cadre d'une étude « ne peut se limiter à une adhésion complète et sans nuance à la théorie d'un seul auteur » (Claridge, 2004), même si l'on s'en inspire, comme dans notre cas avec Bourdieu. Selon Claridge, « le choix théorique doit plutôt être un choix de concepts sélectionnés en fonction des objectifs précis de cette recherche ».

Ainsi, selon Meyer-Bisch (2015), le capital culturel est considéré comme un « concept aussi efficace et généreux », qui met en relation le passé et le futur. Cela est congruent à la perspective historique que nous avons adoptée dans le cadre de notre étude.

Quant au capital social, Claridge (2004) le considère comme un concept pragmatique « au sens où sa définition, ses niveaux d'analyse, ses dimensions et ses indicateurs dépendent de la discipline, de l'objet étudié et de l'objectif visé par les auteurs ». C'est pourquoi, nous avons produit des

définitions de ces deux capitaux selon une optique collective et de manière à nous adapter au système de sens qui prévaut dans l'espace social étudié.

C'est à partir de ces deux capitaux que nous avons dérivé le pouvoir d'agir. Moore (2008) postule que le concept de capital de Bourdieu ne saurait être interprété en tant que ressource passive dans un champ déterminé, mais comme une forme de pouvoir ou une capacité d'agir, qui, telle « l'énergie », impulse le développement du champ à travers le temps.

4.2.2.1. Le capital culturel

Le capital culturel est défini en s'appuyant sur une définition large de la culture mais centrée sur les personnes, et sur les liens de sens entre les domaines, ce qui la rend opérationnelle (Meyer-Bish, 2015). Cette définition est celle qui est adoptée dans la Déclaration de Fribourg (2007) selon laquelle « le terme "culture" recouvre les valeurs, les croyances, les convictions, les langues, les savoirs et les arts, les traditions, institutions et modes de vie par lesquels une personne ou un groupe exprime son humanité et les significations qu'il donne à son existence et à son développement. »

La culture serait un capital car il peut être considéré comme un actif « qui fournit aux sociétés humaines les moyens et outils d'adaptation dont elles ont besoin pour faire face au milieu naturel et le modifier activement ». (Berques, 1994). Cela fait appel à leur vision du monde, leurs attachements, valeurs, priorités, exprimés avec leurs mots et explications mobilisés à travers leurs narratifs. En tant que capital, il peut être détenu, fructifié et réinvesti grâce aux interactions entre les individus en participant à la vie du groupe social. Le capital culturel favoriserait la solidarité sociale et le renforcement des liens et de la confiance; donc, elle offrirait les conditions d'émergence d'un capital social.

4.2.2.2. Le capital social

Nous adoptons une définition large, pragmatique et dans une vision collective du capital social défini comme l'ensemble des processus relationnels qui constituent une capacité d'action collective. Dans ce sens, le capital social fait appel aux « institutions, relations, attitudes et valeurs

qui régulent les interactions entre les gens» (Grootaert et Van Bastelaer, 2002) et qui facilitent l'action collective. De ce fait la définition d'Ostrom (2008) suivante trouve toute sa pertinence dans le cadre de notre recherche. « Le capital social est le savoir, la compréhension, les normes, les règles et les attentes partagés au sujet des modèles d'interactions que des groupes d'individus apportent à une activité récurrente ».

4.2.2.3. Le pouvoir d'agir

Le pouvoir est central au concept de pouvoir d'agir. Cependant, nous n'entendons pas par pouvoir les rapports de force qui sont à la base de la domination entre groupe, mais comme un pouvoir génératif : le pouvoir de choisir, le pouvoir de décider et le pouvoir de passer à l'action. Ainsi, Lemieux (1989), résume le pouvoir comme la capacité de transformer un choix en une décision. En tant que processus, il s'appuie sur les dynamiques communautaires pouvant aboutir à une innovation sociale.

Ricoeur (2005) donne une définition du pouvoir d'agir que nous trouvons plus opératoire en ce qu'elle assimile ce dernier à la capacité à produire des événements dans la société et la nature. Au-delà des événements voulus et planifiés, il s'agit plus de la capacité à faire face aux évènements contingents liés aux incertitudes et l'imprévisibilité du cours des choses. Cela nécessite implicitement la capacité d'action dans laquelle on retrouve le « vouloir agir » ; le « pouvoir agir » et le « savoir agir ».

Cependant, nous envisageons le pouvoir d'agir du point de vue collectif qui résulte des relations entre les individus qui composent le groupe social, lesquelles sont fluctuantes, ce qui démontre le caractère dynamique du pouvoir d'agir collectif qui peut évoluer ou régresser dans le temps.

Notre cadre conceptuel mobilisé, nous sommes à même de poser nos hypothèses de recherche.

4.2.3 Hypothèses de recherches

Notre recherche repose sur une hypothèse principale à savoir que l'appropriation des CdS dépend des dynamiques de participation communautaire. Logiquement, nous cherchons à savoir ce qui dans la communauté alimente la participation communautaire. Pour ce faire, nous émettons une deuxième hypothèse : le capital social peut être défini au niveau de la communauté et par ses manifestions, il influence la participation communautaire.

Le Graphique 7 présente le mindmap du cadre conceptuel

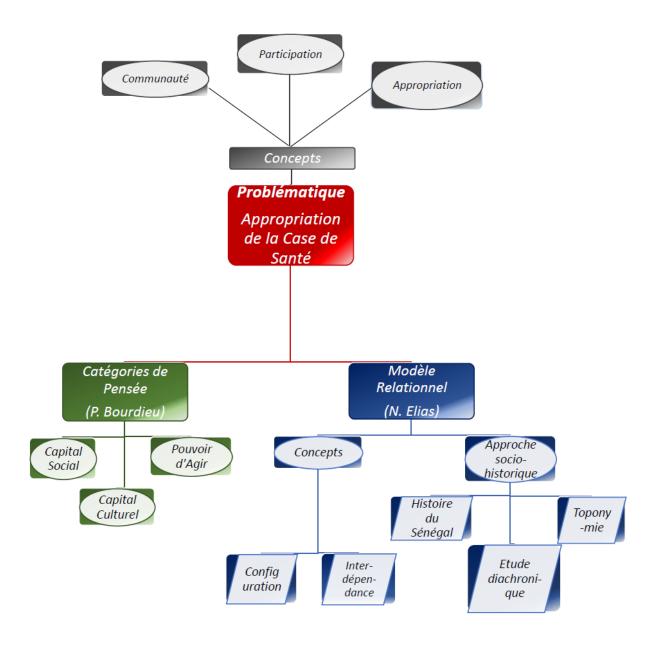


Figure 7: Mindmap du cadre conceptuel

Chapitre 5: Choix méthodologiques

Dans ce chapitre, il importe de retracer le cheminement théorique et méthodologique que nous avons suivi. En effet, le travail scientifique se distingue des activités ordinaires par la façon d'appréhender son objet. C'est tout l'intérêt que revêt la démarche dans le cadre d'un travail scientifique, qui n'a de sens, aussi, que par rapport à l'usage d'outils et de techniques adaptés afin de bien cerner son objet. Pour atteindre les objectifs assignés à notre étude et donner à ce travail de recherche une validité scientifique, nous avons emprunté une démarche méthodologique qui s'articule selon trois phases successives: une phase exploratoire, une phase de collecte des données et enfin une phase de traitement des données.

Cependant, il ne s'agit pas d'une démarche linéaire mais plutôt interactive et itérative, en ce que la logique et le processus mis en œuvre ne nécessitent pas une suite ordonnée d'étapes visant à répondre aux questions de recherche. Au contraire, il y a des mouvements de va-et-vient et des interactions surviennent entre les différents éléments de la recherche ce qui permet à ces derniers de s'influencer mutuellement. (Maxwell, 1998).

Dans le chapitre suivant, nous traitons de nos choix méthodologiques sous-tendus par les fondements (*background assumptions*) qui nous influencent ainsi que notre posture de chercheur; nous présentons la méthode qualitative utilisée; et nous explicitons la stratégie de l'étude de cas employée.

5.1 Background assumptions et posture de recherche

5.1.1 Background assomptions

Selon Gouldner, (1970) des *background assumptions* nous animent et imprègnent notre façon de penser et plus largement, notre appréhension de la société, des rapports sociaux qui la constituent et des multiples relations qui s'y établissent. Lenoir (1975) postule que ces fondements « chapeautent en quelque sorte et orientent tout notre édifice mental scientifique ». Ce faisant, ils sous-tendent nos orientations épistémologiques, sociologiques, philosophiques, idéologiques et théoriques. Les fondements «se révèlent être donc cet ensemble de préoccupations, de présomptions souvent informulées, dissimulées, sous-jacentes à une construction théorique»: une toile d'araignée qui serait tissée en profondeur, un "ciment invisible qui relie ensemble les postulats" (Gouldner, 1971).

Citot (2009) avance que la pensée, dans sa quête d'une certaine idée de la clarté, a cette tendance « à prendre position pour ou contre et à se fixer en un lieu déterminé qu'elle tâchera de protéger de toutes les formes d'adversité ». Il ajoute que cela procure un grand confort d'être établi quelque part, en ce que « cela donne un point de vue sur le monde et permet, du haut d'un donjon intérieur, de contempler l'horizon déployé par nos idées ».

Pour ce qui nous concerne, nous ne nous reconnaissons pas dans cette affirmation, vu que nous ne saurions nous décrire comme un partisan invétéré d'un courant épistémologique, sociologique, philosophique, idéologique et théorique comme nous le montrerons dans le développement suivant. Nous avons déjà esquissé nos *background assumptions* dans notre auto ethnographie figurant en préambule.

5.1.2. Posture de recherche

Notre posture de recherche est celle de Doctorant-Praticien-Chercheur. Il importe d'abord de définir le statut de Doctorant-Praticien-Chercheur. Pour ce faire, il est nécessaire de rappeler d'abord la définition de chercheur. Selon Kohn (1984), « est chercheur, officiellement et en titre,

celui ou celle salarié d'un laboratoire de recherche, reconnu dans ce statut par une instance administrative, qui le rémunère pour 'rechercher'. » (Kohn, 1984). Nous pouvons donc affirmer tout de go que nous ne répondons ni au critère socio-économique, ni au critère juridico-politique que revêt cette définition (Kohn, op. cit.) car nous sommes d'abord un professionnel du développement.

En entreprenant une recherche doctorale, nous avons acquis le statut de Doctorant-Praticien-Chercheur. Ce qui fait la particularité du Doctorant-Praticien-Chercheur, c'est qu'il s'agit d'un professionnel qui est en même temps chercheur, menant sa recherche soit sur un terrain professionnel, soit sur un terrain proche présentant des similitudes ou des liens avec son environnement ou son domaine d'activité (De Lavergne, 2007).

Par voie de conséquence, en tant que de Doctorant-Praticien-Chercheur, nous oscillons entre les deux réalités constituées par le milieu académique et le milieu professionnel. Cela induit une double identité. Vu que nous avons entrepris notre thèse à temps partiel, nous pouvons affirmer que nous étions beaucoup plus proches du milieu professionnel.

Qu'à cela ne tienne, car même en restant un professionnel de développement, nous pouvons affirmer que nous « étions en recherche », compris comme une réflexion aux problèmes ou aux difficultés rencontrées, ou, comme une tentative de découvrir les sens de nos actions posées dans le cadre professionnel (Beillerot, 1991). En devenant Doctorant-Praticien-Chercheur, nous « faisons » de le recherche », ce qui implique du temps, du détachement et des compétences spécifiques (Bourdoncle, 1994).

En tant que professionnel, notre entrée en recherche découle de l'expérience professionnelle et du besoin ressenti de comprendre les phénomènes dans la partie qui traite de la problématique de notre recherche. Dès lors, nous pouvons affirmer sans ambages que notre recherche est déterminée par nos intérêts professionnels mâtinés d'une curiosité intellectuelle et stimulée par la conquête d'une expertise susceptible d'être valorisée plus tard, en la toute dernière partie de notre parcours professionnel.

Le choix de notre sujet de thèse a été construit à partir des questions posées issues des pratiques de développement en vigueur, dont nous sommes par ailleurs acteurs, puis il a été élaboré avec notre directeur de thèse. Dès lors, nous avions une bonne connaissance du terrain et de l'environnement au moment d'entrer en recherche.

Le fait d'entreprendre une recherche sur des phénomènes que nous connaissons et sur un terrain familier, même si nous n'avons jamais été dans les trois villages retenues pour notre recherche, nous pouvons dire, qu'en tant que terrain de recherche, ils présentent les mêmes environnements pour les interventions communautaires que les villages où nous avons eu à travailler ; en utilisant des méthodes et un regard de chercheur nous met en situation de liminalité (Murphy, 1990) entre le monde professionnel et le monde universitaire. Cela interpelle et met à l'épreuve notre implication et notre subjectivité d'une part, et d'autre part, notre distanciation en tant que chercheur.

En tant que professionnel, pendant l'action, nous devons faire des choix stratégiques, méthodologiques, techniques et instrumentaux en fonction de notre expérience, de nos connaissances, de notre formation et des paramètres contextuels (Schon, 1994).

En tant que praticien-chercheur, nous sommes exposé à un ensemble de référents épistémologiques, théoriques, conceptuels et des méthodes en vue d'entreprendre notre recherche. Cela nous permet de questionner nos pratiques professionnelles et d'acquérir un regard diffèrent du terrain de recherche. Ce mouvement de va-et-vient nous permet de faire les choix pertinents relatifs à notre recherche.

C'est ainsi que dans le cadre de notre recherche, nous revendiquons l'épistémologie intréprétativiste s'appuyant sur la phénoménologie. En outre, nous adoptons une démarche critique qui nous amène à questionner et à déconstruire les concepts.

Le fait d'expliciter son système de valeurs et de s'inscrire dans une posture épistémologique constitue des étapes importantes d'une recherche qui implique la prise de conscience d'une certaine subjectivité à laquelle nous ne pouvons échapper vu nos *background assumptions*. Nos orientations de recherche dépendent en effet de notre posture épistémologique et influencent en retour nos choix méthodologiques. Le fait de décliner ses références épistémologiques permet de

justifier ses choix et de fournir un cadre à sa recherche (Demaizière et Narcy-Combes, 2007). En outre, il permet de contrôler l'évolution de sa recherche ainsi que la pertinence et la cohérence de sa démarche, tout en étayant sa validité et sa légitimité (Perret et Séville, 2007).

Au demeurant, définir ses références épistémologiques en tant que chercheur permet de spécifier comment nous construisons et gérons les connaissances que nous manipulons (Demaizière et Narcy-Combes, 2007). C'est de cette spécification dont dépend notre méthodologie de recherche qui « permet, à partir d'un corps de principes ou de repères reconnus, de construire une action (i.e. de recherche) adaptée au contexte spécifique dans lequel elle se met en place » (Demaizière et Narcy-Combes, 2007).

Cependant notre posture épistémologique est mâtinée d'un esprit critique qui nous pousse à questionner, à démonter ou déconstruire les concepts, leur périmètre et leur sens, y compris leurs évolutions dans l'histoire. Dans cet ordre d'idées, nous nous efforçons d'éviter les réductions excessives, les déterminismes, la pensée linéaire, en nous ouvrant à la complexité, en référence à Edgar Morin (2005). Cette ouverture à la complexité nous pousse à essayer de comprendre les relations entre le tout et les parties, mais dans un mouvement de va-et-vient qui peut entrainer la formation de boucles. Nous définirons ci- après l'interprétativisme et la phénoménologie en tant que méthodes.

5.1.2.1 L'interprétativisme

L'interprétativisme considère les données comme des interprétations de la réalité considérée comme subjective. Elle remonte aux idées de Kant (1724-1804) notamment celles postulant que les affirmations humaines concernant la nature ne peuvent être indépendantes du processus mental de la connaissance du sujet. Cependant, la reconnaissance de la composante subjective dans les actions humaines a eu une longue histoire dans la compréhension de l'univers social bien avant même l'avènement de la sociologie (Merton, 1995). N'est-ce pas Thomas (1928) qui affirmait que si l'Homme définit des situations comme réelles, ces dernières sont réelles dans leurs conséquences. En effet, cette reconnaissance remonte aux pensées des philosophes stoïciens dont

Epictète qui ont affirmé que « ce ne sont pas les actions qui alarment ou perturbent l'homme, mais plutôt leurs opinions et caprices concernant leurs actions » (Merton, 1995).

L'interprétativisme renvoie aux approches qui mettent l'accent sur la nature significative du caractère des gens et de leur participation à la fois à la vie sociale et culturelle. (Elster, 2007; Walsham, 1995). Il inclut les méthodes de recherche qui adoptent la position que la connaissance de la réalité des personnes est en réalité une construction sociale par les acteurs humains, par opposition aux méthodes des sciences naturelles. (Eliaeson, 2002; McIntosh, 1997). Quant à Neuman (1997), il décrit l'approche interprétativiste comme » l'analyse systématique des actions socialement significatives à travers l'observation directe et détaillée des personnes dans leurs cadres naturels en vue d'arriver à des compréhensions et interprétations de la manière dont les personnes créent et maintiennent leurs univers sociaux ». A cet égard, l'on recherche les sens et les motifs qui sous-tendent les actions des personnes, à savoir les comportements et les interactions avec les autres dans la culture et la société (Whitley, 1984).

Des lors, l'interprétativisme aide à comprendre l'univers social grâce aux interprétations significatives du monde habité par les personnes, lequel monde a déjà fait l'objet de leur interprétation et d'une reproduction, en tant que partie des activités quotidiennes. (Chowdhury, 2014). Il s'agit de comprendre le processus de la réalité subjective étant donné que la priorité est de comprendre les significations et les intentions, plutôt que de comprendre la causalité. A cet égard, l'on suppose que la compréhension des significations implique un examen minutieux des niveaux de sens et l'observation dans les cadres naturels. L'approche implique la compréhension des comportements dans le cadre culturel du système de sens que les acteurs partagent. La vie sociale est perçue comme une réalisation, créée à partir des actions volontaristes d'interactions sociales d'êtres humains, et la réalité sociale est basée sur leur définition par les personnes (Denzin & Lincoln 2000).

Les mots-clés de l'approche interprétativiste sont : participation, collaboration et engagement (Henning, van Rensburg, et Smit, 2004). Dans ce cadre, le chercheur ne se positionne pas seul et au-dessus, mais fait partie intégrante du processus en s'engageant ou suivant les actions pour en

discerner les significations, telles qu'elles sont exprimées dans des contextes sociaux spécifiques (Carr and Kemmis, 1986).

Le tableau 3 élaboré par Cantrel résume les caractéristiques de l'interprétativisme sur la base de l'ontologie, de l'épistémologie et de la méthodologie.

Caractéristiques	Descriptions
But de la recherche	Comprendre et interpréter la perspective des acteurs
Ontologie	 Il y a de multiples réalités. La réalité peut être explorée et construite à travers les interactions humaines et les actions significatives. Découvrir comment les gens donnent un sens à leurs univers sociaux dans le cadre naturel grâce à des routines, conversations, et écrits quotidiens pendant qu'ils interagissent avec les autres qui les entourent. Ces écrits peuvent être des écrits et des images. Beaucoup de réalités sociales, du fait des expériences humaines variées comprennent les connaissances acquises par les gens,
Epistémologie	leurs points de vue, les interprétations et expériences. - Les évènements sont perçus à travers des processus mentaux d'interprétation qui sont influencés par les interactions avec les contextes sociaux. - Ceux qui sont actifs dans le processus de recherche procèdent à une construction sociale de la réalité en faisant l'expérience de la vie réelle et du cadre naturel. - L'enquêteur et l'enquêté sont enchainés dans un processus interactif de parler, d'écouter, de lire et d'écrire.
Méthodologie	 Des modes de collecte de données plus interactifs. Processus de collecte de données par des messages à base de
	textes, d'interviews et de sessions réflexives
	- La recherche est un produit des valeurs du chercheur

Tableau 3 : Caractéristiques de l'interprétativisme. Développé par Cantrel A. (2001), traduit et adapté par nos soins.

5.1.2.2. La phénoménologie

La phénoménologie est une discipline philosophique qui est née au 18ème siècle des travaux de Hegel (1770-1831), qui a été relayée, vers la fin du XIX siècle, par Husserl, puis au début du XX

siècle par, entre autres, Heidegger, Binswanger, et Merleau-Ponty. Edmund Husserl (1859-1938) a joué un rôle prépondérant dans la diffusion de la phénoménologie. Cette dernière est formulée comme une « science des phénomènes ». Il s'agit au départ d'une pensée philosophique qui est motivée par la question du fondement des sciences en repensant ce qui est à leur origine. La phénoménologie accorde une importance à la façon dont on organise et interprète le monde et à la manière avec laquelle on traite les interprétations à travers l'expérience vécue comprise comme réalité contextuelle.

Partant du fait que le monde prend forme, réalité et consistance en termes de sens ou de significations, le sujet devient ici « celui qui forge ces sens ou ces significations. En ce sens, le sujet se définit essentiellement par sa conscience et celle-ci par l'intentionnalité. L'intentionnalité désigne donc le lien structurel qui unit le sujet à l'objet — et vice versa — et est saisie dans le premier mouvement de la réduction, c'est à dire le retournement sur soi qui anime la méthode phénoménologique, celui du retour au sujet intentionnel, qui permet de rendre compte de son activité de conscience dans son expérience du monde. » (Meyor, 2007)

Meyor explique que la phénoménologie s'appuie sur un retour systématique vers la subjectivité qui permet de décrire son mouvement ainsi que les modes intentionnels qui la lie au monde. L'intentionnalité a une place centrale en phénoménologie en ce qu'elle considère le monde comme étant constitué par le sujet, et non pas sur un mode strictement empirique dans le sens réaliste du terme. Ce faisant, l'intentionnalité acquiert le statut de phénomène, en ce qu'il prend forme et existe pour un sujet en termes de signification.

Ainsi, l'exercice qui consiste à comprendre le sujet sous son statut d'intentionnalité, voire de non-intentionnalité, en partant de son expérience vécue, est d'un intérêt particulier. En effet, il s'agit du passage du plan empirique au plan intentionnel ; ce qui n'est pas un simple passage d'un niveau à un autre où il s'agit simplement d'examiner l'expérience en traduisant les qualités objectives de l'objet en qualités telles que perçues par un sujet. Loin s'en faut ! Selon Meyor, « l'exercice appelle une véritable conversion du regard du chercheur et suppose un véritable investissement du chercheur moyennant sa propre subjectivité ». Dès lors, apparait la nature subjective du phénoménologue qui n'est plus cet observateur neutre du phénomène, mais devient le pôle

subjectif générant la prise de sens. L'immersion du phénoménologue dans l'expérience et la reprise à son propre compte des données de cette expérience sont des éléments d'importance de cette méthode, et sur la base d'un retournement, son accomplissement même: plus la description de l'expérience est fine et approfondie, plus on rejoint l'objectivité dans la méthode. Il apparait ainsi que, l'approche phénoménologique s'oppose aux approches habituelles qui cherchent le critère d'objectivité dans la position de neutralité et de distanciation de l'observateur par rapport à l'objet à l'étude. L'objet à l'étude en phénoménologie concerne toujours un objet de l'expérience humaine. Il s'agit d'opérer un retour à la subjectivité qui permet la saisie des modes intentionnels ou non intentionnels.

La phénoménologie débute avec la réduction. La réduction permet au phénoménologue de quitter l'attitude naturelle qui le liait à l'objectivité du monde physique et de revenir au monde phénoménal des choses elles-mêmes. Le maintien de l'injonction du retour aux choses elles-mêmes, et donc aussi le discrédit philosophique jeté sur le monde physique, caractérisent essentiellement l'attitude phénoménologique. Dans cette optique, Beaulieu et Deleuze (2004) invitent à faire une distinction entre l'objectivité du monde physique et le monde phénoménal à l'intérieur duquel se comprend le vécu humain.

Après avoir défini notre cadre conceptuel et décliner notre posture de recherche, nous nous évertuons à cerner et expliquer la méthode de recherche que nous avons utilisée. Il s'agit d'une méthode qualitative assortie d'une étude de cas multiples de type interprétatif. Nous traiterons d'abord de la méthode qualitative avant d'aborder l'étude de cas.

5.2. La méthode qualitative

La triangulation des définitions permet de cerner la plasticité de la méthode qualitative en termes de formulations, ce qui reflète l'ontologie interprétativiste qui en est la source, laquelle ontologie est liée à une réalité de type construite. « Si la réalité est construite, elle n'existe que par les interventions, les actions des individus » (Mbengue, 1999).

La méthode qualitative est souvent définie par défaut, c'est-à-dire par opposition à la méthode quantitative (Muchielli, 1996; May & Pope, 2000). Un exemple est la définition de Strauss et Corbin (1990) qui lie la méthode qualitative à la non-utilisation de techniques statistiques ou d'autres moyens quantitatifs utilisés pour obtenir les résultats d'une recherche. Cela rejoint la définition de de Polkinghorne (1983) selon laquelle les méthodes qualitatives s'appuient sur la linguistique plutôt que sur les données numériques et utilisent de formes d'analyse des données basées sur le sens au lieu des manipulations statistiques. Or, la méthode qualitative ne peut cependant se contenter d'une définition par défaut.

Ainsi, analysant la méthode qualitative en tant que telle et utilisant un processus d'induction généralisante, Muchielli (2007) esquisse ce que peut être une méthode qualitative présentée comme une succession codifiée de processus de travail intellectuel proprement humain faisant appel à différents procédés tels que la comparaison, l'induction, la généralisation, la recherche de forme et l'invention de sens. A cet effet, Muchielli dénomme la méthode qualitative «l'intelligence en action» en ce qu'elle systématise ces processus naturels en les développant et les encadrant selon des procédures explicites pour répondre aux critères de « scientificité » tels que la reproductibilité, la comparabilité, la critique méthodologique possible, ...). Muchielli rajoute une définition instrumentale de la méthode qualitative qui met l'accent sur l'utilisation du chercheur comme instrument principal de recueil et de traitement. Giordano (2003) affirme qu'en matière de recherche qualitative, « il ne s'agit pas de rechercher des régularités statistiques (entre individus substituables), mais de rechercher les significations, de comprendre les processus, dans des situations uniques et/ou fortement contextualisées ».

La méthode qualitative s'est développée en suivant l'essor des disciplines de sciences sociales et psychologiques (Flick, 2009) en référence étroite avec la définition de l'objet étudié. A cet effet, elle a ses fondements, principes et spécificités.

Fondements et principes

La pensée d'Auguste Comte, le père de « la physique sociale » a influencé les sciences sociales a ses débuts en prônant l'utilisation du modèle des sciences naturelles et exactes qui a longtemps été adopté par les chercheurs de sciences sociales (Flick, 2009), Ces derniers appliquaient à l'étude des relations sociales et groupes sociaux, des protocoles de recherche similaires.

De manière progressive, le regard porté sur les relations sociales, sur les groupes sociaux et leurs mouvements a changé, conduisant à des paradigmes accordant aux individus, à leurs actions et interactions et aux significations qu'ils y apportaient, une place plus importante dans la compréhension du social. Cette nouvelle perspective était en porte à faux avec des protocoles de recherche quantitativistes qui ne permettaient pas de saisir une complexité du réel considérée comme essentielle. Cela a débouché sur l'émergence de méthodes alternatives de nature qualitative.

L'opposition historique et ontologique a la base de l'opposition entre quantitatif et qualitatif met également en évidence les principes de la recherche qualitative (Flick, 2009):

- l'adéquation entre méthodes et théories: la recherche qualitative autorise à ne pas isoler un choix méthodologique de son cadre de recherche (May & Pope 2006). au contraire, le choix d'une méthode de recherche spécifique est lié étroitement au cadre théorique dans lequel s'inscrit la recherche qui va permettre de poser un regard sur la réalité sociale et guider la recherche ou l'investigation;
- la cohérence entre perspective théorique et conduite de la recherche de terrain:
 l'établissement d'un lien entre la perspective théorique sur les pratiques notamment, les interactions; et une manière de conduire une recherche « de terrain » (Béaud & Weber, 2003);

- l'objectif assigné : il est moins de tester une théorie, telle qu'elle peut être énoncée en début de recherche, que de découvrir une nouvelle théorie ou de renforcer cette théorie à partir des données de terrain et de leur analyse ;
- les perspectives des participants à la recherche et leur diversité: les points de vue recueillis et les pratiques observées sont considérés comme tels, en ce qu'ils relèvent de la réalité sociale. il s'agit de partir de ce que disent les participants à la recherche paroles, actions et écrits, cela permet de comprendre les significations que donnent les individus ou groupes à leurs pratiques, routines, perceptions, etc.; l'importance de la diversité des perspectives tient au fait que la même réalité peut être vécue et comprise différemment; ainsi, les divergences notées permettent de cerner les manières de faire, de dire et de penser qui forment le lit de l'action;
- la position réflexive du chercheur: par sa présence et son interaction avec les participants, le chercheur perd sa neutralité et devient ainsi intervenant actif. A cet égard, il est partie intégrante de la recherche; cette intervention dans la recherche ne peut être acceptable du point de vue de la rigueur scientifique que si le chercheur adopte une posture réflexive, qui selon Norbert Elias (1983), est constituée d'une succession de phases d'attachement et de détachement; il s'agit pour le chercheur de savoir conserver de la distance avec les processus sociaux qu'il analyse; à cet effet, « il lui faut mettre au jour les dépendances dont, tout comme les autres hommes, il est luimême le prisonnier; le sociologue doit donc prendre conscience de ses prénotions, des valeurs qui sont les siennes, de la position sociale qu'il occupe et des intérêts qui lui sont liés.»;
- L'existence d'une variété d'approches et de méthodes de recherche qualitative: pour étudier une même réalité sociale, il est possible d'avoir recours à différentes perspectives associées à différents choix méthodologiques.

Taylor et Bogdan (1984) explicitent les critères de la méthodologie dont deux servent de boussole pendant notre recherche. Le premier critère consiste à minimiser l'effet que nous avons produit sur les personnes étudiées et en tenir compte dans l'interprétation des données.

Le deuxième critère est relatif au fait que, agissant en tant qu'artisan, pour utiliser le mot de Taylor et Bogdan, nous avons créé notre propre méthodologie en fonction de notre terrain d'investigation, compte tenu du fait que la recherche qualitative n'est pas standardisée comme une autre approche et que les voies pour y accéder sont flexibles.

La recherche qualitative fait appel à des techniques particulières de collecte de données et a un mode d'analyse de type inductif. Cependant dans le cadre de cette présente recherche, nous avons utilisé un cadre d'analyse minimaliste fondé sur des catégories de pensée dont le choix a été justifié dans le cadre conceptuel.

5.2.1. Les techniques qualitatives.

D'après Mucchielli (2009), les techniques qualitatives sont les diverses opérations et manipulations, matérielles et/ou intellectuelles, destinées à aider le chercheur dans sa volonté de faire surgir le sens: dénomination, transcription, découpage, mise en tableau, mise en relation, élaboration de grilles de lecture, confrontation à des savoirs, comparaison, etc.. Ces techniques sont déclinées en termes de collecte et d'analyse des données.

5.2.2.1. Les techniques de collectes de données

Les techniques de collectes de données qualitatives sont diverses. Nous nous évertuons à expliquer celles que nous avons utilisées, à savoir : les entretiens approfondis, les focus groups, les entretiens semi-structurés et l'observation participante.

5.2.2.1.1. Entretiens approfondis

Les entretiens approfondis consistent en des interviews individuelles approfondies pour explorer en profondeur de nouveaux sujets. De Sardan (1995) caractérise l'entretien en tant que consultation

et récit, interaction, conversation, négociation invisible, processus récursif, réalisme symbolique. Les entretiens fournissent une image globale du contexte dans lequel les données sont collectées facilitant leur compréhension (Boyce & Neal, 2006). Les entretiens approfondis contribuent à la richesse des données.

5.2.2.1.2. Le focus group

A la différence de l'interview de groupe qui est utilisée simplement comme moyen pour collecter rapidement des données simultanément de différentes personnes, le focus group utilise explicitement les interactions entre les membres d'un groupe comme une partie de la technique. C'est une technique particulièrement utile pour examiner ce que les membres d'un groupe pensent, comment ils pensent et pourquoi ils pensent de telle façon (Kitzinger, 1995).

Cependant, il exige de la part du facilitateur des compétences pour animer le processus. En effet, il faut que l'animateur, plutôt que d'avoir une posture dirigiste, ait des notions des tensions qui traversent le groupe, afin de faciliter un processus de "négociation", qui privilégie les échanges entre participants. En outre, il faut que l'animateur comprenne que le focus groupe est un processus d'apprentissage social, disposant d'un point de convergence (le focus, que seul l'animateur connait).

Selon Gavard et Aubert (2012), le focus group aide à examiner les perceptions, les attitudes et les comportements d'un groupe à l'égard d'un sujet. Il permet au chercheur d'avoir un aperçu sur les processus sociaux de nature collective, en ce qu'il permet de capter les contradictions, les tensions, les émotions qui se dégagent à travers les interactions entre les membres du groupe.

5.2.2.1.3. Les entretiens semi-structurés

L'entretien semi-structuré ou entretien semi-directif, appelé aussi entrevue semi-dirigée (Savoie-Zajc, 1997) est l'une des méthodes qualitatives les plus utilisées. (Romelaer 2005). Elle consiste en une interview sous forme d'entretiens oraux, individuels ou de groupes, avec plusieurs personnes sélectionnées soigneusement, afin d'obtenir des informations sur des faits ou des

représentations, dont on analyse le degré de pertinence, de validité et de fiabilité au regard des objectifs du recueil d'informations (Ketele & Roegiers, 1996)

Il est une technique de collecte de données qui contribue au développement de connaissances se rattachant des approches qualitatives et interprétatives relevant en particulier des paradigmes constructivistes (Lincoln, 1995). En effet, selon Desgagné (2005), la narration de l'acteur soutenue par le chercheur en cours d'entretien représente une étape de « co-opération », qui revêt la forme d'une action conjointe.

Dans le cadre de l'entretien, il s'agit de « favoriser la libre expression de l'acteur, tout en permettant au chercheur de cadrer le discours dans le cadre de la recherche; de plus il serait susceptible de minimiser l'influence exercée par le chercheur et ses questions. » (Guignon & Morissette, 2006)

Selon Vallet (2011) « L'entretien est la méthode adéquate pour étudier la verbalisation des systèmes de représentations et des pratiques sociales des acteurs; elle facilite donc l'analyse du sens qu'ils donnent à leurs pratiques sociales. ». Il ajoute qu'il permet d'associer le verbal au non verbal.

L'intérêt de l'entretien semi-structuré tient au fait qu'il tend à favoriser le récit quand bien même celui-ci reste balisé par un cadre de narration, construit autour de l'objet de recherche. Pour ce faire, le chercheur, doit s'interroger en amont, et poursuivre son questionnement en lien avec sa problématique, son objet et son langage. Cela l'amène à construire un guide d'entretien avec des questions ouvertes et des thèmes en vue pour maintenir le fil du récit recherché. Il exige donc une démarche rigoureuse et éthique de la part du chercheur (Hopf, 2004).

5.2.2.1.4. L'observation directe

Elle tire ses origines de l'ethnographie. En tant que pratique d'enquête, l'observation directe tente de saisir le comportement des acteurs sociaux au moment où il se produit. Selon Vallet (2011), « le but est d'observer des pratiques qui naissent et se développent dans leur contexte, en espérant que cette contextualisation fasse ressortir les règles, les valeurs, les représentations qui guident les

comportements sociaux ». Il ajoute que l'observation directe mobilise des ressources individuelles et collectives (verbales, gestuelles...) qui sont d'une grande valeur heuristique, puisqu'elles sont susceptibles d'indiquer ce que les acteurs tirent de la situation autant qu'ils se mettent en jeu. Elle est complémentaire à la technique de l'entretien car elle permet de repérer le non-verbal qui complète le verbal.

5.2.2.2. L'analyse inductive

Une spécificité de la recherche qualitative tient au mode de raisonnement utilisé qui est surtout de type inductif. Cependant, l'on ne pourrait totalement écarter la déduction car toute démarche de compréhension implique des moments de déduction logique (Anadon et Guillemette, 2007). Nous expliciterons l'analyse inductive, vu qu'elle constitue le type de raisonnement que nous avons utilisé dans notre recherche.

L'analyse inductive fait référence aux approches qui utilisent principalement l'utilisation de lectures détaillées des données brutes pour en dériver des concepts, thèmes ou modèles à travers une interprétation des données brutes par un chercheur (Thomas, 2006). Cette compréhension de l'analyse inductive rejoint celle de Strauss et Corbin (1998) qui la décrivent comme processus qui débute avec un domaine d'étude et qui permet l'émergence d'une théorie à partir des données.

Toutefois, Thomas (2006) avertit que, l'approche d'analyse inductive ne saurait être perçue comme une série d'opérations linéaires faisant peu appel à l'esprit et à la créativité du chercheur, ce que Paillé et Mucchielli (2003) appellent « le piège de la technicisation ». Cela veut dire que le chercheur ne doit pas se contenter d'appliquer une série d'opérations essentiellement logicopratiques. Mais, qu'il lui revient de faire émerger une mise en ordre compréhensive et un sens explicatif global des données collectées».

5.2.3. Rappel des Critères de validité de la recherche qualitative

Selon Piaget (1970), les questionnements portant sur la validité d'une recherche constituent un des deux éléments permettant d'évaluer le progrès de la connaissance scientifique. Cependant, les critères auxquels on peut se référer pour juger de la qualité et de la rigueur d'une recherche varient selon la posture épistémologique des chercheurs (Bourgeois, 2016).

La recherche qualitative adhère à une position selon laquelle la connaissance est subjective puisqu'elle est liée au vécu du sujet (Guba et Lincoln, 2005). Il s'est agi pour les chercheurs qualitatifs de maximiser la validité de leurs résultats « en balisant ou en exploitant les ressources de la subjectivité plutôt qu'en essayant de l'exclure des processus de recherche, puis en encourageant une étude des phénomènes sociaux en contexte naturel plutôt que dans un contexte qu'on tentait de neutraliser au départ... » (Bourgeois, 2016)

Toutefois, cela pose le questionnement de la validité scientifique de la recherche qualitative qui est difficile à appréhender à l'aune des critères de validité scientifique du positivisme conventionnel notamment l'objectivité et la fiabilité. Or, la recherche qualitative, relève davantage de la rigueur méthodologique et relationnelle, (Anadon, 2006; Gohier, 2004; Lincoln, 1995), en ce qu'il s'agit de rechercher la cohérence dans toute construction conceptuelle et méthodologique permettant de mettre en lien la situation, la question et la procédure pour y répondre (Lecordie, 2011).

La démarche suivie par le chercheur doit lui permettre de garantir des résultats non biaisés (Yin, 1990; Miles et Huberman, 1991; Glaser et Strauss, 1967; Denzin et Lincoln, 1994). Les connaissances sont argumentées. C'est au chercheur de convaincre que son processus de recherche lui permet de construire des connaissances valides (Denzin et Lincoln, 1994). Ainsi, le chercheur doit être en mesure de retracer "l'histoire" de sa recherche et d'indiquer quelles décisions ont été prises tout au long de l'étude et de les justifier (Mucchielli, 1996).

Ainsi, Lincoln et Guba (1981,1985) ont élaboré des critères méthodologiques parallèles aux critères de validité du positivisme qui visent avant tout à tenir compte de la subjectivité de la recherche interprétative et des effets de l'interaction entre le chercheur et le sujet (Laperrière, 1997). Il s'agit des critères de crédibilité, de transférabilité, de fiabilité et de consistance interne (Lincoln et Guba, 1985).

5.3. Etude de cas

Nous avons utilisé comme stratégie de recherche une étude de cas multiples de type exploratoire que nous nous évertuons à définir ci-après.

La stratégie de l'étude de cas a gagné en popularité depuis son avènement comme méthode empirique de recherche dans les années 30 (Platt, 1992 cité par Lechman). Elle est utilisée aujourd'hui en tant qu'approche de recherche qualitative dans un grand nombre de domaines tels que la sociologie, l'anthropologie, l'histoire, la psychologie; le droit, la médecine, l'éducation, l'économie, la planification urbaine, l'administration publique, la politique publique, le marketing, le travail social et la gestion (Simons, 1996; Yin, 1994).

L'étude de cas est définie comme une recherche empirique qui enquête sur un phénomène contemporain dans son contexte de vie réel, spécialement quand les frontières entre le phénomène et le contexte ne sont pas clairement évidentes. Cependant, Stake (1995) postule que les études de cas doivent nécessairement avoir des frontières.

L'étude de cas constitue une exploration en profondeur d'un évènement ancré dans l'espace et le temps et utilisant de multiples sources d'information (Creswell, 1998). Elle constitue une « heuristique transparadigmatique et transdisciplinaire qui implique une délimitation minutieuse du phénomène pour lequel des évidences sont recherchées (événement, concept, programme, processus, etc. (VanWynsberghe &Khan - 2007). Dans ce sens, Eickstein (2002) utilise le terme heuristique pour décrire un type spécial d'étude de cas qui utilise l'induction pour « découvrir » l'essence du cas.

Des auteurs ont donné une définition opérationnelle de l'étude de cas. D'abord Yin (1989) qui lie l'étude de cas à l'identification de la nature des questions de recherche qui sont définissables par rapport aux questions: quoi, qui, où, comment et pourquoi ? (Yin, 2003). L'étude de cas est plus appropriée pour les questions comment et pourquoi qui peuvent être exploratoires par nature. « Cela parce que de telles questions traitent de liens opérationnels qui doivent être tracés dans le temps, plutôt que de fréquence ou d'incidence. » (Yin, 1889)

Ensuite De Sardan (1995) qui définit l'étude de cas comme un lieu de convergences des différents types de données (issues de l'observation, des entretiens, des sources écrites, etc.) « autour d'une séquence sociale unique, circonscrite dans l'espace et le temps ».

Elle implique l'étude d'un ou d'un petit nombre d'entités sociales à partir desquelles des données sont collectées en utilisant de multiples sources de données et en développant une description holistique à travers un processus de recherche itératif. A cet égard, elle consiste en des analyses

multi-perspectives. Cela veut dire que le chercheur ne considère pas seulement la voix et la perspective des acteurs, mais aussi des groupes d'acteurs pertinents et leurs interactions.

Les études de cas partagent les caractéristiques quintessentielles relatives au fait qu'elles s'efforcent d'atteindre une compréhension holistique des systèmes de culture en action (Feagin, Orum et Sjoberg, 1991). Les systèmes culturels en action s'entendent comme des ensembles d'activités interreliées, engagées par les acteurs dans une situation sociale.

Les études de cas exploratoires s'appuient sur des objectifs de recherche qui visent à explorer tout phénomène dans les données qui servent de point d'intérêt au chercheur.

Une caractéristique important de l'étude de cas est relative à la sélection des cas à étudier. En effet, cette dernière n'est pas gouvernée par un échantillonnage sur une base logique ou de représentativité; les cas sont plutôt choisis dans le but qu'il soit "typique", "critique" "révélateur" ou "unique" (Yin, 2008).

Chapitre 6 : Démarche du cadre méthodologique

Le travail scientifique se distingue des activités ordinaires par la façon d'appréhender son objet. C'est tout l'intérêt que revêt la démarche dans le cadre d'un travail scientifique. Mais le travail scientifique n'a de sens aussi que par rapport à l'usage d'outils et de techniques adaptés afin de bien cerner son objet. Pour atteindre les objectifs assignés à notre étude et donner à ce travail de recherche une validité scientifique, nous avons emprunté une démarche méthodologique qui s'articule selon trois phases successives: une phase exploratoire, une phase de collecte des données et enfin une phase de traitement et d'analyse des données, en utilisant une approche qualitative et herméneutique basée sur un cadre de recherche ouvert et flexible.

Cependant, il ne s'agit point d'une démarche linéaire, mais plutôt d'une démarche interactive, en ce que la logique et le processus mis en œuvre ne nécessitent pas une suite ordonnée d'étapes visant à répondre aux questions de recherche. Au contraire, des interactions surviennent entre les différents éléments de la recherche ce qui permet à ces derniers de s'influencer mutuellement. (Maxwell, 1998).

Dans ce chapitre, nous présentons la région d'étude et la sélection des cas ; nous déclinons les techniques de collecte de données mobilisées ; et nous présentons la méthode d'analyse appliquée.

6.1. Population et Région d'étude:

La région de Thiès a été choisie pour abriter l'étude du fait qu'elle abrite les premières CdS transférées et qu'elle a la plus longue histoire en matière de décentralisation. A la date de démarrage de l'étude, elle comptait 314 CdS situées dans 5 Districts Sanitaires. Nous avons opté de limiter l'étude dans une seule région pour minimiser les influences que pourraient avoir les facteurs macro-contextuels à l'échelle régionale se traduisant par l'influence des ONG, des politiques de décentralisations et de l'administration territoriale.

Une description plus détaillée de la région de Thiès (Figure 8) est placée en Annexe III.



Figure 8 : Carte de la région de Thiès

6.2. Sélection des « cas »

Notre « cas », défini comme ce sur quoi porte notre étude (Stake, 1994), est constitué par un village centre qui abrite une CdS où des acteurs de santé communautaire fournissent des soins de santé primaire à la population vivant dans le village centre et dans les hameaux environnants. Nous considérons donc chacun de nos cas comme un système comportant ses propres dynamiques demandant à être explicitées.

L'objet de notre étude de cas, (Sandoval, 1996) est le phénomène constitué par l'appropriation communautaire de la CdS. Cela correspond au cadre analytique à travers lequel le sujet est vu et s'explique (Thomas, 2011).

En vue d'étudier le processus d'appropriation communautaire, il nous a fallu trouver des cas révélateurs au sens de Yin (2008). Cela veut dire qu'il s'agit de trouver des cas ou le processus d'appropriation peut être observé.

En vue de sélectionner les cas, nous avons parcouru la bibliographie afin de recueillir des indications sur des cas de CdS connus pour être des modèles de réussite. En outre, nous avons demandé aux agents des ONG chargés de l'encadrement des CdS et des informateurs-clés de nous proposer une liste de CdS qu'ils considèrent comme ayant été appropriées par leurs communautés. Après la visite des CdS proposées et n'ayant pas obtenu satisfaction par rapport aux CdS proposées, nous avons entrepris une démarche d'enquête pour identifier nos cas.

6.2.1 Description du cas N° 1

Le cas N° 1 concerne un village faisait partie de ceux qui ceinturaient la ville de Thiès mais qui est devenu quasiment un quartier périphérique, vu l'absence de solution de continuité, même s'il fait partie d'une commune rurale situé avoisinant de la ville de Thiès. Sa CdS appartient au District Sanitaire de Thiès, dans le Département de même nom. Il compte une population de 4556 habitants répartis entre 1971 ménages. La population est composée en majorité d'une ethnie Serer

minoritaire qui cohabite avec des Wolofs, des Pulaars, des Diolas, etc. Cela fait que le village est caractérisé par une certaine mixité ethnique et même religieuse car il y a une communauté catholique.

A l'origine, les populations s'adonnaient à l'agropastoralisme. Compte tenu de la proximité avec la ville de Thies, les populations ont accès à l'école française très tôt, comme l'atteste le nombre élevé de personnes du troisième âge qui manient le français. Par conséquent, le taux d'alphabétisation dans le village est plutôt de type urbain¹¹. Cela explique qu'un bon nombre de personnes ont pu acquérir un emploi comme fonctionnaire ou employé dans le secteur privé et exerce en dehors du village. Le village dispose depuis des décennies de sa propre école élémentaire tout comme il compte des écoles arabes ou des *dahras* où le Coran est enseigné.

Une bonne partie des habitants, hommes et femmes, exercent des emplois non qualifiés en ville ou s'adonnent au petit commerce. Cependant, le village garde sa tradition agropastorale car tous les habitants, même ceux qui sont en dehors du village, ont leurs champs qu'ils cultivent ou font cultiver pendant l'hivernage; de plus, ils entretiennent quelques têtes de bétail. Les spéculations agricoles sont essentiellement le mil et l'arachide. Les femmes s'adonnent au maraîchage dans des parcelles aménagées, pendant la saison froide, et dans les champs pendant l'hivernage.

Par voie de conséquence, les habitants ont un revenu plus élevé que dans un village rural, ce qui se manifeste par l'habitat constitué de bâtiments en dur bien alignés le long de rues sablonneuses perpendiculaires. La majorité des ménages ont accès à l'eau courante, à l'électricité et à l'assainissement, sous forme de latrines.

6.2.2. Description du cas $N^{\circ}\,2$

Le village objet du cas N° 2 est situé dans le District Sanitaire de Mbour contenu dans le Département de même nom et se trouve à deux kilomètres d'une voie secondaire bitumée à laquelle il est rattaché par une piste sablonneuse mais carrossable à toutes saisons. L'habitat est un peu

-

¹¹ Le taux d'alphabétisation en milieu urbain est de 51, 5% (Source ANSD, 2018)

dispersé même si l'on constate un noyau qui regroupe l'essentiel des maisons. La plupart des maisons sont en dur mais d'un standard relativement modeste.

Le village compte 1243 habitants répartis entre 213 ménages. Sa population est entièrement d'une autre ethnie Serer minoritaire et est de religion musulmane. Il a abrité un guide religieux qui en a fait un foyer religieux, d'où l'importance de l'enseignement religieux matérialisé par la présence d'une école arabe de renom et d'un *dahra* pour l'apprentissage du Coran.

Bien que les populations eussent accès à l'école française depuis la fin des années cinquante, la primauté était donnée à l'apprentissage du Coran, ce qui fait qu'il n'y a pas beaucoup de personnes du troisième âge qui parlent le français. Il y a quelques exceptions parmi les adultes dont certains sont devenus de hauts cadres. Par contre, les jeunes sont tous alphabétisés.

La population vit essentiellement à partir des revenus tirés de l'agriculture, de l'élevage et de l'arboriculture. En effet, le terroir regorge de mangueraies qui procurent des revenus complémentaires. Avec l'implantation d'un domaine agricole industriel, la plupart des femmes et des jeunes sont maintenant employés comme ouvriers agricoles, ce qui leur procure des revenus additionnels.

Le village est raccordé au réseau électrique, mais manque d'eau courante. Les populations ont recours à des puits pour leurs besoins en eau. Presque toutes les maisons disposent de latrines.

6.2.3. Description du cas N $^{\circ}$ 3

Le cas N° 3 est relatif à un village situé dans le District Sanitaire de Tivaouane, dans le Département de même nom.

Il est situé à 5 km d'une voie secondaire bitumée à laquelle il est lié par une piste latéritique. L'habitat est composé de maisons en dur avec une présence de cases en pailles. Le village est loti avec une place centrale qui abrite la mosquée, autour de laquelle sont bâties les maisons bien rangées.

Le village compte 800 habitants répartis entre 60 ménages. La population est entièrement de l'ethnie Wolof majoritaire et est de religion musulmane. L'on note quelques hameaux habités par des Peulhs nomades implantés dans la zone périphérique du village auquel ils sont rattachés sur le plan administratif.

L'implantation de l'école dans le village est relativement récente, vu qu'elle date de l'année 2000. L'école a produit ses premiers bacheliers dont certains sont à l'université. A part les jeunes qui ont fréquenté l'école française, le reste de la population est analphabète en langue française. Cependant, le village dispose de lettrés en arabe, dont l'un deux gère un grand *dahra* pour l'enseignement du Coran.

La population est composée en totalité d'agriculteurs qui tirent leurs revenus de la culture extensive de l'arachide. La culture du mil assure la subsistance quotidienne des ménages. Les revenus sont complétés par l'élevage de petits ruminants et de volaille vendus dans les marchés hebdomadaires et pendant la grande fête de la Tabaski.

Le village n'est pas raccordé au réseau électrique et ne dispose pas d'eau courante. Les populations ont recours à des puits pour leurs besoins en eau. Toutes les maisons ne disposent pas de latrines.

6.3. Collecte des données:

La collecte de données est une étape importante dans notre démarche de recherche. Elle permet de recueillir les données empiriques nécessaires à la compréhension des phénomènes étudiés. Elle est déclinée ci- après en deux phases: la recherche bibliographique et la phase de terrain.

6.3.1 Recherche bibliographique

Les six premiers mois de la thèse ont été entièrement consacrés à la recherche bibliographique qui s'est par, la suite, poursuivie tout le long de notre recherche. Dans un premier temps, il s'est agi de procéder à une revue documentaire, en vue de mieux comprendre le champ socio-sanitaire en général, et au Sénégal, en particulier et pour pouvoir procéder à l'analyse conceptuelle.

Nous avons constaté que l'utilisation des mots-clés dans la dans les moteurs de recherche ne permet de repérer qu'un nombre limité d'articles et d'ouvrages. C'est pour cela que nous avons eu recours à la technique de la boule de neige qui consiste exploiter la bibliographie contenue dans les documents de première ligne et de remonter dans le temps. Cette technique nous a été utile pour dresser la généalogie des concepts, qui, cependant, ne saurait être anhistorique.

6.3.3. Phase de terrain

La collecte des données sur le terrain a été réalisée de février 2015 à novembre 2017 en utilisant de multiples techniques: le focus group, l'observation et l'entretien semi-structuré.

6.3.3.1. Entretiens approfondis

Ils ont été menés avec des informateurs-clés (n=7) qui sont des anciens acteurs des SSP, dont certains avaient participé à la Conférence d'Alma Ata; ou avec des acteurs impliqués dans l'exécution de projets de CdS passés ou en cours. La sélection des informateurs-clés s'est déroulée selon un processus en cascade. A la fin de chaque interview, nous avons demandé à notre interlocuteur de nous suggérer une personne ressource à interviewer. A son tour, ce dernier nous a suggéré une autre personne; et ainsi de suite. Après 7 interviews, nous avons estimé avoir atteint la saturation. Les questions posées ont porté sur l'exposé des motifs des CdS ou des démarches de santé communautaire dont ils ont été partie prenante; la genèse et l'historique des CdS; leurs perceptions, relativement à l'évolution des CdS, leurs appréciations sur la problématique de la pérennisation et l'appropriation communautaire des CdS. La durée moyenne des entretiens étaient de 49 minutes.

6.3.3.2. Le focus group

Le focus group est un outil central dans le cadre de notre recherche comme indiqué ci-après.

- L'organisation de 3 focus groups avec les agents encadreurs des CdS travaillant pour le consortium des ONG chargés de la mise en œuvre du Projet de Santé communautaire de l'USAID dans chacun des trois Districts sanitaires concernés. Les questions discutées ont porté sur les

processus de mise en place, sur le fonctionnement et le transfert des CdS; et sur leurs perceptions par rapport à la dynamique communautaire des CdS, le parcours de vie de CdS. Le nombre moyen de participants par focus group était de 12 et la durée moyenne était de 62 minutes.

- L'organisation de 3 focus groups avec les acteurs communautaires de chacune des trois CdS choisies pour l'étude de cas. Ces acteurs communautaires comprennent les membres des comités de santé, les Acteurs communautaires de Soin (ASC et matrone) et les Acteurs communautaires d'Education et de Promotion (comprenant tous les types de relais de santé et les relais des OCB). Les questions discutées ont porté sur le parcours de vie de leur CdS, les motifs ayant présidé à la création de leur CdS, leur vision par rapport à leur CdS, les modalités de fonctionnement de leur CdS, les crises majeures que leur CdS a connues et les moyens de règlement de ces conflits, la participation communautaire, la motivation des Acteurs communautaires de Soin, les formes de prise de décision et de résolution des problèmes de la CdS. Le nombre moyen de participants par focus group était de 8 et la durée moyenne était de 43 minutes.
- L'organisation de quatre focus groups avec des groupes de mamans utilisatrices de la CdS dans chacun des trois villages (dont deux dans un même village compte tenu de la taille de sa population) où s'est déroulée l'étude. Les questions discutées ont porté sur les relations entre la CdS et les groupements des femmes dont elles sont membres; leurs perceptions et visions de la CdS; leurs appréciations du fonctionnement de la CdS. Le nombre de participants était de 10 pour chaque focus group et la durée moyenne était de 35 minutes.

Toutes les conversations lors des focus group ont été enregistrées en utilisant un smartphone et nous avons observé les interactions entre les membres du groupe sans prise de note et sommes resté après chaque séance pour écrire une note sur le déroulement de la séance et compiler les observations pour ne pas oublier aucun détail.

6.3.3.3. Les entretiens semi-structurés

Dans le cadre de notre recherche, nous avons mené 60 entretiens semi-structurés individuels en face à face. L'objectif de ces entretiens était de recueillir entre autres éléments, les perceptions er représentations des personnes interviewées sur leur CdS. Ainsi, 20 personnes (hommes et femmes)

ont été interviewées dans chaque village avec une répartition presque égale entre hommes et femmes. La durée moyenne des interviews était de 22 minutes.

Nous nous sommes limité à 20 interviews par village car la saturation théorique était déjà atteinte, passé le seuil des 15 interviews. La saturation théorique se réfère au point où la collecte d'un surcroît de données ne fait pas émerger de nouvelles compréhensions en termes d'information, de sens, etc. (Charmaz, 2014).

Les personnes interviewées ne devaient pas avoir participé à aucun des focus groups et ont été sélectionnées selon un échantillonnage théorique qui a pour but de collecter des données à partir des personnes et évènements de manière à maximiser les opportunités de développer des concepts en termes de propriétés et dimensions; découvrir des variations et identifier les relations entre les concepts (Corbin et Strauss, 2008). Cela nous a amené à interviewer des personnes de différents âges et sexes, situés à différents niveaux du fonctionnement et de l'utilisation des CdS. Ces personnes ont été identifiées au fil des conversations.

6.3.3.4. L'observation directe

Les observations directes des focus groups, des réunions des CoS, des événements socio-culturels et lors des conversations informelles nous ont permis de prendre des notes sur les interactions entre les membres de la communauté ainsi que sur leurs discours.

Trois proverbes Wolof illustrent la pertinence de l'observation pour un chercheur dans un milieu d'étude;

- « la négation ne saurait prospérer devant des faits directement observés »
- « c'est l'étranger qui s'aperçoit des endroits sales de la maison »
- « on peut tout interdire à l'étranger sauf le fait d'observer et d'entendre »

L'observation nous permet de capter les non-dits et de percevoir la réalité qui est cachée derrière les mots, de manière intentionnelle ou pas.

Selon (Mayer et Ouellet, 1991) l'observation directe est utile pour explorer et découvrir un nouveau terrain d'intervention. Elle peut être libre ou méthodique. Elle est dite libre lorsque le chercheur ne s'accompagne pas des grilles d'observation préétablies et méthodiques, ce qui est notre cas. Il s'est

agi pour nous d'enregistrer mentalement toutes observations pertinentes et de les restituer dans les heures qui suivent sous forme de notes pour capter le plus directement et le plus concrètement possible les motivations des acteurs (Vallet, 2011). Les notes sont versées dans le corpus de recherche.

Le tableau 4 résume les caractéristiques des techniques de collecte de données ci-haut décrites

Techniques	Nombres	Nature des	Nombres	Durées	Types
		Participants	moyens	moyennes	d'échantillonnage
			de		
			participants		
Entretien	3	Chefs de village	3	75 mn	-
exploratoire		et notable			
Entretien	7	Informateurs	10	49mn	Intentionnel et
approfondi		clés			par cascade
Focus	3	Acteurs	8	43	-
group		communautaires			
Focus	4	Groupe des	10	35 mn	-
group		mamans			
Focus	3	Agents des	12	62mn	-
group		ONG Child			
		Fund, Plan			
		International			
Interviews	60	Habitants du	20 par cas	22mn	Théorique
semi-		village			
structurées					

Tableau 4 : Caractéristiques des techniques de collecte de données utilisées.

Chaque technique de collecte de données est articulée autour de points d'ancrage recoupant des catégories d'information spécifiques.

Ils sont résumés dans le tableau 5.

Techniques	Participants	Points d'ancrage
Entretiens approfondis	Informateurs clés	Exposé des motifs des CdS. Genèse et l'historique des CdS. Perceptions sur l'évolution des CdS. Appréciation de la dynamique communautaire des CdS. Critères de réussite d'une CdS.
Focus group	Acteurs des CdS	Critères de réussite d'une CdS. Parcours de vie de leur CdS. Motifs ayant présidé à la création de la CdS. Vision par rapport à la CdS. Modalités de fonctionnement de CS. Stratégie d'auto-motivation. Crises majeures traversées et moyens de règlement. Participation communautaire. Stratégie de motivation des Acteurs Communautaires de Soin. Formes de prise de décision. Résolution des problèmes de la CS.
Focus group	Agents des ONG encadreurs des CdS	Processus de mise en place des CdS. Critères de réussite d'une CdS. Fonctionnement des CdS. Transfert des CS. Perception par rapport à la dynamique communautaire des CdS. Parcours de vie de CdS.
Focus group	Groupement des mamans	Relations entre la CS et les groupements des femmes. Explication de la réussite de la CdS. Perceptions de la CdS Appréciations de la CdS
Interview semi-structurée face à face	Habitants des trois villages	Caractérisation de la communauté Connaissances de la CdS Relations personnelles avec la CdS Motivations personnelles pour appuyer la CdS

Tableau 5 : Points d'ancrage des techniques de collecte de donnée

6.4. Analyse des données

Analyser les résultats d'une recherche consiste à faire parler les données recueillies en vue de répondre à la question de recherche, de manière générale, ou de confirmer ou d'infirmer le ou les hypothèses de recherche. L'analyse des données est définie comme le processus utilisé par un chercheur pour réduire les données à une histoire et son interprétation. (LeCompte et Senschul, 1999).

Selon Blais et Martineau (2006), l'analyse consiste pour le chercheur à aller au-delà de ce que les données brutes disent en donnant un sens, à ce qui, à première vue n'en a pas. Le sens étant une construction mentale, effectuée par le chercheur. « Le sens dans l'action vient la plupart du temps « après coup ». Il n'est donc pas immédiat mais attribué a posteriori par une interprétation du chercheur du sens que l'acteur a construit à partir de sa réalité (Blais et Martineau, 2006). Delauriers (1991) ajoute que l'analyse représente les efforts du chercheur à découvrir les liens entre les faits accumulés.

L'on distingue trois types d'analyse : l'analyse descriptive, l'analyse explicative et l'analyse interprétative qui ont été explicitées par Tremblay et Perrier (2006).

- L'analyse descriptive : Elle dresse un portrait de la situation telle qu'elle nous apparaît suite à la compilation et du classement des données qualitatives ou quantitatives obtenues.
- L'analyse explicative : Elle permet de prendre une décision quant à la confirmation ou à la réfutation de l'hypothèse de recherche; on expose alors les raisons qualitatives ou statistiques pour lesquelles on doit retenir ou rejeter l'hypothèse.
- L'analyse interprétative : Elle rend compte des rapports entre les résultats obtenus et les perceptions des sujets.

L'analyse des données repose sur un processus et des méthodes composés de différentes étapes. Certains auteurs distinguent deux ou trois étapes (Krief et Zarde, 2013) :

- Une étape de pré-analyse ou d'organisation des données qui implique une segmentation et une décontextualisassion. Cette étape comprend la constitution du corpus et la transcription.
- Une étape d'exploitation du matériau recueilli à travers des opérations de codage, de décompte et d'énumération ((Thiétart, 2014).
- Une étape d'interprétation et de synthèse des résultats pour en tirer des inférences (Wanlin, 2007).

De son coté, Patton (1987) identifie trois choses qui surviennent au cours de l'analyse des donnees.

- L'organisation des données.
- La reduction des données à travers le résumé et la categorisation.
- La mise en relation des thèmes à travers les rapprochments, les confrontations et la mise en relation de régularités (patterns) en utilisant les ressources de l'intelligence pour saisir des sens.

Cependant, il faut noter qu'il existe une pluralité de méthodes d'analyse de données qualitatives. Dès lors, il est important pour le chercheur de faire un choix, compte tenu de ses objectifs de recherche et du matériau disponible.

6.4.1. Les méthodes d'analyse qualitative

Il s'avère que la posture épistémologique du chercheur est aussi déterminante dans le choix de la méthode qualitative (Blais et Martineau, 2006). Meriam (1998) et Bernard (2000) ont recensé plusieurs approches d'analyses des données, telles qu'elles figurent dans le Tableau 6.

Auteurs	Approches
Meriam (1988)	Analyse ethnographique
	Analyse narrative
	Analyse phénomenologique
	Analyse comparative constante
Bernard (2000)	Analyse hermeneutique/interpretative
	Analyse narrative/de performance
	Analyse de discours
	Analyse par grounded theory
	Analyse de contenu
	Analyse cross-culturelle

Tableau 6 : Les approches d'analyses qualitatives. Développé des travaux de Meriam (1998) et Bernard (2000)

6.4.2. Théorisation ancrée

Pour notre recherche, nous avons opté pour la méthode d'analyse, dite de la théorisation ancrée, qui est proposée par Pierre Paillé comme une adaptation-transformation de la grounded theory (Meliani, 2013). Paillet désigne la théorisation ancrée comme un acte de conceptualisation qui s'inscrit dans une démarche de théorisation, proche du sens de la théorisation empirique et inductive de Glaser et Strauss (1967), mais différente de la grounded theory telle qu'illustrée dans le Tableau 7.

Théorisation ancrée	Grounded théorie
Méthode d'analyse de données	Stratégie générale de recherche
(Autonomie théorique et technique)	
Objectif de théorisation	Objectif de production d'une théorie
(moins ambitieux et plus généraliste)	
Composée d'opérations conduisant à la construction théorisante	Composée de codages multiples

Tableau 7 : Différence entre la théorisation ancrée et la grounded theory. Developpé par Guillemette

La théorisation ancrée est basée sur une théorie psychosociale de l'action sociale, c'est à dire l'interaction symbolique, développée par les sociologues George Herbert Mead (1934) et Herbert Blumer (1969) et vulgarisée par Strauss et Glasser (1967).

Elle est une méthode d'analyse qualitative « visant à générer inductivement une théorisation au sujet d'un phénomène culturel, social ou psychologique, en procédant à la conceptualisation et la mise en relation progressives et valides de données empiriques qualitatives » (Paillé, 1996).

L'interactionnisme symbolique exige que le chercheur prenne en considération le contexte interpersonnel et social entourant le phénomène à l'étude; reconstruise le sens que les personnes donnent à leurs comportements; et se concentre sur l'expérience et les processus sociaux de base. (Wilson et Hutchinson, 1991)

L'analyse par théorisation ancrée débute en même temps que l'étape du recueil de données. Il s'agit de procéder à la collecte des données et à leur analyse en même temps. C'est une analyse itérative car « elle ne parvient que progressivement, par le jeu d'approximations successives, à la conceptualisation de son objet » (Paillé, 1996). Les catégories sont constamment soumises à l'avancement dans le recueil de données, et peuvent évoluer autant que nécessaire. Le principe

d'un raisonnement scientifique systématiquement comparatif est au cœur de l'analyse comparative continue préconisée par Glaser et Strauss (1967) à toutes les étapes d'une recherche.

La méthode d'analyse par théorisation ancrée telle que théorisée par Paillé comporte six opérations: la codification, la catégorisation, la mise en relation, l'intégration, la modélisation et la théorisation. Ces opérations ne sont pas équivalentes, ne s'exécutent pas de façon linéaire et leurs ampleurs peuvent varier au cours de la recherche. Cependant, en ne réalisant que les trois opérations Paillé assure que le chercheur est déjà en mesure d'atteindre un niveau analytique très intéressant, qui pourrait suffire à ses objectifs.

6.4.2.1. La codification :

Il s'agit de « l'opération intellectuelle du chercheur qui consiste à transformer des données brutes (faits observés, paroles recueillies...) en une première formulation scientifique » (Mucchielli, 1996). Elle préfigure l'émergence des catégories bien qu'elle soit encore proche des données empiriques.

6.4.2.2. La catégorie:

Elle a un sens générique et spécifique. Le premier renvoie à une appellation prise comme classe regroupant des objets de même nature. Le second découle de la tradition d'analyse qualitative, plus particulièrement au sein de la théorie ancrée (Glaser et Strauss, 1967 et 2010) et renvoie, de façon précise, à la désignation substantive d'un phénomène apparaissant dans l'extrait du corpus analysé (Paillé et Muchielli, 2003).

6.4.2.3. La mise en relation:

Dans la pratique, elle a déjà commencé dans la catégorisation mais il s'agit donc ici de la systématiser. Elle consiste grâce à un raisonnement inductif de mettre en relation les phénomènes observés, par exemple, par ressemblance, dépendance, fonctionnement ou hiérarchie.

6.4.2.4. L'intégration:

Il s'agit d'une étape qui n'est pas visibilisée dans la trame de l'analyse mais n'est pas moins importante, en ce qu'elle permet un saut dans la compréhension de son objet d'étude. En permettant de dépasser les différents phénomènes observés pour voir émerger un phénomène général elle permet de renommer précisément ce sur quoi porte l'étude, révélant ainsi de manière consciente la véritable portée de notre analyse.

6.4.2.5. La modélisation:

La production de modèle exige un niveau d'abstraction plus élevé. Selon Paillé (1996), il s'agit de « «reproduire le plus fidèlement possible l'organisation des relations structurelles et fonctionnelles caractérisant le phénomène principal cerné au terme de l'opération d'intégration ». La représentation, visuelle ou graphique permet de mettre en évidence les propriétés structurelles ou fonctionnelles du phénomène étudié, jugées comme étant les plus importantes et les plus intéressantes.

6.4.2.6. La théorisation :

Elle est définie, de manière simple, comme toute tentative d'explication ou de représentation d'un aspect de la réalité (Littlejohn, 1989). La théorisation se situe à un niveau d'abstraction le plus élevé et, davantage que la modélisation, permet d'expliquer et de prévoir les phénomènes avec une portée plus générale. Dans le cadre de la théorisation ancrée, nous avons surtout affaire avec la production de théorie « substantive » ou matérielle, par opposition à la théorie formelle (Strauss et Glaser, 2010), c'est-à-dire applicable à un champ contextuel. De ce fait la théorie substantive est transférable et non généralisable, cette dernière étant le propre de la théorie formelle.

6.4.2.7. L'interprétation

L'interprétation telle que nous l'avons pratiquée, constitue le déploiement d'un système d'explication générale qui va au-delà des données et qui les généralise. Pour ce faire, nous avons utilisé notre jugement en tant qu'analyste pour faire la synthèse entre les idées fortes du terrain et les contextes stratégiques ou théoriques dans lesquelles elles s'inscrivent (Denzin et Lincoln, 1994). Cependant, compte tenu de l'approche socio-historique qui fonde notre démarche de recherche, nous avons exploré le contexte historique au niveau méso (en référence à l'historique de la communauté) et au niveau macro (en référence à l'histoire de la région et du pays) en remontant jusqu'à la période coloniale pour tenter d'interpréter les données.

Pour la compréhension de l'historique des communautés étudiées, nous avons triangulé les sources de données. En effet, au-delà des sources bibliographiques, d'une part, nous avons fait appel aux anciens des communautés qui sont les détenteurs de la mémoire collective transmise par voie orale et, d'autre part, à la toponymie, en tant que science auxiliaire de l'histoire (Vanerrus, 1935). La toponymie peut fournir des informations qui permettent de comprendre l'origine et les raisons qui ont présidé à la création d'un établissement humain.

Nous pouvons ainsi affirmer que nous avons mis en œuvre une interprétation créatrice (Deslauriers, 1991) usant de notre arbitrage de chercheur pour trouver les clés devant permettre de tirer les conclusions en passant par des phases de déconstruction et reconstruction des données, en leur donnant un sens par croisement avec le contexte socio-historique, aux niveaux ci-dessus expliqués.

Nous avons mis en œuvre une logique inductive typique (Savoie-Zajc. 2004)) en produisant des catégories d'analyse qui proviennent entièrement du matériel recueilli.

6.4.3. Mode opératoire de la théorisation ancrée utilisée

Après avoir décrit la théorisation ancrée que nous avons utilisée pour analyser nos données, nous nous attelons, ci-après, à décrire de manière plus explicite le mode opératoire utilisé. Dans un

premier temps, chaque cas a été étudié séparément en suivant un processus qui comprend trois étapes : l'organisation des données, la réduction des données, et l'analyse des données.

6.4.3.1. L'organisation des données

Tous les entretiens approfondis, les focus groups et les entretiens-semi structurés ont été transcrits sous forme de verbatim en français et saisis sur un fichier Microsoft Word par le chercheur luimême. La transcription des entretiens approfondis s'est déroulée directement car ils étaient tenus en français. Par contre, pour les focus groups et les entretiens semi-structurés qui étaient tenus en Wolof, la langue nationale dominante, nous avons d'abord dû faire l'exercice mental de traduction en français, suivie de transcription en français. Pour certains termes Wolof qui ont plusieurs équivalents en français ou qui n'ont pas un seul mot capable de capter tous leurs sens, nous avons dû recourir à trois linguistes pour nous donner la bonne traduction. Si tous les trois ne s'accordent pas sur la même traduction, nous avons pris celle qui est commune à deux d'entre eux.

Pour chaque cas, le corpus de recherche est constitué par l'ensemble des documents de transcription, les notes d'observation et les notes de terrain. En effet, Robillard définit le corpus comme l'ensemble d'éléments issus du réel, appelés « observables ». Ces « observables » sont enregistrés, médiatisés par le chercheur ou préexistants. Ils sont ainsi recueillis puis sélectionnés et organisés pour constituer la base d'une analyse scientifique » (Le Gal, 2011).

Nous avons, dans le cadre de notre recherche adopté une conception dynamique du corpus dans le sens où nous l'envisageons comme sujet à évolution car, même après la phase d'enquête de terrain proprement dite, les relations que nous avons tissées avec certains membres des communautés nous ont amené à continuer de fréquenter les trois villages pour participer à des évènements sociaux ou juste pour des visites d'amitié. Les observations pertinentes réalisées ont été ajoutées au corpus).

6.4.3.2. La réduction des données :

Elle s'est faite à travers trois étapes de codage suivant un processus de catégorisation progressant vers un niveau d'abstraction croissante, en utilisant l'application Atlas.ti 7. D'abord, nous avons commencé par un codage ouvert de type ligne par ligne, en utilisant des codes qui sont les plus près des données du terrain tels que des codes in vivo c'est-à-dire constitués de mots tirés du discours des acteurs, ou des mots-clés ou de synthèse qui capturent les sens contenus dans les discours.

Selon Miles et Hubermann (2003), « les codes sont des étiquettes qui désignent des unités de signification pour l'information descriptive ou inférentielle compilée au cours d'une étude ». Les codes sont habituellement attachés à des "segments" de taille variable – mots, locutions, phrases ou paragraphes entiers. Le codage ouvert constitue un premier niveau d'analyse en ce qu'il consiste à « écouter les données », selon Strauss et Corbin (1998), afin d'éviter autant que possible les biais ou le filtrage des données empiriques à travers les idées préconçues (Glaser, 1978; Starrin et al, 1997)

Dans un second temps, pour chaque cas, nous avons comparé les codes entres eux et les codes avec les données empiriques. Cela nous a permis de supprimer les redondances et de procéder à des regroupements des codes issus du niveau précèdent (codage ouvert) sous des codes plus conceptuels ou sous-catégories, considérés alors comme des codes émergents (Glaser & Strauss, 1967; Glaser, 1978, 2005).

Ces sous-catégories, issues de chaque cas, ont été comparées pour identifier les régularités et les récurrences. Ainsi, les sous-catégories qui se recoupent dans les trois cas ont été regroupées en vue du troisième niveau de codage.

Ce dernier a été effectué en identifiant les variations et les différentes relations entre les codes, comme les similitudes, les différences et les contrastes (Glaser, 1978 ; Strauss & Corbin, 1998); permettant de créer des catégories qui correspondent à des phénomènes émergents Par un processus itératif, les codes, les concepts et les énoncés émergents ont été constamment comparés ou confrontés aux données pour les modifier, les préciser et les élaborer jusqu'à la stabilisation des catégories (Corbin & Strauss, 1990; Glaser, 1978, 1998).

Paillé (1996) justifie l'utilisation de la catégorie en tant que principal outil de la théorisation ancrée, permettant de faire le lien entre la technique qualitative et l'effort de conceptualisation et la définit comme « un mot ou une expression désignant, à un niveau relativement élevé d'abstraction, un phénomène culturel, social ou psychologique tel que perceptible dans un corpus de données ». Les catégories peuvent être définies comme « des classes caractérisant d'une même manière la variété des unités d'analyse ou de leurs éléments. » (Landry, 1993). Elles permettent « d'opérer un cadrage des phénomènes adossés à un contexte historique et social particulier - cadrage plus ou moins explicitement porteur de valeurs et auquel des univers sémantiques, conceptuels ou/et théoriques propres sont associés » (Verdale et al. 2012).

Mayer et Ouellet (1991) identifient plusieurs qualités que doivent posséder les catégories: l'exclusivité, l'exhaustivité, la pertinence, l'univocité et l'homogénéité. Nous estimons que les catégories que nous avons développées nous semblent répondre à ces critères quand bien même, en termes d'univocité, leurs intitulés renvoient à un vocabulaire sociologique.

Le tableau 8 synthétise les étapes de réduction des codes.

Nombre d'entrées	Nombre total	Nombre de	Nombre de sous-	Nombre de
	de codes	codes après un	catégories	catégories
		premier		
		regroupement		
87	2262	98	23	4

Tableau 8 : Etape de réduction des codes

Le nombre d'entrées correspond au nombre d'entretiens exploratoires, d'entretiens approfondis, de focus groups, d'interviews, et de mémos.

Le nombre total de codes obtenus en effectuant un codage ouvert est de 2262. En procédant à une première réduction par regroupement des codes, nous avons obtenus 98 codes qui ont été réduits en 23 sous catégories et 4 catégories.

PARTIE III: RESULTATS

Dans cette troisième partie qui traite des résultats de notre recherche, nous commençons par présenter les trois premiers résultats dans le Chapitre 7, à savoir, les catégories qui ont émergé de notre analyse par théorisation ancrée, les représentations et métaphores relatives à la CdS, mais également les manifestations et mécanismes de l'appropriation.

Le quatrième résultat, traité dans le chapitre 8 porte sur l'existence d'un sens communautaire qui concourt à l'ordre social en ce qu'il influence la participation des membres de la communauté à des actions collectives telles que la mise en œuvre d'une CdS qui nécessite un engagement continu et exige un tant soit peu de moyens financiers pour suppléer les maigres ressources que la CdS est en mesure de générer.

Le cinquième résultat qui fait l'objet du chapitre 9 est relatif au pouvoir d'agir des communautés qui est déployé quand il s'agit pour ces dernières de dérouler leurs plans, de mettre en œuvre leurs stratégies et de gérer les moments critiques ou autres contingences qui surviennent dans la vie de leur CdS.

Le sixième résultat abordé dans le chapitre 10 montre comment les communautés s'appuient sur leurs propres pratiques de participation pour faire perdurer leur CdS. Il illustre aussi les dynamiques de participation mises en œuvre par les communautés quand leurs CoS ne sont pas en mesure de régler les problèmes qui se posent ou quand il s'agit de mobiliser la communauté.

Enfin, le septième résultat traité dans le chapitre 11 présente le cadre sociologique qui permet, à un niveau d'abstraction plus élevé, et dans un souci de théorisation, de décrire, expliquer et interpréter le processus d'appropriation communautaire des CdS.

Chapitre 7 : Catégories émergentes ; manifestations et mécanismes de l'appropriation

7.1. Catégories émergentes

Grâce à un processus de réduction progressive des données, nous avons pu déboucher sur quatre catégories émergentes. Le tableau 9 présente les sous-catégories et les catégories émergentes.

Sous-catégories	1 Sens de l'initiative		
5045 6416501165	2 Motivation et engagement des acteurs		
	3 Sens de l'organisation		
	4 Sens de la mobilisation		
	5 Sens de la communication		
	6 Motivation des acteurs par la communauté		
	7 Reconnaissance des acteurs par la communauté		
	8 Ambitions de la communauté		
	9 Sens de la réussite		
	10 Sens de la participation		
	11 Personnes ressources		
	12 Compréhension des enjeux santé		
	13 Sacerdoce des acteurs		
	14 Valorisation de la CdS		
	15 Sens de la reconnaissance		
	16 Attractivité de la communauté		
	17 Crédo des acteurs		
	18 Sens de l'engagement		
	19 Evolution de la case de santé		
	20 Identité de la communauté		
	21 Implication de la communauté		
	22 Mobilisateurs communautaires		
	23 Structures de participation communautaire		
Catágarias	1 Cana da la rámaita		
Catégories	1 Sens de la réussite		
	2 Sens identitaire		
	3 Pouvoir d'agir		
	4 Pratiques de participation -		

Tableau 9 : listes des sous-catégories et catégories émergentes

7.2 Appellation 'case de santé'; représentations et métaphores :

Selon les informateurs-clés, l'appellation case provient du fait que les initiateurs du RHCP ont voulu désigner l'habitat type dans le village où les soins sont dispensés. De ce fait, ils ont choisi l'appellation « health hut » (case de santé). Traditionnellement, la case est un type de construction éphémère couvert de chaume, faite avec des matériaux locaux (paille, feuille, tiges de mil, perches, etc.). Selon Brasseur (1975), la case est la cellule fondamentale d'habitation. La construction de la case mobilise la famille, mais souvent l'aide des voisins est sollicitée. Au Sénégal, elle intervient pendant le *loli*, la saison froide qui suit les récoltes, période pendant laquelle interviennent la construction et la réparation des cases et palissades. (Pélissier, 1966). Dans ce prolongement, on considère que la case en tant que maison n'est pas seulement une structure, mais aussi une institution créée dans toute une série d'intentions tout comme elle est un phénomène culturel (Rapoport, 1972). Selon, Mumford, (1951) l'homme était un créateur de symboles avant d'être celui des techniques. De ce fait la case dégage des repères sociaux et environnementaux à valeur de symboles: L'utilisation de matériaux locaux; la mobilisation de la famille et des voisins symbolisant l'œuvre collective, l'entraide, la solidarité et l'entente nécessaire pour soulever la charpente); la réparation régulière des cases symbolisant le soin et l'attention accordée à l'ouvrage (Kane, 2014); la limitation au minimum des fonctions de la case qui fait l'essentiel de la vie se passe dans la cour, ce qui donne de l'importance aux interactions sociales.

A y regarder de près, l'ensemble de ces symboles sont autant de métaphores transposables aux principes qui fondent la dimension communautaire de la CdS. Coïncidence fortuite mais heureuse mais qui a valeur de symboles!

7.3. Identification des « cas » d'appropriation

Aux agents d'ONG chargés de l'encadrement des CdS, nous avons demandé de nous indiquer des CdS qu'ils considèrent comme des modèles de réussite. Des visites exploratoires des CdS proposées nous ont permis de constater que les agents de santé et la population n'ont pas la même conception d'une CdS réussie, car pour certaines CdS désignées, la population de certains villages avait une appréciation complètement différente et n'hésitait pas à nous parler des tares de leurs CdS, notamment les conflits sous-jacents qui les minent ou leur accaparement par certains acteurs

pour leurs intérêts personnels, etc. Cela nous a amené à adopter une démarche critique et constructiviste pour le choix des cas, en conciliant la perspective des agents de santé et celle des populations pour choisir trois cas en tenant compte du principe de variation maximale.

Ainsi, nous avons utilisé un processus de sélection multi niveaux et multi acteurs. Dans un premier temps, sur notre demande, les deux ONG en charge des CdS nous ont fourni une liste de CdS considérées comme des prototypes en termes de fonctionnement, de pérennisation et de participation communautaire. Une première visite exploratoire des 9 CdS proposées et un entretien avec les chefs de village pour connaître l'historique de la CdS nous ont permis de constater que 2 CdS parmi les 9 proposées ont connu dans le passé des failles dans leur fonctionnement, dues à des conflits internes et ont été par conséquent écartées.

Par la suite, nous avons dressé le profil des 7 CdS restantes en tenant compte de leur évolution historique ainsi que des points de vue des communautés et des agents des ONG en charge des CdS afin d'identifier des critères pouvant servir à identifier des CdS candidates.

Les critères retenus sont les suivants:

- la CdS doit avoir au moins 15 ans d'âge;
- la CdS n'a jamais connu de fermeture depuis sa création, pour quelque raison que ce soit;
- la CdS est déjà transférée à la communauté, c'est-à-dire est devenue autonome ;
- l'historique de la CdS montre que cette dernière a été initiée par la communauté qui a continué à s'investir pour son fonctionnement, au moyen d'initiatives communautaires ou en démarchant des partenaires.

Ensuite, nous avons visité les 7 CdS restantes pour organiser un focus groupe avec les acteurs de santé de chaque CdS pour nous permettre de vérifier si la CdS remplit les critères ci-haut cités L'exploitation des données collectées nous a permis de constater que 5 CdS sur les 7 répondent à l'ensemble des critères. Finalement, nous avons examiné les caractéristiques de ces 5 CdS de manière à retenir les trois qui nous offraient la plus grande diversité possible entre les cas retenus en tenant compte de:

- la démographie: elle peut influencer la capacité de mobilisation, d'organisation et de participation ;

- la composition ethnique en termes de représentation et de mixité: elle renvoie à la culture qui peut agir sur le processus de participation en tant qu'obstacle ou facteur favorisant ;
- la religion: les communautés religieuses ont des pratiques de participation spécifiques ;
- la confrérie religieuse: chaque confrérie islamique au Sénégal présente des caractéristiques organisationnelles particulières qui déteignent sur les processus de participation ;
- L'appartenance à un District de Santé différent.

Cela a abouti à la sélection de trois cas appelés cas N°1, cas N°2 et cas N°3 situés dans les Districts Sanitaires de Thiès, Tivaouane et Mbour selon la logique de variation maximale. Les caractéristiques des trois cas sont résumées dans le Tableau 10.

	Cas Nº 1	Cas Nº 2	Cas Nº 3	
Population	Supérieure à 2000	Entre 1000 et 2000	Inférieure 1000	
Composition	Multiethnique à dominante	Mono ethnique, Serer	Mono ethnique,	
ethnique	Serer (troisième groupe	Safene, ethnie	Wolof (ethnie	
	ethnique au Senegal)	minoritaire	dominante au	
	Présence de Wolofs, Pulaar et		Sénégal)	
	Joolas			
Religion	A dominante musulmane avec	Musulmane	Musulmane	
	une présence de chrétiens.			
Confrérie	A dominante <i>Khadria</i> suivie de	Entièrement Tidjane	Entièrement Mouride	
religieuse	Tidiane			

Tableau 10: Caractéristiques des cas selon la logique de variation maximale.

7.3. Manifestations et mécanismes de l'appropriation communautaire

Comme le dit l'adage, « à l'œuvre on connaît l'artisan ». Mais, c'est avec le temps que l'on peut apprécier la solidité de l'œuvre mise à l'épreuve par de nombreux défis. Cette analogie peut être appliquée à la CdS en tant que construction communautaire devant résister à l'épreuve du temps.

Pour identifier les manifestations de l'appropriation communautaire de nos trois CdS, les données pertinentes ont été les discours des acteurs relatifs à l'historique et à l'évolution de chaque CdS; ainsi que l'examen et l'observation du rapport que les acteurs-clés ainsi que les communautés entretiennent avec leur CdS. Les manifestations les plus évidentes de l'appropriation de la CdS qui

s'offrent au chercheur se matérialisent par la longévité de la CdS et la continuité de son fonctionnement.

Cela renvoie à une dimension de temporalité qui dépasse celle des acteurs de santé ou des agents des ONG dont la permanence et leur rapport aux CdS s'inscrivent dans le court terme. Des lors, ces derniers ne peuvent juger la CdS que dans une courte plage temporelle incompatible avec la notion d'appropriation qui ne se saisit que dans le temps. Il faut donc recourir aux populations qui sont les témoins et acteurs des CdS pour saisir la temporalité de la CdS. La temporalité de la CdS induit une histoire et un vécu de la CdS qui ne sont pas inséparable de l'histoire et du vécu des hommes et femmes qui l'ont créée. Cette interpénétration des deux histoires balise la voie et la vie de la CdS qui s'offrent à un décryptage pour faire ressortir les mécanismes d'appropriation de la CdS.

7.3.1 Les mécanismes de l'appropriation communautaires des CdS

Les mécanismes de l'appropriation ressortissent de deux dimensions.

- Une dimension individuelle relative à l'utilisation préférentielle de la CdS et au rapport des membres de la communauté à la CdS découlant de leurs perceptions de cette dernière ;
- Une dimension collective relative à l'insertion de la CdS dans le tissu communautaire.

7.3.1.1. L'utilisation préférentielle de la CdS comme signe d'appropriation

C'est une lapalissade de dire qu'une CdS non-utilisée ne peut pas être viable. En outre, quelle que soit la motivation des acteurs-clés d'une CdS, ces derniers ne peuvent pas faire marcher une CdS si cette dernière n'est pas utilisée ou est sous utilisée par les populations qu'elle est censée servir. Des lors, la problématique de l'utilisation de la CdS est centrale à son fonctionnement et concourt à sa viabilité. L'utilisation de la CdS par la population peut être due à la perception des populations par rapport aux acteurs *intuitu-personae*, ou à la CdS en tant que structure sanitaire capable de régler leurs problèmes de santé.

Dans nos trois cas, les données empiriques révèlent que les populations préfèrent utiliser leur CdS même si, pour des raisons de proximité, elles ont accès à des unités de santé de niveau supérieur telles que des postes de santé ou des hôpitaux en ville. Cependant, cette préférence n'est pas dictée par des raisons communautaristes comme l'on pourrait y penser à priori, mais plutôt par des raisons objectives et subjectives. Les raisons objectives comprennent la reconnaissance de la compétence des acteurs-clés de la CdS et la confiance placée en eux. Quant aux raisons subjectives, elles rentrent dans le cadre d'un système de reconnaissance des efforts et sacrifices des acteurs-clés pour faire marcher la CdS, en plus d'un désir de voir leur CdS citée comme un cas de réussite.

« Bien que nous ayons accès à des hôpitaux ou postes de santé, nous préférons utiliser notre CdS pour appuyer notre ASC/matrone ». Cas N°1 et 3

7.3.1.2. Utilisation préférentielle de la CdS du fait de la reconnaissance des compétences des acteurs-clés

Un des principes des SSP est l'utilisation de d'agents de santé issus de la communauté, formés par le système de santé pour prodiguer des soins de base aux membres de la communauté (OMS, 1978). La confiance qu'accordent les membres de la communauté aux ASC choisis est un facteur-clé de l'utilisation des structures de santé communautaire (Muhummuza, 2015 ; Grant, 2017 ; Sougou, 2018). En effet, le fait d'être issu de la communauté peut, dans certains cas, constituer un défi pour la reconnaissance du statut des acteurs-clés tels que l'ASC qui est un rôle d'origine exogène. Il arrive que certains membres de la communauté n'aient pas confiance à leur ASC car ils ont du mal à admettre qu'un des leurs puisse, du jour au lendemain, se transformer en « docteur » et leur prodiguer des soins.

Dans nos trois cas, les populations ont pleine confiance aux acteurs-clés de leur CdS. Cette confiance est tirée de la reconnaissance de leurs compétences en tant qu'agents de santé acquises à l'issue d'une formation, et capables de délivrer des services de santé aux populations.

Dans les cas N $^{\circ}$ 1 et 2, les matrones ont un statut unanimement reconnu et leurs compétences sont louées à tout bout de champ.

- « Les compétences de notre matrone font qu'aucune femme ne voulait aller accoucher dans des structures de santé en ville. Au contraire, même des femmes enceintes quittaient la ville pour venir accoucher dans notre CdS ». Déclaration au cours du focus group cas N°1
- « Tous les adolescents que vous voyez ici sont nés dans les bras de notre matrone. Depuis qu'elle est là, avec l'aide de Dieu, aucun décès maternelle ou néonatale n'a été observé dans la CdS grâce à ses compétences ». Focus group cas N°2

Dans le cas N 3, ce sont les compétences de l'ancienne ASC et de l'actuelle infirmière qui sont reconnues et louées.

- « Même les malades qui sont référés à l'hôpital rechignent à s'y rendre prétextant qu'ils préfèrent se faire soigner sur place ». Une maman dans le cas N° 3
- « Avec notre ancienne ASC, nous n'avions aucun souci à être bien prises en charge. Si elle s'apercevait qu'il s'agissait d'un cas compliqué, elle nous référait sur le champ au poste de santé, et parfois même, nous accompagnait » Une maman dans le cas N°3

Dans les trois cas, la confiance nourrie par les populations à l'égard des acteurs-clés est justifiée par des raisons objectives. En effet, les enquêtés donnent des exemples concrets où l'ASC ou la matrone ont pu régler des problèmes de santé touchant un membre de leur famille. Ils insistent sur le fait que les acteurs communautaires ont les compétences requises car ils ont été bien formés au préalable. En plus, ils reconnaissent qu'ils continuent à se former à travers les séminaires de recyclage et grâce aux supervisions.

Cependant, cette reconnaissance de la compétence des acteurs-clés ne constitue pas un blanc-seing. C'est par leur ardeur au travail, le succès obtenu sur ce plan et les bonnes relations avec les populations qu'elles arrivent à gagner leur confiance. En effet, dans tous les trois cas des mamans ont précisé que Dieu a béni le travail des matrones car leurs CdS n'ont jamais eu à connaitre de fatalités. C'est seulement dans le cas N°1 où l'ASC/Matrone a signalé le cas d'un jeune garçon qui était tombé d'un cheval et avait été acheminé à la CdS mais qu'il avait fini par décéder au moment où l'on organisait son évacuation. En effet, celle-ci s'imposait car l'enfant était dans le coma.

7.3.1.3. Utilisation préférentielle de la CdS comme obligation morale

Les données empiriques montrent que l'utilisation préférentielle de la CdS rentre dans le cadre du contrat social en vigueur, basé sur la réciprocité et qui est ici illustrée par le principe du « don contre don », qui a été étudié par Mauss (2007). Cependant, dans le cas de notre étude, il ne s'agit pas ici de dons matériels, mais plutôt de don de soi, correspondant aux sacrifices consentis par les acteurs-clés au profit de la communauté. En retour, les membres de la communauté, se sentant moralement obligés, font un don de nature symbolique en utilisant la CdS, en répondant à l'appel des acteurs-clés, afin de reconnaitre leurs sacrifices des acteurs-clés et, éviter que leurs efforts ne soient vains.

- « Je me sentirais mal si mon ASC apprenait que j'ai délaissé la CdS pur une autre structure de santé ». Une maman dans le cas N°1
- « Notre ASC/matrone ne saurait être plus consciencieuse que nous. En reconnaissance de ses efforts, nous répondons présentes quand elle a besoin de nous ; mais aussi nous nous évertuons à la rendre fière par les résultats de la CdS ». La présidente du groupement de femmes dans le cas N° 2
- « Toutes les femmes du village vont travailler au niveau de la ferme industrielle sauf notre ASC/matrone qui reste là pour veiller sur notre santé et celle de nos enfants. A quoi ressemblerions-nous si nous n'utilisions pas la CdS ou si nous ne répondions pas à ses appels ». Une maman dans le cas N° 2
- « Notre plus grande reconnaissance est que notre infirmière ne regrette pas d'avoir accepté de venir travailler pour nous. Ce serait le cas si elle ne recevait pas des malades » Une maman dans le cas N° 3

Il s'instaure ainsi une sorte de dialectique qui fait que les efforts consentis par les acteurs-clés de la CdS sont reconnus et engendrent une obligation morale d'utilisation la CdS de la part de la population.

7.3.1.4. Utilisation préférentielle de la CdS pour contribuer à son succès

Une dernière raison de l'utilisation préférentielle de la CdS qui ressort des données empiriques est relative à la volonté des communautés étudiées d'avoir une CdS qui soit une réussite, une CdS parmi les meilleures et qui soit reconnue par les autorités sanitaires.

- « Vous-mêmes, depuis que vous fréquentez notre village, vous avez pu constater que notre CdS est toujours ouverte. C'est parce que notre ambition est qu'elle soit la première dans le District et qu'elle soit même érigée plus tard en poste de santé». Un membre du CoS dans les cas N°1
- « Cette CdS est le fruit de l'abnégation des femmes. Elles ont compris que c'est en l'utilisant qu'elles peuvent en faire une réussite ». Membre du CoS dans le cas N° 2
- « Bien que nous soyons démunies, nous les femmes, tenons à ne ménager aucun effort pour la réussite de notre CdS. Pour cela, nous nous trouvons dans l'obligation de l'utiliser » Présidente du groupement de femmes dans le cas N°3

Au-delà de toute considération d'ordre sanitaire, la CdS est une infrastructure communautaire qui participe de la fierté de ses habitants et de la renommée du village qui l'abrite et lui permet au village qui l'abrite d'avoir une existence sur la carte sanitaire, avec des retombées positives en termes d'image et de prestige. Cette dimension symbolique s'exprime aussi bien au niveau individuel qu'au niveau collectif.

Au niveau individuel, elle est en relation avec l'identification à une communauté qui sert de référence dans un domaine tel que la santé. En outre, elle permet à des individualités d'acquérir des positions dans le champ socio-sanitaire. Au niveau collectif, elle traduit la fierté d'un groupe à réussir une action collective, ce qui agit comme un catalyseur pour d'autres actions collectives. En effet, la CdS est souvent citée en exemple dans les trois cas comme référence quand il s'agit d'engager la communauté dans d'autres projets.

7.4.2. « Domestication » de la CdS

Sans un ancrage communautaire, une CdS ne serait qu'un mini-dispensaire que la population n'utiliserait que pour des soins tout court. La dimension communautaire va au-delà de la présence des ASC et du CoS qui assurent le lien avec la communauté.

La capacité de la communauté à « domestiquer » la CdS pour en faire une institution communautaire apparait comme une caractéristique émergente dans nos trois cas. Les données empiriques montrent que la réussite des CdS est associée à un fort degré d'implication des communautés dans les affaires de la CdS et prouve son incorporation de cette dernière dans le tissu social de la communauté, aussi bien au plan des usages, des institutions, des représentations et du symbolisme.

7.4.2.1. Implication de la communauté

Dans chacun de nos trois cas, la communauté est fortement impliquée dans la vie de la CdS, depuis sa création jusqu'à nos jours. Cette implication est illustrée par deux facteurs : le partage du même narratif sur la CdS par les membres de la communauté et la participation aux affaires de la CdS des structures communautaires ayant été créées pour d'autres vocations.

7.4.2.2. Partage du même narratif

Dans chacun de nos trois cas, l'historique de la CdS n'est pas l'apanage d'une catégorie de personnes telles que les personnes âgées ou les acteurs-clés; elle est partagée par les membres ordinaires de la communauté. Dans le même ordre d'idées, les affaires de la CdS ne sont pas réservées à un cercle d'initiés mais relèvent du domaine public pour qui s'y intéresse. Cette diffusion de l'information relative à la CdS fait que les populations partagent le même narratif.

« N'importe quel gamin que vous pouvez interpeller dans la rue est en mesure de vous entretenir des affaires de notre CdS ». Membre du CoS, du $cas\ N^\circ\ 3$

Le partage du même narratif concernant la CdS instaure une transparence qui contribue à renforcer la confiance entre les acteurs-clés de la CdS et les membres de la communauté. Elle permet aussi à ces derniers d'être informés des sacrifices consentis par les acteurs-clés de la CdS, à la lumière des difficultés auxquelles ils sont confrontés. Cela renforce le sentiment d'estime et de reconnaissance de la communauté à leur égard. Le partage du narratif, permet au contrôle social informel de s'exercer sur l'ensemble des acteurs de la CdS, et sur les normes sociales qui régissent le respect de l'engagement et l'obligation de s'investir pour sa communauté.

Dans chacun des trois cas, il est facilité par un système de communication qui met en jeu des médiateurs dont des figures religieuses dans chacun des trois cas. Ces dernières portent les valeurs religieuses qui renforcent les normes sociales à soubassement traditionnel. Elles utilisent aussi les institutions religieuses telles que les mosquées et les écoles coraniques pour faire passer les messages.

7.4.2.3. Participation des organisations communautaires

La politique des SSP repose sur la participation communautaire qui, au Sénégal, est organisée à travers la mise en place des CoS. Dans la partie introductive, nous avons expliqué comment les CoS, laissées à elles seules ne sont pas en mesure de garantir la participation communautaire escomptée. Du reste, cela rentre dans le cadre de la problématique de l'étude. La manière avec laquelle la communauté s'implique directement dans la gestion de leur CdS dépend du système organisationnel de la communauté concernée. Dans notre étude, il ressort que la participation directe de la communauté est actée par des individus jouant des rôles de leader et est portée par des organisations communautaires.

Le Tableau 11 dresse la liste des organisations communautaires impliquées dans chacune des trois CdS

Organisations communautaires	Cas 1	Cas 2	Cas 3
Groupement de femmes	X	X	X
Association Sportive et Culturelle (ASC)	X	X	
Association de Développement Villageois	X		
(ADV)			
Commission Santé de l'ADV	X		
Groupes de générations	X		
Groupe des anciens	X		
Association des ressortissants	X	X	X

Tableau 11 : Liste des organisations communautaires impliquées dans les CdS

La caractéristique commune entre les trois cas est que les groupements de femmes sont présents dans le fonctionnement des CdS. Cependant, la CdS n'est pas uniquement l'affaire des femmes car les hommes et les jeunes sont impliqués de manière individuelle ou à travers les structures organisationnelles. Dans les cas N° 1 et 2, les jeunes sont représentés dans le CoS, contrairement au cas N° 3.

Quelle que soit la nature des groupes impliqués, les données empiriques impliquent qu'il s'agit d'une implication de type non-concurrente mais synergique. Plus précisément, elle intervient précisément de manière concomitante en ce sens que tous le groupes participent aux mêmes actions, plutôt que de se répartir les actions en fonction de leurs spécificités.

7.4.2.4. Les fonctions sociales de la CdS

Une CdS est une structure construite en un lieu donné dans une communauté, avec pour vocation de fournir le cadre dans lequel les populations reçoivent des services de santé de base. Une CdS qui fonctionnerait uniquement sur cette base serait conforme aux normes édictées par le système de santé. Cependant, les données empiriques montrent que, dans chacun des trois cas, la vocation de la CdS dépasse le cadre sanitaire car elle est insérée dans le tissu social de la communauté de

par ses usages et les fonctions sociales qu'elle remplit. Elle attire les membres de la communauté qui entretiennent avec elles une relation de proximité et de respect. Dans chacun des cas étudiés, la CdS de santé « vit » car, en dehors des consultations, elle est fréquentée par les membres de la communauté, pour y tenir des réunions ou tout juste pour servir de lieu de rencontre pour passer du temps. Elle sert de cadre d'interactions pour la population en jouant le rôle d'arbre à palabres, tel qu'il apparait dans nos trois cas. Cela explique que la CdS est « toujours ouverte. » Elle sert aussi de siège social pour les groupements de femmes dans les cas N° 1 et 2. Dans les cas N° 1 et 2, la CdS sert de plateforme pour des activités communautaires, en offrant un espace où les groupements de femmes pratiquent le maraichage. Dans le cas N 3, une dame s'est chargée de planter quelques pieds de manguier dans la cour de la CdS et de procéder à leur arrosage quotidien Aujourd'hui, la cour du CdS offre de l'ombre dont les membres de la communauté viennent bénéficier en période de canicule.

Ainsi, la CdS fait l'objet d'une certaine démythification et rentre dans l'espace public qui permet sa fréquentation.

7.4.2.5. Rapports affectifs avec la CdS

Dans nos trois cas, la population entretient des rapports affectifs avec leur CdS. Cette attitude découle des représentations qu'elle se fait de la CdS. Selon Jodelet (2003), l'acte de se représenter est un processus par lequel s'établit une relation entre un sujet et un objet). « Le sujet peut être individuel ou collectif (famille ou groupe), tandis que l'objet peut adopter une forme diverse (personne, théorie, événement, chose, etc.) à laquelle sont rattachés des éléments de contenus variés : informatifs, cognitifs, idéologiques, normatifs, croyances, valeurs, attitudes, opinions, images ».

Certains membres des communautés rattachent leur CdS à des figures emblématiques, disparues ou vivantes. Ainsi, dans tous les trois cas, il est fréquemment fait référence aux initiateurs de la CdS qui s'avèrent être des leaders religieux ou coutumiers, à qui l'on voue respect et reconnaissance.

- « Chaque fois que je pense à la CdS, j'ai une pensée pieuse à l'endroit de l'ancien chef de village qui s'était tant donné pour son implantation ». Acteur-clé dans le cas N°1
- « Nous ne ménageons aucun effort quand il s'agit de la CdS par respect aux anciens qui se sont battus pour son érection. Rien qu'hier, j'ai écrit une lettre pour mon grand-père destinée à une organisation basée à Touba pour solliciter un appui pour la construction du logement de l'infirmière. Cela me touche, qu'à son âge, il se soucie de la bonne marche de notre CdS » Acteur-clé cas N° 3
- « Nous étions touchés quand nous avons vu nos braves femmes travailler dans un jardin pour mobiliser les fonds ayant servi à la construction de la CdS, Rien que pour cela, nous avons beaucoup de considérations pour la CdS ». Membre du CoS dans le cas N° 2

Dans les trois cas étudiés, la CdS est d'abord perçue comme le lieu où la femme enceinte se rend pour accoucher entre les mains de matrones connues et respectées par la communauté. La matrone est représentée comme la figure emblématique de la CdS, tel qu'il ressort des réponses suivantes.

- « Nos femmes préfèrent accoucher dans la CdS avec l'assistance la matrone car elles ont confiance en elle. Pour cela, nous accordons beaucoup d'importance à notre CdS ». Chef de village, cas N° 1
- « Je suis né dans ce village grâce à l'assistance de notre ancienne matrone, cela me rassure que ma femme puisse accoucher ici dans notre CdS». Jeune leader, cas N° 2

Dans le cas N° 2, la CdS est surtout perçue comme un symbole de réussite pour le village. La propreté des lieux et le grand soin accordé au rangement des documents sautent à l'œil du visiteur.

« Notre village a pu réussir là où des villages plus peuplés et plus nantis ont échoué car leurs CdS ont fermé. C'est pourquoi nous aimons notre CdS » Membre du CoS dans le cas N°3

Résumé partiel:

La longévité et la continuité dans le fonctionnement d'une CdS sont les manifestations de l'appropriation des CdS dans nos trois cas. Elles sont associées à une forme de permanence des acteurs-clés de la CdS. Les mécanismes qui permettent d'expliquer ces signes tiennent à une série de raisons résumées comme il suit.

- L'utilisation préférentielle de la CdS par la population, même si ses membres ont accès à des structures de santé de référence. Elle s'explique par la reconnaissance des compétences des acteurs-clés de la CdS; le sentiment d'obligation morale éprouvé par les membres de la communauté ; et la volonté de faire de la CdS un modèle de réussite.
- La « domestication » de la CdS passe d'abord par une implication d'autres segments de la communauté, au-delà des femmes; des usages de la CdS qui lui impriment des fonctions sociales et permettent son insertion dans le tissu social communautaire et l'établissement de rapports affectifs avec la CdS découlant des représentations que les membres de la communauté ont de cette dernière.

Ainsi, il apparait que les mécanismes de l'appropriation des CdS sont d'ordre sociologique en ce qu'ils font appel à des éléments du capital social tels que la confiance et la réciprocité et la capacité à gérer les conflits, qui s'insère dans le contrôle social informel.

Chapitre 8 : De l'importance du sens communautaire

Dans un premier temps, nous nous évertuons, pour chacun des trois cas, à décrire les expressions du sens communautaire en faisant ressortir l'expression de l'identité communautaire exprimée par qui découle des actes et discours des enquêtés, relativement à leur rapport à la communauté, par l'entremise de la CdS. Dans un second temps, nous essayons d'apporter une interprétation du sens communautaire, selon une perspective socio-historique et géographique.

8.1. Expressions du sens communautaire

Les données empiriques font ressortir la manière par laquelle les enquêtés caractérisent leurs communautés, expriment leur sens communautaire et révèlent à travers leurs discours, les éléments de construction de leur identité communautaire.

Dans le cas N° 1, le discours des enquêtés, laisse transparaitre le caractère pacifique du village, le commun vouloir et la joie de vivre ensemble qui animent ses habitants; et son unité forgée par la tradition à travers les classes d'âges, les cercles de solidarité et le parrainage intracommunautaire. En guise d'exemple, L'Association Sportive et Culturelle du village porte le nom de « Manko » qui signifie unité dans l'action. Cette unité dans l'action facilite les actions collectives et fait que la communauté se trouve constamment dans un état de tension vers un objectif touchant un projet communautaire. Cela assure une rationalité aux cercles de solidarité qui ne se trouvent pas cantonnés à de simples rencontres de réjouissances, d'animation ou de retrouvailles. Les cercles de solidarité acquièrent ainsi une vocation de développement concourant à nourrir la fierté de ses membres et leur identification à la communauté.

Aujourd'hui, le village est presque absorbé par la ville et de nombreux étrangers s'y sont établis, faisant du village un peuplement mixte. Néanmoins, cela n'a pas dilué la solidarité traditionnelle ou altéré les mécanismes d'organisation communautaire. Le village a adopté une stratégie d'intégration des nouveaux venus en les insérant dans les instances de prise de décision. A la question de savoir la stratégie par laquelle la communauté arrive à imposer le système

d'organisation et de mobilisation communautaires aux étrangers, la réponse obtenue est qu'il serait difficile de vivre dans le village en restant en dehors des structures communautaires. Cela ne passe point par la mise en œuvre de mesures coercitives quelconques mais de l'existence d'un fort contrôle social informel basé sur l'émulation et la reconnaissance des efforts en direction des actions collectives.

Sur un autre plan, la coexistence pacifique entre musulmans et chrétiens est magnifiée comme l'illustrent les citations ci-après.

« Nous sommes attachés à notre village parce qu'il est animé et il y fait bon vivre. On ne distingue pas qui est musulman ou qui est chrétien ». Un habitant dans le cas N° 1

« Nous vivons en toute harmonie entre musulmans et chrétiens. Quand il s'agit de travailler pour le village, vous ne pouvez distinguer qui est quoi » Un habitant dans le cas N° 1

Le caractère religieux du village et l'esprit de tolérance transparaissent dans les discours et apparaissent comme facteurs de cohésion sociale;

« Nous sommes attachés au village car c'est un village ou la religion occupe une place importante. On y bat régulièrement des tambours lors des chants religieux qui mobilisent tout le monde sans distinctions de confréries ou de religion». Un habitant du cas N° 1

Concernant le cas N° 1, les enquêtés caractérisent leur communauté d'abord par les liens de parenté qui unissent les membres, s'y ajoutent ensuite les valeurs religieuses qui servent de référence dans les relations sociales et facilitent les actions collectives ; et par l'attachement au terroir.

« Tout le monde est attaché à notre terre. Même ceux qui sont à l'étranger gardent toujours le lien avec le village. Tout le monde se sent concerné quand il s'agit des affaires qui concernent le village. » Un membre de la communauté

- « Nous sommes attachés à notre village car la vie y est saine du fait des valeurs religieuses qui y prévalent et dont le marabout est le gardien ». Le chef de village
- « Nous les acteurs de la CdS, considérons le fait d'œuvrer pour notre village comme un acte de dévotion dont la rétribution dépasse les avantages financiers que nous pourrions en tirer. » Le Président du CoS
- « Nous sommes une communauté où tous les membres sont apparentés et rattachés au même ancêtre. Tout ce qui touche une personne touche tout le monde. » Membre de la communauté

Quant au cas N°3, les enquêtés caractérisent leurs communauté comme une communauté basée sur des liens de parenté entre ses membres; composée de travailleurs forgés dans le culte du travail et la foi en Dieu.

- « Les fils du village sont reconnaissables par leur foi au travail pour subvenir à leurs besoins à la sueur de leur front ». Un membre du CoS
- « Ce qui nous unit c'est l'ardeur au travail et la pratique de notre religion ». Un membre de la communauté
- « Compte tenu de ce qui nous unit, personne ne veut être en reste quand il s'agit d'apporter sa contribution pour la bonne marche de la CdS». Membre du CoS dans le cas N° 3

Cependant, il ne nous semble pas pertinent de nous limiter à constater l'existence d'un sens de la communauté sans pour autant essayer d'interpréter les facteurs explicatifs.

8.2. Interprétations du sens communautaire :

Nous tentons d'interpréter le sens communautaire à partir d'un triple perspective : une perspective historique, une perspective sociologique et une perspective géographique, déclinées comme suit:

- la perspective historique permet de cerner l'origine des trois villages et de comprendre les racines identitaires de chaque communauté. Dans ce cadre, nous faisons aussi appel à la toponymie, en tant que science auxiliaire de l'histoire (Vanerrus, 1935);
- la perspective sociologique fait appel à l'identité narrative (Ricoeur, 1988; Sommer 1994) ;
- la perspective géographique, en référence au terroir dans lequel s'est construite cette identité.

8.2.1. De l'origine des communautés (Sources archives du Sénégal)

Rappelons que nos trois villages sont situés dans la région de Thiès, faisant partie de la zone écogéographique dénommée bassin arachidier, essentiellement peuplée par les ethnies Wolof et Serer. Historiquement, cette partie du bassin arachidier se situe dans les limites de l'ancien empire du Cayor qui a eu à opposer une farouche résistance à la pénétration coloniale qui a fini par se concrétiser au moyen de moult guerres et de stratagèmes faites d'alliances et de contre-alliances.

L'histoire, le développement de la culture de l'arachide et l'influence de centres religieux confrériques situés dans la région (Tivaouane, Ndiassane, Thienaba) ou sa périphérie (Touba) ont eu une profonde influence sur la création et le développement des établissements humains avec la création et le déplacement de villages. Ils se superposent à des facteurs liés au contrôle du foncier et du pouvoir qui peuvent être sources de crises au sein des villages. Ces facteurs qui peuvent être à l'origine des établissements humains sont explicités ci-après, dans un ordre quelconque:

- Facteur N° 1: Les considérations d'ordre sécuritaire relatives aux razzias et guerres entre les différents royaumes qui composaient le Sénégal jusqu'à l'implantation de l'administration coloniale.
- Facteur N° 2 : La colonisation de l'arrière-pays avec l'établissement des troupes françaises dans l'actuelle ville de Thiès qui a provoqué le repli des *Serer None* qui étaient les populations indigènes, à la périphérie de la ville
- Facteur N° 3: La construction du chemin de fer Dakar-Saint Louis en 1885 qui a servi de tête de pont à la progression des troupes coloniales. Elle a provoqué des mouvements de flux ou de reflux d'établissements humains selon les circonstances et les enjeux du moment.
- Facteur N° 4: L'expansion de la culture de l'arachide, introduite depuis le XVI siècle par les navigateurs portugais. Elle a connu son apogée au début du XX siècle lorsqu'elle a été érigée en culture de rente par les colonisateurs français. Elle a surtout provoqué des mouvements de colonisation des terres et l'étalement de la population. (Pehaut, 1961).
- Facteur N° 5: L'islamisation par l'entremise du développement des confréries Tidjanes et Mourides dont un des centres spirituels est situé dans la région (Tivaouane). Elle a surtout provoqué des mouvements de peuplements autour de ce centre, ou de reflux des populations animistes vers des zones confinées. Bien qu'il soit situé dans une région limitrophe, le centre spirituel de la confrérie Mouride, Touba, n'en a pas moins influencé la création des établissements humains qui s'y réfèrent, intéressés qu'ils étaient par la colonisation de nouvelles terres agricoles.
- Facteur N° 6: Les facteurs humains, tels que les conflits liés au contrôle du foncier au du pouvoir, ont conduit au desserrement et à l'éclatement de peuplements, avec la création de nouvelles entités.
- Facteur N°7: L'évangélisation des communautés Sérères a aussi conduit à des regroupements de populations.

Facteur N° 8: L'urbanisation survenue après la période de l'indépendance du pays a influencé le déplacement de populations autour des villes (Thiès, Tivaouane et Mbour) et l'insertion de villages dans les périmètres de certaines communes (exemple de Thiès)

La situation contemporaine des villages de nos trois cas pourrait apparaître comme le résultat des mouvements progressifs opérés selon l'occurrence des facteurs ci-hauts décrits. Le profil historique des trois villages étudiés nous permet de distinguer dans le tableau 12, l'influence des facteurs ci-haut décrits sur leur origine et leur développement:

Facteurs	Cas 1	Cas 2	Cas 3
Facteur N° 1	X	X	
Facteur N° 2	X	X	
Facteur N° 3			X
Facteur N° 4			X
Facteur N° 5	X	X	X
Facteur N° 6		X	
Facteur N° 7	X		
Facteur N ° 8	X		

Tableau 12 : Facteurs ayant pu influencer l'origine de la création et du développement des villages de nos trois cas

L'étude de la toponymie permet aussi de comprendre l'origine et les caractéristiques des peuplements d'une installation. La connaissance, à travers cette étude toponymique, de la signification symbolique du nom de village, réveille chez ces communautés un sentiment de fierté, d'appartenance et d'une marque d'affection au terroir, selon Diallo (2011) qui a procédé à une étude axée sur 28 villages de la communauté rurale de l'ancienne Communauté Rurale de Ndramé Escale a pu classifier les villages en quatre catégories en fonction de leur toponymie:

- La première catégorie comprend les villages dont les noms commencent par les mots qui signifient maison en langues nationales ; « Keur » ou « Santhie » en Wolof, ou « Darou » en Arabe ou « Counda » en Bambara. L'on peut rajouter « Wuro » en Toucouleur, « Sare » en Fulakunda et « Mbinde » en Serer.
- La deuxième catégorie comprend les villages dont le nom est formé du nom de la première famille ayant occupé le terroir suivi du suffixe « ène » pour signifier son appartenance à cette famille. A ces villages, on va ajouter ceux qui sont désignés par le nom d'une famille.
- La troisième catégorie comprend tous les villages dont le nom est rattaché à un fait historique.
- La quatrième catégorie comprend les villages dont la toponymie dérive d'une ancienne création c'est-à-dire qui sont des homonymes d'autres lieux.

Dans le Cas N°1, le nom du village pourrait être lié à la troisième catégorie parce qu'il renvoie à un élément historique car, en langue locale, il signifie littéralement « qui s'y abrite est sauf ». Donc sa création renvoie nécessairement à des considérations d'ordre sécuritaire liées au contexte historique de l'époque. En effet, le village fait partie des établissements créés par les *Serer None* qui se sont repliés à la périphérie de Thiès avec l'installation des garnisons de l'armée coloniale. Cependant, il faut préciser que l'inviolabilité du site n'est pas garantie par les capacités guerrières de ses habitants, mais plutôt par la protection découlant du pouvoir mystique détenu par le père fondateur du village qui a « blindé » le site.

Dans le cas N°2, les facteurs humains sont sans nul doute impliqués dans la délocalisation du village qui était situé un peu plus loin dans le périmètre du village d'origine habité par des Serer Safene, considérée aujourd'hui parmi les ethnies ultra-minoritaires au Sénégal. Cette ethnie s'est retranchée dans les forêts de Pout et de Thiès, qui restent aujourd'hui les seuls espaces réellement boisés malgré les cycles de sècheresse survenus à partir des années 70, entrainant une dégradation des ressources forestières du fait des pressions anthropiques. L'on peut penser que ces forêts de Pout et de Thiès constituaient vers la fin du XIX siècle de véritables forteresses offrant une

protection et un retranchement propices à des populations fuyant l'armée coloniale ou l'islamisation. Une scission est intervenue plus tard avec le déplacement d'une partie de la population (pour des raisons qui ne nous ont pas été expliquées) qui ont conservé le nom du village d'origine qui est dérivé de « Bandiaoulak », en référence à un baobab dont le tronc était creux et dans lequel les étrangers étaient tenus de prendre un bain mystique (source orale). Cela laisse penser que le village offrait une certaine forme de protection au nouveau venu, une fois ce rituel est accompli.

Dans le cas N° 3, l'histoire de la création du village est bien connue car relativement récente et transmise par voie orale. Au début, le village n'était pas très loin de la voie ferrée. Un jour, une locomotive a heurté un taureau géniteur appartenant à un des notables. Dépité par la perte de son animal, celui-ci appela les siens et les incita à le suivre pour aller s'installer quelque part où ils pouvaient s'adonner à l'agropastoralisme sans dangers. Il dénicha ainsi le site qui abrite l'actuel village où il trouva un éleveur Peulh qui s'y était déjà établi. Comme les Peulhs sont des nomades et qu'ils ne conquièrent pas un espace pour s'y fixer définitivement et se l'approprier, mais aussi, compte tenu de sa prépondérance, la population Wolof a fini par implanter ses marques et contrôler l'espace dans le cadre d'une cohabitation pacifique et symbiotique avec les Peulhs marquée par le troc de produits laitiers contre des produits céréaliers.

Le caractère bicéphale de la paternité du village est clairement révélé par le nom du village constitué de la juxtaposition des patronymes de deux pères fondateurs. En conséquence, le village fait partie de la deuxième catégorie caractérisée par « une appropriation d'un espace par un groupe ethnique ou une famille qui s'y identifie et à qui les droits d'exploitation reviennent. » (Diallo, 2011). Récemment, le nom de Touba a été ajouté au nom initial du village montrant l'attachement des populations à la confrérie Mouride et à ses valeurs. En effet, les populations portent en bandoulière le culte du travail prôné par cette obédience à laquelle elles sont affiliées et qui leur sert de viatique pour affronter les nombreux défis.

8.2.2. Du rapport au terroir

Dans le bassin arachidier, au départ, chaque village constituait une entité agraire et sociale autonome mais qui ne rassemblait, le plus souvent, qu'un nombre très modeste d'habitants (Pélissier, 1965). Pélissier note que les différences de densité de population observées dans le bassin arachidier « coïncident dans l'ensemble avec le partage du bassin de l'arachide entre deux domaines ethniques, les Wolof occupant les zones les moins fortement peuplées et les Serer formant un bloc plus homogène, plus replié sur lui-même et plus dense. »

Les Wolof et les Serer entretiennent des rapports au terroir qui sont différents. Cette différence se retrouve dans l'organisation du terroir. Le village traditionnel wolof est décrit par Pélissier comme constitué d'une agglomération de concessions familiales contiguës, attenantes les unes aux autres et généralement ordonnées le long d'une piste ou autour d'une place centrale. Autour du village, se retrouvent dans un premier cercle, les champs de case destinés à des cultures secondaires telles que le *bissap* et le *niebe* ou des champs de mil ou d'arachide de petites dimensions ; dans un cercle plus éloigné, s'étendent les champs de brousse, domaines par excellence de la culture de l'arachide et du mil. Cette description correspond exactement au cas N°3. Il faut ajouter que le village a, par la suite, fait l'objet d'un lotissement, signe de modernité, pour dégager des rues droites et parallèles sur lesquelles sont alignées les concessions.

Par contre, le village traditionnel Serer, tel que décrit par Pélissier, « est caractérisé par l'étalement des concessions montrant le regroupement selon la parenté et l'interpénétration des zones de cultures et les habitations. À l'intérieur de l'espace villageois, les différentes cellules se dispersent en ordre lâche, chaque carré familial, chaque m'bind, étant nettement isolé de ses voisins. L'implantation respective de ces différents carrés ne répond à aucun plan, à aucune hiérarchie, et c'est seulement lorsqu'une piste carrossable le traverse qu'un certain ordonnancement s'impose au village, encore doit-elle fréquemment ou bien le côtoyer ou bien serpenter à travers les enclos familiaux. La distance séparant les m'bind voisins varie de quelques mètres à plusieurs dizaines de mètres. » Pélissier ajoute que, c'est dans les villages les plus anciens et les plus traditionnalistes, que les concessions sont les plus tassées, les plus proches les unes des autres, par suite de la croissance de leur population dans le temps comme c'est le cas du cas N°1. Suite au mouvement

d'urbanisation des quartiers périphériques, le village a fait l'objet d'un lotissement qui a entrainé une recomposition de l'espace avec l'alignement des concessions suivant des rues rectilignes et parallèles.

Dans le cas N° 2, la délocalisation du village et la faiblesse de la population font que le peuplement est étalé par endroit, tassé par ailleurs avec des ruelles étroites et des concessions disposées de manière non ordonnée.

Au fil du temps, les populations dans nos trois communautés ont développé des rapports au terroir qui relèvent à la fois de leur héritage historique et traditionnel, mais aussi, de l'évolution politique et sociale du pays ayant induit de nouveaux enjeux.

Ainsi, dans le cas N°1 et 2, le terroir revêt aux yeux des populations, à la fois une dimension symbolique et une dimension instrumentale. La dimension symbolique est relative au fait que le terroir en milieu Serer est considéré comme support des traditions et des pratiques cultuelles liées aux religions traditionnelles et comme terre nourricière jalousement entretenue et transmise de génération en génération.

Dans le même ordre d'idées, dans le cas N° 1, un notable interviewé, le plus âgé du village, s'est ému et désolé que la création dans les parages d'une école supérieure de formation a été effectué avec l'accaparement de leurs terres, ce qui limite maintenant, de manière considérable, les possibilités de production agricole, vu la réduction des surfaces.

Cependant, la proximité de cet établissement et la jonction entre le village et le périmètre communal s'est traduit par une valorisation des terres du village du fait de l'augmentation de la demande. Le village a attiré de nombreux étrangers qui s'y sont établis en achetant des parcelles vendus par les populations qui morcellent leurs champs. Cela a entrainé une augmentation des revenus qui sont en grande partie utilisés pour construire des bâtiments en dur, et une amélioration des conditions de vie. Cette augmentation de la valeur vénale de la terre renforce le lien des populations au village, qui devient un centre d'intérêt à défendre, contre les prédateurs fonciers, ce qui renforce l'organisation communautaire.

Cette augmentation de la valeur vénale de la terre se retrouve aussi dans le cas N°2. En effet, le village est situé dans une zone adaptée à l'arboriculture fruitière, source de revenus additionnels

pour les populations. Cela attire les paysans du dimanche qui achètent des parcelles vendues par les populations pour installer des vergers. En outre, l'installation du nouvel aéroport international sur les terres de la commune où se situe le village a aussi des répercussions sur la valeur des terres du village, qui ira crescendo.

Cependant, si l'augmentation de la valeur de la terre a des bénéfices à court terme avec l'afflux de revenus ponctuels en cas de vente, elle présente aussi des inconvénients majeurs à long terme liés à la dépossession foncière des populations, le morcellement et la fragmentation de leur terres qui tendent à faire de l'agriculture une activité marginale, ce qui pousse les populations à l'exode rural ou l'abandon des activités agricoles.

Un exemple révélateur est le cas N 2 avec l'installation d'un grand domaine agricole qui s'est installé dans la zone et qui utilisent les femmes et les jeunes du village comme main d'œuvre temporaire. Cela induit une véritable transformation sociale avec la dépendance d'un travail salarié instable plutôt que de la production agricole. A terme, les populations courent le risque de devenir de simples ouvriers agricoles sur les terres qu'ils possédaient jadis.

Pire, l'installation du domaine agricole a induit des nuisances créées par les nombreux camions qui traversent le village en soulevant des nuages de poussière nocive à la santé et au bien-être des populations. Cela a entrainé des mouvements de protestation se manifestant par le barrage de la route. Nous avons été témoin pendant le déroulement de notre recherche d'un acte par les jeunes du village en guise de protestation, mais aussi, pour revendiquer une compensation du fait des nuisances causées.

Il nous a été rapporté qu'une fois les jeunes se sont couchés sur la piste qui traverse le village pour bloquer les camions. Les gestionnaires du domaine agricoles ont été obligés de capituler en accordant une subvention à la CdS pour obtenir la levée du barrage humain.

Le village du cas N° 3 est peuplé en totalité de Wolofs qui entretiennent des rapports au terroir moins chargés sur le plan symbolique. Le village est le résultat d'une colonisation comme c'est le cas avec la plupart des peuplements Wolof, qui plus que Serer, sont caractérisés par une plus grande mobilité et une capacité à coloniser l'espace, comme l'a décrit Pelissier (1966). Ainsi, La terre est perçue davantage comme un support des activités agricoles. En outre, la terre n'est pas

pour le moment, l'objet de spéculations ou de transactions et semble amplement suffire aux besoins de production de la communauté.

8.2.3. De l'identité communautaire

Si l'on admet que l'identité repose sur des représentations symboliques et sur des mythes « règles de conduite d'un groupe social procédant d'un élément sacré mais dont le pouvoir s'exerce généralement à notre insu » (Rougemont, 1939), l'on appréhende à sa juste valeur le défi qui se pose au chercheur quand il s'agit de reconnaitre le processus identitaire des personnes, compte tenu du fait qu'on a affaire à la dimension psychique de l'être humain. Cependant, cela s'avère plus aisé quand l'identité est énoncée par les personnes elles-mêmes à travers leurs discours. C'est ce qui est le cas dans notre recherche ou les enquêtés énoncent clairement les fondements de leurs identités communautaires.

Au total, ces fondements identitaires sont relatifs à l'ethnie, la religion, la culture, le terroir et des valeurs.

8.2.3.1. L'identité ethnique

L'ethnie apparait comme un marqueur identitaire dans les cas N° 1 et 2, contrairement au cas N3. Nous l'expliquons par le fait que là, nous sommes en présence d'ethnies minoritaires. Il s'agit d'ethnies qui sont confrontées aux défis de conservation de leurs langues, leurs us et coutumes, face à l'hégémonie de la langue Wolof. Comme toutes les minorités dans le monde, le communautarisme est plus développé chez ses membres. En outre, ce communautarisme revêt un caractère symbolique en ce qu'il s'agit de préserver l'héritage des anciens qui se sont battus contre l'installation des colons dans la ville de Thiès, ou se sont retranchés dans la forêt pour s'y abriter.

Quant au cas N°3 qui est habité par des Wolofs (les peulhs ayant fini par s'installer aux alentours du village, car ayant besoin d'espace pour parquer leurs animaux), l'ethnie n'apparait pas du tout comme un marqueur identitaire. Cela peut aisément se comprendre, car nous nous trouvons en face d'un village Wolof, situé dans une zone majoritairement Wolof. Cette dilution ne rend pas opératoire une identification d'un village Wolof sur la base de l'ethnie. Un village Wolof situé en

plein milieu d'une zone peuplée par une autre ethnie aurait certainement développé un certain communautarisme et une identité ethnique pour se distinguer des autres villages ou pour être distingué par les autres villages.

8.2.3.2 L'identité religieuse

La mention de la religion est omniprésente dans les trois cas qui abritent des populations musulmanes. Cependant, il faut noter que le cas N° 1 est caractérisé par la présence d'une minorité chrétienne vivant en harmonie avec leurs voisins et parents musulmans. Dans les trois cas, les identités confrériques, que ce soit la confrérie Khadr, dans le cas N° 1, la confrérie Tidjane dans le cas N° 2 et la confrérie Mouride dans le cas N° 3, sont prégnantes dans les déclarations et les références.

L'identité confrérique n'est pas « un donné mais est une tâche » comme le veut la sagesse populaire. En effet, elle requiert l'adhésion à des chartes comprenant le respect de pratiques cultuelles surérogatoires, seul ou en groupe. Elle recommande aussi la participation à des cercles d'éducation religieuse non-formelle appelés *dahiras*. Elle est très souvent accompagnée d'actions à portée sociale, telles que des cotisations ou la culture de champs collectifs qui visent à pourvoir les *dahiras* de ressources financières, mais aussi à développer la solidarité et l'entraide entre les membres.

L'identification religieuse au sein de la communauté s'accompagne de pratiques d'organisation et de participation qui peuvent servir de soubassement à des fins de développement communautaire. Dans les cas N° 2 et 3, les leaders de ces confréries jouent un rôle important dans la médiation entre la population et la CdS, en faisant jouer leur influence sur les adeptes pour promouvoir leur engagement au profit de la CdS et en jouant un rôle de modèle à travers leur investissement personnel dans les affaires de la CdS.

Dans le cas N°1, les leaders religieux, de par leur statut, ne sont pas impliqués en tant que tels dans les affaires de la CdS. En outre, les enquêtés n'ont pas révélé une relation entre les structures organisationnelles religieuses et les affaires de la CdS. Cela pourrait s'expliquer par leur

cohabitation et par la relation de parenté avec des chrétiens, qui fait que les références à l'identité religieuse, à fortiori confrérique, dans les actions collectives ne militerait pas en faveur de l'union de tous dans l'action.

8.2.3.3. L'identité culturelle

Nous nous trouvons en face d'anciens villages qui ont plus d'un siècle d'existence comme dans les cas N° 1 et 2; et plus de 70 ans dans le cas N° 3. Donc, nous avons affaire à d'anciens peuplements dont les populations qui partagent la même ethnie et la même langue ont dû recevoir, in situ, un héritage culturel composé de traditions, d'us et de coutumes. Cela est particulièrement vrai pour les cas N°1 et 2 composés de populations Serer qui ont pu mieux préserver leurs traditions en maintenant un type de société plus hiérarchisée et plus cloisonnée, avec de fortes traditions de solidarité familiale et de fraternité d'âges (Pelisssier, 1966).

L'identité culturelle qui s'est construite sur l'identité ethnique et linguistique, les traditions, les us et coutumes, constitue un puissant marqueur, en ce qu'elle établit l'identité pour soi et l'identité par autrui en ce qu'elle est à la fois source d'identité individuelle et sociale (Charaudeau, 2006). L'identité culturelle renforce le rattachement au groupe et sécrète ses propres formes d'organisation et de dynamique de groupe, qui concourt à l'ordre social, notamment les classes d'âges, les initiations et le respect des ainés. En outre, l'identité culturelle favorise la cohésion sociale et l'acceptation des normes sociales qui permettent au contrôle social informel de s'exercer.

L'identité culturelle est fortement marquée et affirmée dans les cas N° 1 et 2. Dans le cas N° 1, l'expression de l'identité culturelle se manifeste à travers l'appartenance de chaque membre de la communauté, quel que soit son lieu de résidence, à une classe d'âge et la participation à ses activités qui acquièrent presque une valeur de rite. Elle se manifeste aussi à travers la participation au Comité de Développement villageois, véritable structure faîtière qui fédère les différentes organisations, y compris les classes d'âges, qui sont mobilisées à des fins de développement telles que l'appui à la CdS et son érection en Poste de Santé.

Dans le cas N° 2, les infrastructures organisationnelles qui permettent à l'identité culturelle de s'exprimer ne sont pas mobilisées au profit de la CdS. Cependant, il apparait que l'identité culturelle joue un rôle important dans la cohésion sociale et l'acceptation des normes sociales telles que le respect des engagements.

Honte ne peut être plus grande que quand la communauté étiquette une personne comme quelqu'un qui ne respecte pas ses engagements. Chef de village

Dans le cas N° 3, l'identité culturelle n'a pas été mise en exergue, ce qui pourrait s'expliquer par le fait qu'il ne s'agit pas d'un caractère distinctif, vu qu'il s'agit d'un village Wolof situé dans un milieu Wolof, contrairement au cas N° 1 et 2.

8.2.3.4 L'identité territoriale, en référence au terroir

L'identification au terroir est affirmée dans les cas N° 1 et 2. Elle s'explique par l'importance accordée au terroir par les Serer None et Serer Safene que l'on retrouve dans ces deux cas. En parlant de la réforme du rôle des matrones indiquant que les accouchements doivent de dérouler dans les postes de santé, un leader religieux a prononcé la phrase suivante pleine de signification, en ce qu'elle révèle son attachement au terroir.

« Je suis né sur cette terre et cela me fait mal que mes enfants ne puissent pas naitre sur cette même terre »

La terre en milieu Serer fait l'objet d'entretiens pour maintenir ses potentialités agricole et pastorale, comme Pélissier (1966) l'a montré. En effet, en pays Serer, la densité de la population explique, en partie, les traditions agraires de ses populations qui ont adopté des techniques de fertilisation des terres, au moyen de la fumure organique produit dans le cadre d'un système agrosylvo-pastorale. Giffard (1974) a bien décrit ce système qui s'appuie sur l'*Acacia Albida*, un arbre fixateur d'azote, qui est littéralement protégé et entretenu dans les champs à des niveaux qui confèrent au terroir un paysage de parc. Cet arbre a la particularité de perdre ses feuilles pendant la saison des pluies et, de ce fait, ne porte pas ombrage aux cultures. En outre, l'arbre produit des

gousses à très haute valeur nutritive pendant la saison sèche, ce qui attire les animaux qui, pendant le temps où ils stationnent sous l'arbre, rejettent leurs déjections qui fertilisent naturellement le champ.

Cela explique que le paysan Serer entretient des relations avec ses champs pendant toute l'année, et non seulement pendant l'hivernage, comme c'est le cas chez les paysans Wolofs. Cette relation à la terre et son attachement aux traditions culturales, culturelles et cultuelles font que les populations Serers sont plus attachées à leur terroir.

Quant aux Wolofs, auxquels s'identifient les populations du cas N° 3, ils ont une tradition plus affirmée de conquête de l'espace (Pelissier, 1966). Leurs techniques traditionnelles de production agricole sont plus rudimentaires et moins conservatrices de la fertilité des terres que chez les Serer. De ce fait, ils ont plus besoin de nouvelles terres pour maintenir leurs niveaux de production agricole ou pour faire face à l'accroissement démographique. Cela induit des relations à la terre de type instrumental, car cette dernière est davantage perçue comme support de la production agricole.

8.2.4.5. L'identité de valeurs

L'importance accordée aux valeurs est fortement marquée dans nos trois cas. Schématiquement, ces valeurs ressortissent des registres du social, du moral, et du religieux, avec des interrelations entre les différents registres.

Dans tous nos trois cas, l'attachement aux valeurs de solidarité et de reconnaissance est fortement affirmé. Il s'exprime particulièrement en termes de solidarité et de reconnaissance en direction des acteurs de la CdS face aux efforts et sacrifices qu'ils consentent au profit de la communauté. La reconnaissance publique d'un membre de la communauté, pour services rendus à la collectivité, est source de fierté individuelle et familiale. Elle vaut tous les sacrifices.

Dans tous les cas N° 1 et 2, les valeurs de respect des engagements pris dans le cadre des actions collectives sont aussi fortement affirmées. Il explique l'engagement des acteurs de la CdS et leur

persévérance devant les difficultés et privations encourues pendant les périodes de vache maigre de leur CdS.

Dans les trois cas, les valeurs d'inspiration religieuse, telles que l'aide à son voisin, la rétribution divine du travail qui bénéficie à son prochain et l'amour de sa communauté sont également présentes dans les discours et matérialisés dans les actes, aussi bien des acteurs de la CdS à travers leur sacerdoce, que des membres de la communauté qui investissent leur temps et leurs moyens financiers pour appuyer la CdS.

Dans le cas N° 3, l'attachement à la valeur du travail élevée au rang de culte, tel que prôné par le Mouridisme, est une référence identitaire des membres de la communauté. Elle est rattachée à l'abnégation et à la résilience dont font montre les disciples de la confrérie Mouride.

Le tableau 13° résume les formes d'expression identitaire concourant au sens de la communauté, telles qu'il résulte de notre interprétation.

Identités	Cas N 1	Cas N 2	Cas N 3
Ethnique	X	X	
Religieuse	X	X	X
Culturelle	X	X	
Territoriale	X	X	
Valeurs	X	X	X

Tableau 13: Formes d'expression identitaire

On remarque que seules les références à l'identité religieuse et à l'identité des valeurs sont présentes dans tous les trois cas. Cependant, c'est la référence à certaines valeurs telles que la solidarité, l'amour de sa communauté, le respect des engagements, etc. qui semblent avoir plus d'impact sur la participation aux actions collectives relatives à la CdS.

Résumé partiel :

Dans les trois cas, les villages ont des origines et des trajectoires différentes qui ont manqué de déteindre, un tant soit peu, sur la nature des communautés qui les composent et sur la manière dont les enquêtés s'identifient à elles dans leurs narratifs. Le sentiment d'appartenance renvoie au sens de communauté. Cela illustre la constitution du capital culturel qui se manifeste à travers différentes formes d'identification communautaire.

Dans nos trois cas, les communautés étudiées partagent la caractéristique d'être des communautés de valeurs. Les valeurs identitaires invoquées s'inscrivent dans un double registre relevant du traditionnel et du religieux.

L'importance du sentiment d'appartenance acquiert une valeur opératoire, en ce qu'elle acte la participation des populations aux actions collectives telles que la construction et la gestion d'une CdS.

Chapitre 9: De l'importance du pouvoir d'agir

Le seul sens de la communauté ne saurait suffire à lui seul pour la création d'une CdS et la gestion dans le temps. Cette dernière requiert une série d'actions collectives qui ont été déclinées dans la première partie de la thèse. Il s'agit d'actions concrètes dont la mise en œuvre fait appel à la capacité et à la compétence de la communauté.

Aussi, la CdS n'est-elle pas un long fleuve au cours tranquille. Elle est l'objet de soubresauts et de déviations déclenchés par des évènements imprévus et incontrôlés qui peuvent à tout moment menacer son existence et sa viabilité, comme relaté dans les enquêtes. La capacité à gérer ces événements, en termes de prises de décision et de mise en œuvre des actions exigées, renvoie au pouvoir d'agir dont les communautés étudiées ont fait montre.

Ainsi, le pouvoir d'agir des communautés se décline en leurs capacités à gérer des événements critiques tels que la traversée des « périodes de vaches maigres » ; la réforme du rôle des matrones, les conflits ; et la capacité à gérer le départ d'acteurs-clés de la CdS.

9.1. Capacité à gérer les événements critiques

Nous entendons, par là, tous les événements critiques pouvant provoquer une perturbation dans le fonctionnement de la CdS et qui sont susceptibles d'entrainer sa fermeture provisoire ou définitive. Ils sont prévisibles (par exemple la fin d'un projet) ou imprévisibles, parce que liés aux aléas de la vie des acteurs. Ils peuvent être dus à des changements intervenant dans le système de santé ou aux dynamiques intercommunautaires.

En effet, c'est pendant qu'une CdS traverse des moments critiques que les communautés sont appelées à puiser au plus profond de leurs ressources morales, matérielles et financières et à faire preuve de détermination et d'ingéniosité pour faire marcher leurs CdS. Cela permet d'assurer la survie de la CdS, et par voie de conséquence, sa longévité et sa continuité. Cela se vérifie pour les CdS étudiées dans les cas N°1, 2 et 3 et créées, respectivement, en 1974, 1998 et 2001, sans jamais avoir connu, pour quelque raison que ce soit.

9.1.1. Capacité à gérer la « période des vaches maigres »

La mise en œuvre des CdS a été effectuée dans le cadre de projets financés par les bailleurs de fonds. Ces projets, en relation avec les systèmes de santé, ont mis en place les structures chargées de la supervision, de l'encadrement technique et des appuis matériels et financiers, institutionnels. Cela correspond à la période des « vaches grasses », périodes pendant lesquelles les CdS ont tendance à fonctionner correctement en remplissant les objectifs assignés par le système de santé. Cela s'explique par le fait que tous les acteurs y trouvent leur compte, au point où, dans ces situations, la paternité de toute réussite est revendiquée, à la fois, par les ONG assurant l'encadrement; par le système de santé, qui en tire un bénéfice en ayant ses indicateurs boostés et par les acteurs de la CdS. L'adage selon lequel « la réussite à plusieurs pères et la défaite est orpheline » s'applique bien à cette situation. Nous avons bien perçu cette situation lors des entretiens en vue de la sélection des trois cas.

C'est, pendant la période des « vaches maigres » correspondant aux périodes pendant lesquelles les CdS sont laissées à elles-mêmes, c'est-à-dire ne bénéficient plus d'encadrement ou de soutiens matériel et financier de la part des ONG et autres partenaires, que l'appropriation communautaire des CdS s'apprécie à sa juste mesure. D'habitude, la durée du financement des projets concernant les CdS s'étale sur quelques années, les financements quadriennaux ou quinquennaux étant les plus fréquents. Même si le financement est renouvelé, il y a souvent une phase de transition, c'est-à-dire de flottement, qui peut durer quelques mois. En cas de fin définitive du projet et de mise en place d'un nouveau projet avec un bailleur de fonds différent, la période d'attente peut durer quelques années. La période de transition correspondant en général à l'interphase de deux projets financés par un partenaire extérieur, ou à la mise en place d'un nouveau projet correspond à un événement critique dans la vie de la CdS. Pendant ces événements critiques, seuls la motivation intrinsèque des acteurs-clés de la CdS et l'engagement de la communauté permettent d'assurer la continuité du fonctionnement de la CdS et sa survie.

Ce genre d'événement critique met à l'épreuve l'engagement des acteurs et leur sens d'initiative pour maintenir la CdS en activité. Ainsi, dans les trois cas, les acteurs ont puisé dans leurs propres ressources morales et psychologiques pour supporter les périodes de « disette ».

« J'éprouvais beaucoup de peine à joindre les deux bouts mais je ne pouvais pas abandonner la CdS au risque de trahir mon engagement à servir la communauté.» Acteurclé dans le cas N°2

« Malgré les difficultés, il me suffisait de penser à l'ancien chef de village qui est à l'origine de la création de la CdS pour me dire que je n'ai pas le droit d'abandonner. » Acteur-clé dans le cas N°1.

« J'ai compris que ce sont les risques du métier, parfois ça marche, parfois ça ne marche pas; donc je patiente » Acteur-clé dans le cas Nº 3

Dans le cas N°1, les formes d'encouragement sont venues de la communauté comme l'illustre la citation suivante :

« J'étais parfois extrêmement découragée pendant ces moments, mais ce sont les anciens qui m'encourageaient et me demandaient de rester » disait l'ASC.

C'est aussi pendant le moment critique dû à la rupture d'encadrement et de manque de ressources matérielles et financières que les communautés doivent faire preuve d'un sens de l'initiative pour trouver des ressources nécessaires au fonctionnement de leur CdS. Dans les cas N°1 et 2, les communautés ont été très habiles en captant des ressources de partenaires extérieures, contrairement au cas N° 3 où la communauté, bien qu'elle soit plus démunie, n'a compté que sur ses ressources propres.

9.1.2. La réforme du rôle des matrones comme événement critique

Depuis 2012, dans le but de combattre la mortalité maternelle et infantile, une directive ministérielle a interdit les accouchements assistés par les matrones dans les CdS. Cette directive stipule qu'en dehors des accouchements inopinés qui peuvent être pris en charge par les matrones dans les CdS pour parer à l'urgence, les accouchements doivent être effectués sous l'assistance d'un personnel qualifié, notamment les sages-femmes et les infirmier(e)s qui opèrent dans les structures de santé situées dans les niveaux supérieurs. Cette réforme, aussi justifiée qu'elle soit,

n'en a pas moins induit une crise dans les CdS, en ce qu'elle a ébranlé leur viabilité et déprécié l'appréciation de leur utilité aux yeux des populations.

En effet, en réponse à la question à savoir si leur CdS a déjà connu une crise, nos interlocuteurs dans nos trois cas ont unanimement répondu par l'affirmative en nommant la crise induite par « l'interdiction » des accouchements dans les CdS.

- « La seule crise que nous avons connue était due à l'interdiction des accouchements au niveau des CdS ». Déclaration au cours du focus group dans le cas N°1
- « L'arrêt des accouchements dans les CDs nous a portés préjudice». Acteur-clé dans les cas N°2
- « L'arrêt des accouchements a découragé notre matrone car elle n'avait plus de travail. » Acteur-clé dans les cas N 2

Si cette réforme a ses justifications, il n'en demeure pas moins vrai qu'elle a eu des conséquences sur le fonctionnement des CdS et sur le rôle des matrones. Ces conséquences peuvent être analysées d'un point de vue objectif et subjectif.

D'un point de vue objectif, l'arrêt des accouchements a provoqué un manque à gagner, aussi bien pour la matrone que la caisse de la CdS. En effet, le tarif établi pour l'acte d'accouchement dans la plupart des CdS est de 2.000 CFA (soit 3 euros) qui reviennent à la matrone, mais dans certaines CdS, une partie de cette somme est prélevée pour alimenter la caisse de la CdS. Il est évident que ce manque à gagner a induit une démotivation dans les rangs des matrones.

« Du jour au lendemain, nous avons perdu l'essentiel de nos ressources. Il ne nous reste que les campagnes pour espérer recevoir une rémunération ». Déclarations au cours des focus groups dans les cas $N^{\circ}1$, 2 et 3.

D'un point de vue subjectif, cette réforme a entrainé une forme d'obsolescence de la fonction de matrone ; et une perte de statut et d'estime de soi dans les rangs de ces dernières.

Il est évident que les matrones les moins motivées ou celles qui avaient embrassé le métier uniquement pour un gain financier, ont eu à négliger la CdS ou à opérer une reconversion en devenant des *Bajenu Gox* dont le programme éponyme, du fait de l'appui politique dont il

bénéficiait, était très attractif à ses débuts eu égard aux perspectives qu'il offrait en termes de gains financiers et de reconnaissance officielle. Dans les cas extrêmes, les matrones ont cessé leurs activités en quittant le champ de la santé.

Dans nos trois cas, les matrones sont toutes restées au poste en évoquant surtout des raisons morales ou spirituelles, en relation avec leurs propres valeurs; ou en évoquant l'engagement qu'elles ont pris à l'égard de leur communauté.

« Je n'ai pas embrassé le métier pour de l'argent » Matrone dans le cas N° 2.

« Même si je ne trouve pas mon compte dans le travail, je crois en la rétribution divine dans le travail que je fais.» Matrone dans le Cas N° 3.

« Ce n'est pas facile mais j'ai pris un engagement pour servir la communauté en toutes circonstances. » Matrone dans le cas N° 1

L'arrêt des accouchements dans les CdS a une autre conséquence sur la perception des populations à l'égard des CdS considérées comme des lieux pour faire « la bobologie », terme qu'on retrouve dans le corpus de recherche.

9.1.3. Capacité à gérer les conflits

Les événements critiques comprennent aussi les conflits engendrés par des crises qui peuvent survenir entre les acteurs-clés de la CdS ou entre ces derniers et les populations. Dans les cas N° 1 et N° 3, aucune crise de ce genre n'est ressortie des données. Cependant, cela ne veut pas dire qu'elles n'ont pas existé, mais l'on pourrait penser que les communautés disposent des systèmes de résolution des conflits de sorte que ces derniers n'atteignent pas un niveau requérant l'intervention des superviseurs ou encadreurs des CdS.

« Nous sommes en mesure de régler nous-mêmes par rapport à tout différend qui puisse survenir dans le cadre du fonctionnement de la CdS ». Déclaration faite au cours des focus group avec les acteurs dans les cas $N^{\circ}1$ et $N^{\circ}3$

Par contre, pour le cas N° 2, un cas de conflit a été mentionné, mais les enquêtés n'ont pas voulu s'épancher sur les détails, malgré notre insistance. Cependant, ils ont révélé l'avoir réglé grâce à l'arbitrage de l'ICP chargé de superviser la CdS. Cela pourrait laisser penser que le conflit était dû à un problème lié au fonctionnement de la CdS.

La CdS fait intervenir une diversité d'acteurs mus par des intérêts propres et des logiques différentes. Elle porte aussi des enjeux de représentation et de pouvoir (Fassin, 1986) qui font que les conflits entre acteurs peuvent intervenir de manière sournoise ou au grand jour, ce qui peut affecter le fonctionnement de la CdS. Enfin la CdS génère ou draine un tant soit peu de ressources financières dont la gestion peut être source de conflits entre les acteurs-clés. L'absence de transparence dans la gestion des fonds ou d'un système de redevabilité peut aussi être source de suspicion de la part des membres de la communauté, ce qui peut provoquer leur désengagement ou leur désintérêt des affaires de la CdS.

Il apparait que les conflits n'ont pas impacté les CdS dans nos trois cas. Cet état de fait peut être interprété par la confiance mutuelle qui existe entre les membres de la communauté dans les trois cas et qui est un élément du capital social attribuable à chacune des trois communautés. Cependant, les conflits sont inhérents à la vie de groupe. C'est la capacité à gérer les conflits en utilisant les mécanismes de régulation sociale qui émanent aussi du contrôle social informel, autre élément du capital social ; ou à accepter l'arbitrage du système de santé (comme dans le cas N° 2) qui permet de surmonter les moments critiques dus aux conflits.

9.1.4. Capacité à gérer le départ d'acteurs-clés de la CdS

Le départ d'un acteur-clé de la CdS constitue un moment de rupture et peut affecter la continuité des services. Les cas N° 1 et 3 ont été confrontés à l'abandon d'acteurs-clés. Dans le cas N°1, les deux matrones qui avaient ouvert la CdS et qui avaient une réputation avérée d'accoucheuse ont décroché en 2004. En effet, constatant que le poids de l'âge commençait à peser sur les deux matrones, la communauté a su prendre les devants et organiser la relève sans anicroche en envoyant en formation l'actuelle ASC/matrone qui a pris le relais depuis lors.

« Nos deux matrones avaient tout donné. Il fallait les laisser se reposer car elles étaient âgées ». Chef de village du Cas N°1

Quant au cas N°3, l'ASC a été débauchée par une ONG en 2012, mais c'est elle-même qui a organisé la transition en encadrant la matrone avec qui elle travaillait pour qu'elle joue le rôle d'ASC, jusqu'à ce que la communauté ait trouvé une solution de rechange en recrutant en 2013 une infirmière qui est payée sur fonds propres. Il faut signaler que la première ASC n'est pas originaire de la communauté mais a fini par nouer des relations avec les populations qui font qu'elle continue à fréquenter le village même après son départ. Cela renseigne sur son appréciation du travail d'ASC dans cette communauté.

« Bien que notre ASC travaillât en ville, elle venait passer les weekend au village et consacrait son temps à encadrer la matrone qui faisait office d'ASC ». Un acteur-clé du cas N°3

Par contre, pour le cas N°2, c'est la même ASC/matrone qui est en place depuis l'ouverture de la CdS en 1998. Cette permanence s'explique d'abord par des raisons familiales qui font qu'elle n'a pas eu à déménager, mais aussi par la vocation qu'elle a pour son métier.

- « Tous ces adolescents que vous voyez ici sont nés dans cette CdS grâce à l'assistance de notre ASC/matrone ». Chef de village
- « Malgré le fait qu'elle n'arrive pas à vivre de son travail, elle s'accroche. Je l'encourage car j'ai compris qu'elle aime ce qu'elle fait ». Mari de l'ASC/Matrone

Ainsi, la permanence des acteurs-clés de la CdS ou la capacité de la communauté à assurer la relève des acteurs-clés en organisant leur remplacement permet d'assurer la continuité des services des CdS. Cela met, en jeu, aussi bien l'engagement individuel des acteurs-clés concernés, que la capacité de la communauté à prévoir et organiser et accompagner le changement.

9. 2. Manifestations du pouvoir d'agir

L'existence d'une communauté, au sens d'un espace de confiance et de réciprocité, alimente les manifestations du pouvoir d'agir qui s'exprime à travers différents facteurs qui sont en interrelations. Il s'agit de :

- la prise d'initiatives et le partage des motifs qui justifient la création de la CdS;
- la compréhension des enjeux de santé et l'érection de cette dernière au rang de priorité ;
- le partage d'une ambition pour régler les problèmes de santé ;
- la pro-activité dont les communautés ont fait montre ;
- l'existence d'initiateurs et de médiateurs de la participation ;
- une organisation communautaire déjà ancrée ;
- la mise en œuvre de stratégies d'engagement communautaire ;
- la capacité à tisser un partenariat fécond;
- l'existence de membres de la communauté ayant des compétences dans le domaine du développement;
- la capacité à faire fonctionner des organes de représentation.

Ces déclinaisons du pouvoir d'agir sont ci-dessous expliquées.

9.2.1. Prise d'initiatives et motifs de la création de la CS

De manière générale, d'après les données empiriques découlant des entretiens avec les informateurs-clés, l'initiative de la création d'une CdS est portée par un agent extérieur, (individu ou organisation) ou par un agent (individu ou organisation) appartenant à la communauté. Dans le premier cas, la CdS rentre dans le cadre d'un projet de santé financé de l'extérieur en tenant compte de critères géographiques, démographiques ou stratégiques pré-établis pour le choix des villages d'accueil. Souvent, le choix fait appel à des études, en vue de maximiser les chances de réussite du projet. Dans le second cas, l'initiative de la construction d'une CdS peut émaner d'une personne ou d'un groupe à l'intérieur de la communauté qui arrive ensuite à obtenir l'adhésion de la communauté au sens large. Cependant la phase de construction de la CdS proprement dite implique l'accès à un financement qui peut être mobilisé en faisant appel aux ressources de la communauté et/ou de partenaires extérieurs (Communauté Rurale d'entan, ONG, etc.)

Le fait que la CdS émane d'une initiative interne caractérise nos trois cas. Ainsi, pour le cas N° 1, c'est l'ancien chef de village qui est à la base de la création de la CdS; pour le cas N° 2, il s'agit du groupement de femmes; et pour le cas N°3, d'une action concertée de leaders. Le portage de l'idée de création de la CdS met en exergue la personnalité et le statut de l'agent qui déterminent sa crédibilité et sa capacité à expliquer les motifs qui sous-tendent la création de la CdS, afin d'obtenir l'adhésion de la communauté.

La première raison de la création des CdS invoquée dans tous les trois cas est liée au besoin de disposer d'un lieu où les femmes peuvent accoucher. Cela est étayé par les nombreuses citations ci-dessous présentées pêle-mêle.

- « Il nous fallait aller jusqu'au lointain PS pendant la nuit pour l'évacuation des femmes sur le point d'accoucher. Cas N°3
- « Vraiment, nous étions fatigués car, pour accoucher, nos femmes devaient parcourir plus de 15 kilomètres pour arriver au PS. Au cours du trajet, tout pouvait arriver. Donc, nous nous sommes dit qu'il faut changer de méthode et tout faire pour avoir notre propre CdS. » Cas N°2
- « Nous avons eu à perdre des femmes au cours de leur évacuation du fait de l'éloignement du PS et de l'état de la route pendant l'hivernage » ; Cas N°2

- « Un accouchement peut survenir à n'importe quel moment, d'où l'importance de disposer d'une CdS où la matrone peut aider les femmes à accoucher » Cas N°3
- « Nous avions des problèmes pour les accouchements car il nous fallait parcourir des kilomètres et des kilomètres. C'est vraiment ce qui nous a motivés à créer la CdS » Cas $N^{\circ}3$
- « Bien que le PS ne soit qu'à quelques kilomètres, l'état de la route et le manque de moyens de transport pendant la nuit rendaient l'évacuation des femmes enceintes extrêmement difficile et risquée. » Chef de village N° 1

De manière secondaire, d'autres raisons sont évoquées telles que des raisons de convenance (Cas N°1), de pertes de temps dans la recherche de soins (Cas N°3) et d'aggravation des maladies due à l'accès aux soins (cas N° 2).

- « Ce qui nous a le plus motivés, c'est que les deux PS que nous fréquentions sont éloignés. Quand il y a un malade, il devait aller se soigner là-bas et cela prenait du temps. Les gens aussi devaient aller lui rendre visite ce qui prenait aussi du temps. C'est pour cela que nous sommes battus pour que les gens puissent se faire soigner ici» Cas N° 3
- « Auparavant, on avait beaucoup de difficultés, Vous pouviez avoir votre enfant que vous deviez faire vacciner au centre de santé de la localité et Il passer y passer toute la journée » Cas N°2

Dans une moindre mesure, d'autres motifs tels que la possibilité d'aggravation de la maladie du fait des conditions de voyage difficiles, du climat et des conditions de séjour sont évoqués.

« Il n'existait pas de route et il fallait voyager par charrette. Il n'était pas évident de trouver une charrette. Donc si vous devez transporter votre enfant malade dans ces conditions, sous le vent chaud et sec, sans compter les conditions de séjour à l'hôpital. Tout cela peut entrainer une aggravation de la maladie, même après avoir reçu des soins. » Cas N°3

9.2.2. La compréhension des enjeux de santé; et la santé comme priorité

Dans un pays en voie de développement comme le Sénégal, les populations en zone rurale vivent dans des conditions précaires au point que tous les secteurs de développement peuvent être considérés comme prioritaires. Cela ressort dans les propos des communautés qui n'ont cesse de l'exprimer, même en parlant au praticien-chercheur que je suis. Cependant, devant l'impossibilité de prendre en charge tous les problèmes en même temps, elles sont obligées de dégager des surpriorités parmi les priorités. C'est le cas de nos trois cas où, la santé apparait comme la priorité des priorités, si l'on en juge par le niveau de développement des infrastructures de santé, comparés aux autres infrastructures communautaires.

Ainsi, dans le cas N°1, la CdS et le complexe dans lequel elle se situe constituent les édifices les plus imposants et les plus anciens dans le village. Le développement de l'école publique est bien postérieur à la création de la CdS. L'érection de la CdS en poste de santé en 2015 procède de cette volonté de prioriser le développement de la santé.

Dans le cas N° 2, la CdS est l'unique infrastructure communautaire en dehors des édifices religieux et des deux écoles coraniques. Le village ne dispose pas d'école élémentaire et les enfants sont obligés de fréquenter l'école publique dans un village limitrophe.

Enfin dans le cas N° 3, la CdS est la première infrastructure communautaire, l'école n'ayant été créée que bien après. Le plus frappant est que le niveau de développement de la CdS confié à une infirmière entièrement payée par la population et la récente érection de la CdS en PS est sans commune mesure avec la démographie du village, sa position géographique, et le niveau des revenus des populations. Tous ces efforts, ces sacrifices, dirions-nous, montrent les efforts que la population accorde à la santé.

Nous attribuons cette priorité accordée par la population à la santé, dans nos trois cas, à la compréhension des enjeux de la santé par les leaders de la communauté, laquelle résulte de leurs

parcours personnels qui sont d'ordre expérientiel ou éducationnel. Dans le cas N° 3, aucun des leaders communautaire n'a fréquenté l'école occidentale, mais certains sont lettrés en arabe. Quant aux cas N° 1 et 2, la plupart des leaders ont fréquenté l'école française ou ont une expérience professionnelle dans le domaine du développement. Le cas N°2 comporte aussi des lettrés arabisants.

De manière générale, les leaders font clairement l'articulation entre santé et productivité agricole, santé et performance scolaire, santé et pauvreté, santé et bien-être.

« Tout le monde est conscient que sans santé, on ne peut pas étudier ou travailler. Sans la santé, il ne peut y avoir de développement ou de réussite scolaire. Leader dans le cas N° 2.

« Le développement commence d'abord par la santé des populations. Sans bonne santé, on s'enfonce dans la pauvreté et on n'est pas en mesure de faire face aux autres besoins de la vie. Leader dans le cas N° 1.

« On ne peut pas parler de développement sans santé. Il faut d'abord être en bonne santé avant de pouvoir penser au développement. » Leader dans le cas N° 2

9.2.3. Le partage d'une ambition

Orison Sweet Marden (1848-1924) affirmait : « Il y a une puissance créatrice formidable dans la concentration continuelle de l'esprit sur un désir, une ambition. Cette concentration développe un merveilleux pouvoir pour attirer, pour créer les choses après lesquelles nous soupirons ». Cette citation, bien qu'elle fasse référence à l'individu, pourrait bien s'appliquer à nos trois communautés étudiées. En effet dans les cas N° 1 et 3, les péripéties relatives à la création de la CdS et l'évolution de cette dernière en PS traduisent une ambition proclamée et partagée qui a servi, entre autres, comme facteurs de mobilisation communautaire.

L'ambition peut émaner d'individus comme dans le cas N° 3 où ce sont des leaders religieux et coutumiers qui ont nourri l'ambition de disposer d'abord d'un forage, ensuite d'une école et enfin d'une CdS. En s'appuyant sur leur image de personnes respectées, ils ont réussi à rallier la communauté autour de leurs ambitions.

Dans les cas N° 1 et 2 les ambitions émanent de groupements d'individus partageant les mêmes objectifs. Dans le premier cas, il s'agit essentiellement du Comité de Développement villageois et des groupements de femmes qui insufflent les ambitions à toute la communauté. Dans le second cas, il s'agit essentiellement du groupement de femmes dont les ambitions ont été adoptées par les hommes.

Dans le cas N° 1, la communauté est loin de manquer d'ambitions concernant son développement. Leurs ambitions reflètent le niveau d'organisation communautaire qui amène les populations à se mobiliser autour d'aspirations partagées et de se donner les moyens pour les réaliser.

Dans le cas N° 3, le credo de la communauté est de viser toutes ambitions qui puissent être réalisées à force de travail et d'abnégation. Dans le cas N° 2, l'ambition constitue beaucoup moins une force motrice en dehors de ce que nous avons observé avec la CdS. En effet, la communauté bénéficie davantage du partenariat qui semble être attiré par les atouts et états de service de la CdS.

Au cours des focus groups, et au cours de plusieurs entretiens individuels, la proclamation de l'ambition de voir leurs CdS érigées en Poste de Santé est revenue comme un leitmotiv dans les cas N° 1 et 3, et seulement une fois dans le cas N° 2 par la voix du Président du CoS. Faits notables survenus, moins d'un an après le démarrage de notre recherche dans le cas N° 1, plus précisément en novembre 2015, la CdS a été érigée en Poste de Santé. Quant au cas N°3, l'érection en Poste de Santé est intervenue en janvier 2017.

9.2.4. Une démarche proactive

Dans le champ socio-sanitaire caractérisé par des besoins concurrents, il est important pour une communauté de savoir « lire » l'avenir, d'anticiper le cours des évènements et de se positionner en ayant les atouts en main.

Les communautés, dans nos trois cas, on fait preuve de pro-activité en envoyant chacune une femme en formation d'ASC/matrone, bien avant qu'elles ne disposassent de CdS. Il ne s'agissait pas là d'une mince affaire car la formation de matrone se déroule au niveau des centres de santé et exige que la candidate s'installe en ville pour une période de six mois environ, à ses propres charges et sans rémunération.

Cette formation anticipée des matrones présente deux avantages pour la communauté. Le premier est qu'elle permet à la communauté de disposer d'une matrone vraiment motivée et prête à consentir les sacrifices nécessaires à sa formation. En effet, le fait d'accepter de passer six longs mois en ville à ses propres frais, dans le seul espoir de travailler dans une CdS qui n'est pas encore créée, constitue un véritable test de motivation.

Le second avantage est que, le fait de disposer d'une ASC/matrone déjà formée permet à la communauté de disposer d'une longueur d'avance par rapport à des communautés concurrentes; et de fournir un gage d'engagement à l'égard des autorités sanitaires chargées d'accorder les autorisations nécessaires à l'ouverture de la CdS ainsi que de potentiels partenaires susceptibles d'apporter les financements nécessaires.

Il y aurait une relation entre la pro-activité et l'ambition d'une communauté, en ce que cette dernière est obligée d'anticiper certains événements et décisions concernant la marche et l'évolution de leur CdS, au lieu de se complaire dans une situation de routine. Cela suppose que la communauté ait des ambitions pour faire évoluer sa CdS.

9.2.5. Les médiateurs de la participation communautaire:

L'on note dans nos cas ; l'existence de structures qui portent la participation, mais également de personnages, pas nécessairement leaders classiques, mais disposant d'une autorité ou d'un pouvoir leur permettant d'exercer une influence sur les membres de la communauté. En réalité, leurs capacités d'influence proviennent surtout de leur sagesse, de la crédibilité qu'ils se sont forgés à l'égard de la population, de leur intérêt pour le développement de leur communauté et de leur

investissement sur une base volontaire (Zambar et Itzaki, 2013). Ils sont perçus comme et agissant comme un symbolisme pour le changement (Sullivan, 2007). Ainsi, d'autres dénominations telles que facilitateur, catalyseur, initiateur et activiste sont employées en lieu et place de leader communautaire (Flowers et Wadell, 2004). Ces différentes dénominations renseignent sur le type d'action à travers laquelle l'influence est exercée.

Nos données empiriques font apparaitre le rôle déterminant exercé par ces médiateurs de la participation dans la création et le développement des CdS. Il s'agit essentiellement de leaders religieux (imam et/ou éducateur religieux), leaders coutumiers (notables), leaders chefs de villages, leaders d'associations villageoises et leaders de groupements féminins.

Le tableau 14 suivant illustre les types de médiateurs (individus ou groupes) ayant joué un rôle déterminant dans chaque CS.

Types de médiateurs	Cas 1	Cas 2	Cas 3:
Leader religieux		X	X
Leader coutumier	X		X
Chef de village	X	X	
Association	X		
villageoise			
Commission santé	X		
Groupement féminin		X	X
Association de jeunes	X	X	

Tableau 14 Mobilisateurs communautaires

Dans le cas N° 1, La CdS a été initiée par un chef de village, aujourd'hui disparu. L'actuel chef de village est très impliqué dans la gestion de la CdS (devenue maintenant poste de santé). Il est représenté, dans chacun des quatre quartiers du village par un notable (leader coutumier), chargé de relayer l'information aux populations vivant dans le quartier.

L'Association pour le Développement villageois, organisation faîtière, joue un rôle important dans la mobilisation des membres de la communauté et dans la recherche de financements en dehors du village.

Le leader de l'association des jeunes a pour rôle de mobiliser les jeunes. Il faut signaler qu'il n'y a pas de leaders religieux qui jouent un rôle actif dans le fonctionnement de la CdS. Le village dispose de quatre imams qui sont juste informés des problèmes concernant la CdS en guise de respect de leur statut de responsables moraux. Une fois saisis par le chef de village, leurs rôles consistent à donner une caution morale et une bénédiction concernant les plans établis en vue de prendre en charge les affaires de CdS.

Pour le cas N° 2, la CdS a été initiée par le groupement de femmes. On note l'important rôle joué par les deux leaders religieux (l'imam et le maître coranique), surtout dans la motivation des membres de la communauté, en apportant une caution morale aux actions initiées et, surtout, en s'impliquant activement. Le chef de village est un des piliers de la CdS du fait de sa présence, de son engagement et de sa capacité à participer aux activités de la case. Il pourrait même être considéré comme un acteur-clé de la CdS, tellement sa présence est notable.

Dans le cas N° 3, on note la présence d'un collège de leaders, initiateurs de la CdS comprenant l'ancien chef de village, un leader coutumier (un ancien) et un leader religieux (éducateur islamique) avec, en plus, l'épouse de l'ancien chef de village. Un rôle important n'a pas été attribué à l'actuel chef de village, à part qu'il est tenu informé. La Présidente du groupement féminin, trésorière du CoS est la cheville ouvrière de la CdS en termes de mobilisation des femmes et de gestion vertueuse des fonds de la case. Le leader religieux et le leader coutumier restent toujours impliqués dans les affaires de la case.

En résumé, l'engagement des leaders pourrait s'expliquer par leur prise de conscience des enjeux de la santé, le fait d'assumer les responsabilités morales leur incombant et l'empathie nourrie à l'endroit des catégories de la population que leurs valeurs obligent à protéger.

9.2.6. La synergie des organisations communautaires :

La présence de différentes organisations communautaires dans la gestion des affaires de la CdS est une caractéristique de nos trois cas. Une organisation renvoie aux structures, méthodes et le mode de fonctionnement qu'un groupe se donne pour atteindre les objectifs qu'il s'est fixé (Rifkin, 1988).

Nous nous trouvons en face d'organisations dont la vocation première, à l'exception d'un seul cas, n'est pas la santé, tel qu'il ressort du tableau 15

Associations	Vocations	
Groupement de femmes	Solidarité entre les membres. Activités	
	génératrices de revenus	
Association Sportive et Culturelle (ASC) Sport et culture		
Association de Développement Villageois	Développement communautaire	
Commission Santé	Santé	
Groupes de générations	Solidarité entre les membres.	
Groupe des anciens	Solidarité entre les membres. Régulation sociale	

Tableau 15: Vocations des organisations communautaires

Le cas N°1 est un village très bien organisé et structuré. Il dispose de trois groupements féminins qui s'activent dans le domaine du maraichage, de l'épargne et des activités génératrices de revenus. En outre, le village dispose d'une association de développement villageois qui réunit tous les membres de la communauté. Elle est structurée en commissions dont celui de la santé et s'active pour le développement global du village en réalisant des projets dans les domaines de l'éducation, de la santé et des infrastructures communautaires.

Dans le même ordre d'idées, les membres de la communauté sont regroupés en classes d'âges appelées générations. Ceux qui sont nés pendant la même période de deux années calendaires appartiennent à la même génération. Ils se retrouvent périodiquement pour des activités d'animation ou autres.

Le groupe des anciens est consulté pour qu'il donne une caution morale aux décisions et actions envisagées. Il n'y a pas de cloisons étanches entre les groupes, vu que l'on observe que certaines personnes se retrouvent dans différents groupes et il existe un système de parrainage. Chaque classe d'âges se choisit un parrain ou une marraine appartenant à une classe supérieure.

L'ensemble de ces groupes sont mobilisés chaque fois que de besoin pour appuyer la CdS, surtout lorsqu'il s'agit de mobiliser des fonds. Le village dispose aussi d'une Association sportive et culturelle dont l'équipe de football joue les premiers rôles dans la zone.

Dans le cas N° 2 existe un seul groupement féminin avec une forte capacité de mobilisation car elle regroupe toutes les femmes du village. Les jeunes femmes y côtoient leurs mères. Le groupement s'adonne au maraichage, en plus de la pratique de *tontine* (système d'épargne et de crédit fonctionnant sur une base rotative). Les jeunes du village sont regroupés dans une Association sportive et culturelle. Le groupement féminin est l'initiateur et la cheville ouvrière de la CdS. Les jeunes issus de l'ASC sont sollicités pour appuyer la case surtout pendant les campagnes de mobilisation sociale.

Dans le cas N° 3 s'active un seul groupement féminin. Cependant, ce dernier est caractérisé par un dynamisme et une motivation impressionnante. Les membres du groupement féminin s'adonnent à la tontine et à des actions génératrices de revenus telles que la location de chaises, de bâches et de marmites pour les cérémonies. Il bénéficie de l'appui bienveillant des hommes. Le groupement des femmes est présent dans toutes les affaires de la CdS.

L'existence de ces organisations est monnaie courante dans les villages au Sénégal. Cependant, ce qui fait leurs particularités dans nos trois cas, c'est la flexibilité qui les caractérise et qui leur permet de transcender leurs principales missions pour embrasser la cause sanitaire. Nous interprétons cette flexibilité des organisations par leur compréhension des enjeux de la santé qui interpellent leurs communautés, mais aussi, par l'existence de relations horizontales entre organisations, faites de dialogue entre organisations, ce qui leur permet de se mobiliser pour la même cause. Cela renvoie au concept de capital social de type pontant (Szerter et Woolcock, 2004). Que nous attribuons à l'action de médiateurs communautaires capables de faire la liaison entre organisations, plutôt qu'à une forme d'organisation communautaire conçue à dessein.

9.2.7 Initiatives et stratégies d'engagement

Dans chacun des trois cas, la communauté ne cesse de déployer des stratégies pour trouver des ressources additionnelles en vue d'assurer le fonctionnement ou le développement de la CdS. La

conception de ces stratégies nécessite une concertation, un engagement et une mobilisation de la communauté.

Le tableau 16 résume les différentes initiatives qui ont été prises par les communautés dans chacun des trois cas étudiés.

Cas 1	Cas 2	Cas 3
Formation de la matrone avant l'implantation de la CdS Premier bâtiment de deux pièces abritant la CdS construit avec l'aide d'un partenaire.	Formation de la matrone avant l'implantation de la CdS Champ exploité par le groupement de femmes dont les recettes ont été utilisées pour établir la fondation de la	Formation de la matrone avant l'implantation de la CdS Premier bâtiment de la CdS construite en partenariat avec CARITAS.
Mur de clôture construit grâce à un partenariat avec les Eclaireurs	CdS Plaidoyer auprès de la communauté rurale qui a financé une partie du bâtiment	Construction d'un mur de clôture et branchement en mobilisant les moyens financiers de la communauté
Deuxième bâtiment ayant abrité la CdS avant son érection en poste de santé construit avec l'aide d'un partenaire.	Etablissement d'un partenariat avec une ONG et un mécène européen qui ont terminé le bâtiment, équipé la CdS et fournit un appui matériel régulier à la CdS	Engagement d'une infirmière payée sur fonds propres de la CdS
Mise en place d'un poulailler financé par un mécène pour générer des revenus en faveur de la CdS	Investissements humains réguliers pour entretenir l'aire de la CdS	Construction d'un deuxième bâtiment et d'un dépôt pharmaceutique en mobilisant les moyens financiers de la communauté pour préparer le l'érection de la CdS en poste de santé
Distribution de lettres de demande de soutien à des personnalités et ressortissants du village	Cotisations des ménages en cas de besoin pour appuyer le fonctionnement de la CS	Cotisations des ménages collectées en cas de besoin
Cotisations provenant des groupements, association et des individuels ayant servi à équiper la CdS		Location de bâches, chaises et marmites par le groupement des femmes. Une partie des recettes est versée à la CdS
Plaidoyer ayant abouti à l'érection de la CdS en poste de santé		Versement d'une partie de recettes de la batteuse à la CdS

Tableau 16 : Prise d'initiative des communautés.

Il apparait que les formes de stratégie déployées dans nos trois cas sont de deux types : Les démarches de recherche active de partenaires et la mobilisation de ressources propres par la communauté. Cependant, si ces formes de stratégie sont présentes dans chacun des trois cas, elles n'ont pas la même ampleur.

La recherche active de partenaires consiste à contacter directement un partenaire ou par l'intermédiaire d'un ressortissant pour le convaincre d'appuyer la CdS. L'attraction de partenaires consiste à accroitre la visibilité de la CdS en agissant sur son fonctionnement, en vue d'attirer des partenaires à la recherche d'un bon investissement. En effet, il faut signaler que pour chacun des trois cas, il y a une bonne compréhension des enjeux de la CdS, notamment le fait que la réussite de la CdS est source d'attractivité à l'égard des autorités sanitaires et des partenaires.

« Nous n'avons ménagé aucun effort pour que notre CdS marche et réponde aux normes. C'est pour cela que tout partenaire qui rentre dans le District est orienté vers notre CdS. » Président du CoS dans le cas N° 2.

Dans le même ordre d'idées, dans les trois cas, il existe une volonté explicite de faire évoluer la CdS en poste de santé, en faisant valoir l'argument de la réussite de la première. Ce qui revient à dire que les communautés sont capables de formuler des projets, pilier du pouvoir d'agir selon Ricœur. L'érection en poste de santé permet d'accéder à davantage de ressources et de soulager la communauté du fardeau qui consiste à assurer les ressources nécessaires au fonctionnement de la CdS, considérant que le fonctionnement et la viabilité d'un poste de santé incombe aux autorités sanitaires et collectivités locales.

Dans le cas N°1, 1a communauté s'est surtout appuyée sur la recherche active de partenaires pour créer et faire fonctionner la CdS. Cela est valable pour le cas N°2, mais dans une moindre mesure, car la recherche de partenaires ne découle pas d'une initiative concertée de la communauté, mais est l'œuvre d'un ressortissant du village basé à l'étranger. L'on pourrait interpréter cette propension à la recherche de partenaires pour la CdS, comme traduisant l'existence d'une certaine culture de projet ou l'existence de personnes ressources au sein de la communauté, ou y vivant et possédant une certaine expertise dans la recherche de financements pour des projets. La CdS est ainsi assimilée à un projet de développement comme tous les autres projets communautaires.

Par contre, la communauté dans le cas N° 3 s'est surtout appuyée sur ses propres ressources. Les leaders religieux donnent d'abord l'exemple en offrant des sommes importantes avant de demander au commun des membres de la communauté de participer sous formes de cotisations qui sont gérées au niveau des structures communautaires existantes. Pour ne pas dépendre des cotisations et avoir des rentrées d'argent de manière régulière, le groupement des femmes a mis en place un système de location de chaises et d'ustensiles de cuisine pour les cérémonies. Une partie des revenues est versée à la CdS. Cependant, il faut reconnaitre que le système de cotisations et d'activités génératrices de revenus telles que celles décrites dans le Tableau N° 16 sont monnaie courante dans les communautés sénégalaises, mais, elles sont confrontées à un problème de durabilité. Sans confiance entre les membres et sans gestion des fonds saine et transparente, ce qui stipule l'existence d'une dotation en capital social, les membres cessent de cotiser et l'activité génératrice de revenus périclite du fait de la mauvaise gestion des fonds. Cela nous permet de confirmer la forte cohésion sociale dans le cas N° 3 qu'on pourrait attribuer à l'existence d'un capital social de type liant.

Quant au cas N° 2, l'activité génératrice de revenus, à savoir, le jardinage, est présent du début de la CdS à nos jours. L'on peut même affirmer qu'elle est consubstantielle à la CdS qui est construite dans un espace conçu pour des activités de production agricole avec le dessein de mettre en valeur l'espace au profit de la CdS.

- « C'est avec l'argent issu du jardin que les femmes ont acheté les deux premiers tonnes de ciment qui ont permis de commencer la construction de la CdS. » Acteur de santé dans le cas N $^\circ 2$
- « L'espace sécurisé de l'enceinte de la CdS nous permet de faire du maraichage sans craindre la divagation des animaux. » Présidente du groupement de femmes dans le cas N° 2

Dans le cas N° 1, l'allocation à la CdS, dans le passé, de ressources financières provenant de jardins entretenus par les groupements de femmes a été évoquée. Cependant ces jardins n'avaient pas été

créés pour les besoins de la CdS comme dans le cas N° 2. Nous nous trouvons dans le cas d'une solidarité horizontale entre organisations communautaires qui est facilitée par le fait que ce sont les mêmes personnes qui sont membres de différentes organisations communautaires.

En général, la création de jardins et de champs collectifs pour appuyer les CdS constituent les archétypes des stratégies de mobilisation des fonds pour les CdS au Sénégal, Cela pourrait s'expliquer par le fait que ces types d'activités sont familières aux populations, car correspondant à leurs activités principales.

Le recours au partenariat apparait aussi comme consubstantiel au processus de création et d'évolution de la CdS dans le temps. Nous l'interprétons par le fait que le partenaire permet à la CdS d'accroitre sa visibilité et sa crédibilité, tout en prenant en charge des investissements lourds tels que les constructions et l'équipement qui, s'ils ne sont pas au-delà des moyens de la communauté, nécessiteraient plus de temps pour permettre la mobilisation des ressources nécessaires.

Dans les cas N° 1 et 2, la capacité à nouer des partenariats ou à s'attirer des opportunités de partenariat s'explique par le fait que les communautés disposent de membres vivant dans le village ou à l'étranger, qui sont en contact avec des partenaires, portent leurs discours auprès d'eux et, ont la capacité de les convaincre. Ce sont les *boundary crossers*, personnes pouvant se déplacer entre deux ou plusieurs domaines, comprenant les valeurs, cultures et langages et ayant la confiance des deux domaines situés dans ou en dehors de la communauté. (Kilpatrick, 2002).

« Il y a un fils du village qui vit en France. C'est lui qui nous envoie les partenaires. Une fois sur place ces derniers se rendent compte que nous sommes très motivés et bien organisés, ce qui les rassure.» Leader cas N 2.

« Un de nos fils travaille dans les ONG et joue un rôle important dans l'ADV. Il nous a beaucoup aidés car il sait comment faire pour décrocher des financements. Leader cas N° 1

« Dans notre village, il y a plusieurs personnes qui ont travaillé dans le développement à travers le Sénégal et ont gardé des relations » dans ce secteur. Leader Cas N° 1

La communauté, dans le cas N° 3, ne bénéficie pas de cet atout. Cependant, du fait de l'image de réussite qu'elle dégage et qui est sans commune mesure avec les moyens dont elle dispose la CdS attire l'attention des élus locaux et des autorités sanitaires, qui chaque fois que l'occasion se présente, appuient la CdS so it sur le plan matériel (allocation de lits provenant d'un don au Conseil Municipal par le Maire) ou sur le plan symbolique, en montrant une attention bienveillante ayant conduit à l'érection de la CdS en PS.

9.2.8. La valorisation et mobilisation des compétences individuelles

Dans chacun des trois cas, la compétence des acteurs-clés tels que la matrone et l'ASC est unanimement reconnue et explique l'utilisation de la CdS. Les participants soulignent que les acteurs-clés ont suivi une formation initiale et continuent de se recycler en participant à des formations organisées par les ONG ou le système de santé. La reconnaissance de la confiance des acteurs-clés nourrit la confiance de la population, ce qui favorise l'utilisation de la CdS.

Il n'est pas évident que les acteurs de la CdS aient l'ensemble des compétences nécessaires à son fonctionnement, afin de prendre en charge les problèmes de la CdS. Il peut s'agir de compétences techniques nécessaires à la fourniture de soins de base ou de compétences molles (*soft skills*) de nature interpersonnelle, sociale et communicationnelle. Ainsi, dans nos trois cas, l'on note l'intervention d'autres membres de la communauté qui, selon les circonstances, viennent en appui à la CdS en apportant leur savoir-faire.

Dans le cas N° 1, il s'agit de compétences techniques telles que le montage de projets à présenter aux partenaires ou la mise en œuvre de stratégies d'engagement communautaire.

« Dans notre village, il y a des agents de développement qui ont bourlingué sur beaucoup de terrains. Ils mettent leur expérience à la disposition du village, plus particulièrement de la CdS. » Chef de village du Cas N° 1.

Dans le cas N° 2, l'ASC/matrone reçoit l'assistance du Président du CoS dans la rédaction des rapports et la tenue des archives. Cela permet à la CdS de remplir ses obligations vis-à-vis du système de santé, ce qui renforce sa visibilité.

Dans le cas N° 3, il n'y a pas des compétences de ce type. Cependant, les deux leaders religieux détiennent des compétences sociales et une capacité à plaider les causes de la CdS.

« Pas plus tard qu'hier, mon grand-père (un des leaders religieux) m'a appelée pour que je lui écrive une lettre en français destinée à une ONG basée à Touba pour solliciter une assistance pour terminer le logement de l'infirmière. » L'ancienne ASC dans le cas N° 3

Dans tous les trois cas, nous nous trouvons en face de l'implication volontaire de membres des communautés ayant compris les enjeux liés au CdS et décidés à apporter leurs compétences.

9.2.9. La facilité et la capacité à organiser des réunions

La capacité à mener des actions collectives passent d'abord par la capacité à réunir la population, ses représentants ou un groupe donné. Il ne s'agit pas là d'une sinécure considérant les potentielles entraves à la tenue de réunions telles que le manque de temps, les calendriers conflictuels, les jeux de pouvoir, les conflits, etc.

Une remarque valable, pour les trois cas que nous avons étudiés dans les villages concernés, c'est qu'il est très facile d'y organiser des réunions. En effet, dans le cadre de notre recherche, il nous est arrivé à plusieurs reprises, dans des délais très courts pour des raisons de calendrier, de solliciter auprès du chef de village ou de l'ASC une rencontre avec un groupe donné. En dépit du court délai, les personnes sollicitées répondaient présents, même si l'heure de la convocation n'est pas respectée.

Nous attribuons cela à deux facteurs. Premièrement, l'information y circule facilement. Cela renvoie à l'existence de canaux de communication et de circuits d'approbation huilés. Deuxièmement, les gens sont prêts à répondre aux convocations, malgré les contraintes de temps. Cela dénote de la crédibilité des personnes qui convoquent les réunions et l'image que les gens ont d'elles. Ainsi, pendant toute la durée de notre recherche, aucune réunion n'a été annulée faute de quorum ou du fait de l'absence de telle ou telle personne.

9.2.10. Capacité à assurer une gouvernance

Certaines actions collectives comme la création et la gestion d'une CdS requièrent la mise en place d'une gouvernance comprenant la mise en place d'organes de représentation communautaire tels que les CoS. Tous nos trois CdS disposent de CoS réellement fonctionnels avec une relative permanence de leurs membres. Au cours de la plupart de nos visites, même impromptues, il était fréquent de trouver sur place un membre du CoS. Dans le cas N°2, c'est le président du CoS en personne qui, volontairement se charge de la rédaction des rapports de la CdS avec une constance et une méticulosité graphique digne des scribes royaux.

Le fait de voir des CoS fonctionner de manière correcte est déjà une gageure. En effet, les missions de supervision, de gestion financière et d'administration demandent, au minimum, de la part des membres des CoS, des compétences en matière d'écriture ; ce qui n'est pas toujours le cas. Ensuite, les textes qui régissent le fonctionnement des CoS exigent la tenue de réunions périodiques avec des cahiers de charges bien précis que bon nombre de CdS n'arrivent pas à respecter. Bien souvent, au fil du temps, les réunions des CoS deviennent de plus en plus espacées pour ne plus être organisées. Il arrive que les membres des CoS perdent leur motivation avec les temps, vu que c'est une fonction bénévole.

En outre, les conflits de personnes ou les problèmes de gestion financière peuvent plomber le fonctionnement d'un CoS pouvant aller jusqu'à sa paralysie totale. De ce fait, il est fréquent de voir des CdS sans CoS fonctionnel et d'autres où celui-ci existe tout juste sur le papier.

Résumé partiel:

Le pouvoir d'agir est la résultante de plusieurs facteurs qui contribuent à la capacité de la communauté à mener des actions collectives qui reposent sur un sens partagé. Ont été relevés dans la vie de la CdS: la capacité de la communauté à gérer des évènements critiques comprenant les périodes de « traversée du désert », la survenue des conflits, le départ d'acteurs-clés et la crise induite par la directive ministérielle faisant des matrones des « coachs » pour les femmes enceintes

Ces facteurs sont d'ordre individuel et communautaire, mais fermement liés à la culture, ce qui permet de convoquer le capital culturel :

- le premier ordre fait référence à la présence dans la communauté d'individus désintéressés et volontaires ; comprenant les enjeux de la santé ; et capables de catalyser les actions collectives et de fédérer la communauté autour d'une ambition ou des objectifs ; dotés de compétences et, en relation avec certains domaines du développement, et qui sont reconnues et valorisées par la communauté ;
- le second ordre fait référence à des caractéristiques communautaires relatives aux structures et aux dynamiques organisationnelles.

Chapitre 10: La participation en tant que pratique sociale

Dans chacun des trois cas, la participation communautaire n'est pas organisée par le CoS mais découle d'initiatives de certains membres de la communauté qui s'appuient sur les pratiques sociales de participation pour mobiliser les différents segments de la communauté. La participation communautaire se manifeste avant, pendant et après la naissance de la CdS. Une fois la CdS créée, le CoS, l'organe officiel de représentation de la communauté, censé susciter et organiser la participation, est mis en place. Cependant, dans chacun de nos trois cas, le rôle joué par le CoS consiste davantage à assurer les fonctions de veille et l'alerte pour solliciter, au moment opportun, la participation de la communauté, en utilisant les canaux de communication de propres à chaque communauté. Il n'y aucun cas où le CoS organise directement la participation à un moment ou à un autre.

Nous expliquerons les caractéristiques communes des pratiques de participation dans les trois cas en référence aux différentes activités qui les composent telles que définies par Reckwitz (2002), si tant est qu'elles soient étayées par des données ressortant de notre corpus. Pour rappel, les différentes activités composant la pratique sociale sont : les activités agentielles, corporelles, mentales, matérielles, cognitives, discursives, processuelles et structurelles. Parmi toutes, ne se manifestent pas à travers notre corpus, celles corporelles.

10.1. Activités agentielles : « Dis-moi qui porte la participation, je te dirai qui en fait partie ».

Une fois mise en place et bien qu'étant une action collective, la CdS intéresse davantage certains groupes ou certains individus, en tant que principaux usagers et bénéficiaires des services de la CdS, acteurs travaillant pour la CdS ou autorité ayant un intérêt pour son bon fonctionnement. L'on ne devrait pas donc être surpris si la participation aux affaires d'une CdS quelconque ne concernait que ces personnes. Tel n'est pas le cas dans nos trois CdS qui intéressent toutes les franges de la population. Ainsi, dans tous les trois cas, la participation dépasse les intéressés et est portée par un certain nombre d'agents comme des leaders religieux et coutumiers, les jeunes et les groupements de femmes, en sus des acteurs de la CdS.

Ces agents jouent différents rôles et interviennent à différents stades du processus de participation. Les leaders religieux et coutumiers, de par leur âge et leur statut social, constituent les garants de l'action participative à laquelle ils apportent la caution morale et la légitimité pour convaincre et obtenir l'adhésion communautaire. En outre, ils agissent comme des modèles pour la communauté, ce qui provoque un effet d'entrainement. Enfin, ils personnifient le contrôle social informel qui influence la participation.

Les femmes, en tant que porteuses de la participation, soit de manière individuelle ou en groupe sont omniprésentes dans toutes les actions collectives concernant la CdS. Elles dégagent de l'empathie qui fait que les hommes ne sauraient rester indifférents à leur sort et centres d'intérêt, fédèrent les énergies, et assurent l'animation.

Un chef religieux très respecté, Khalife d'une grande confrérie au Sénégal, en guise de viatique à l'endroit de ses fidèles, les avait mis en garde contre des actions collectives entre les seules mains de personnes âgées, tout comme entre les seules mains de jeunes. Il leur avait recommandé la mixité des acteurs dans l'action collective pour permettre aux anciens d'apporter leur expérience et leur sagesse qui déterminent le cap de l'action et l'encadrement et aux jeunes d'apporter leur force et leur engagement, moteurs de l'action.

Les pratiques de participation dans nos trois cas répondent à ce viatique car étant toutes caractérisées par la mixité des agents porteurs de la participation.

10.2. Activités structurelles et processuelles : les dynamiques de participation.

Les activités structurelles et processuelles renvoient au découpage, dans le temps, des actions de routine de la participation (Reckwitz, 2002), ainsi qu'aux dynamiques de participation en ce qu'elles montrent une variation, dans le temps, des porteurs et du flux de l'activation de la participation.

Les données empiriques révèlent que les processus de participation mis en œuvre, dans nos trois cas, sont spécifiques aux moments critiques de la CdS. Cette spécificité découle de la nature des acteurs initiateurs de la participation, de la nature de ceux impliqués dans le processus de

participation et de leur ordre d'engagement dans ledit. Cela renvoie au caractère dynamique de la participation telle que nous l'avons définie dans le chapitre définition conceptuelle.

Il existe plusieurs moments critiques dans la vie de la CdS, mais nous pouvons les regrouper en deux étapes: la première étape correspond à ceux qui surviennent lors du processus de création de la CdS; la seconde survenant au cours de son fonctionnement quand cette dernière est confrontée à un problème particulier qui nécessite la mobilisation de la communauté pour aider à le régler.

Nous avons choisi d'utiliser la structure atomique (Figure 9) pour représenter une CdS.

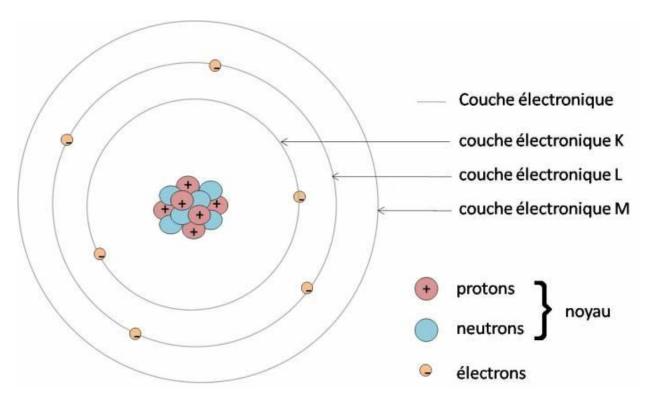


Figure 9 : Structure atomique. La représentation de Lewis (superprof.fr)

L'atome est composé d'un noyau, entouré de couches électroniques, lui-même constitué de protons et de neutrons, qui, par leurs interactions, contribuent à la stabilité de l'atome.

Les électrons gravitent dans des nuages orbitaux autour du noyau. Ils assurent les liaisons moléculaires et déterminent les propriétés physico-chimiques de l'atome (CEA, 2014).

Nous avons noté une remarquable analogie entre la structure de l'atome et celle de la CdS saisie de manière statique. Cette dernière est constituée d'un noyau dur composé d'acteurs-clés qui

occupent une place centrale, en ce qu'ils assurent sa permanence et son fonctionnement. Il s'agit des acteurs communautaires suivants :

- 1. les acteurs communautaires de soins : l'ASC et la matrone ;
- 2. les membres du CoS;
- 3. les acteurs communautaires d'éducation et de promotion : les relais de santé, les Bajenu Gox et les relais des organisations communautaires de base.

La cohésion et la stabilité des acteurs-clés du noyau dur font la force de la CdS, notamment dans son fonctionnement quotidien permettant d'atteindre les objectifs de santé qui leur sont assignés ; tout comme les protons et les neutrons assurent la stabilité de l'atome.

Autour de la CdS, gravitent un certain nombre de personnes qui assurent la jonction avec la communauté et catalysent la participation. Elles peuvent être assimilées aux électrons qui gravitent autour du noyau de l'atome et assurent les liaisons moléculaires. En effet, elles permettent les liaisons communautaires et extra-communautaires de la CdS.

La représentation atomique permet de représenter une configuration de la CdS d'un point de vue statique.

Cependant la CdS n'est pas statique car elle est influencée par des processus tels que les dynamiques de participation.

L'adoption d'une perspective temporelle nous a amené à considérer deux dynamiques présidant au processus de participation de manière diachronique (Elias, 1987). La première dynamique dont la plage temporelle correspond au processus de création de la CdS, et la seconde, quand il s'agit d'amener la communauté à intervenir sur des problèmes de la CdS. Elles font intervenir une série d'acteurs (individuels ou groupes) ayant des positionnements, des rôles, des statuts et des motivations différents.

Il importe de préciser que la participation des membres de la communauté ne s'effectue pas de manière univoque et concomitante; elle s'effectue à travers la médiation de personnes qui sont perçues comme des leaders, mais ne prennent pas l'initiative de s'impliquer ou ne sont pas actionnés concomitamment; cependant, comme des électrons autour du noyau de l'atome, ils gravitent autour du noyau dur de la CdS et sur des orbites plus ou moins proches. Un médiateur en

actionne un autre situé sur une autre orbite, selon une direction centripète comme lors du processus de création de la CdS; ou, selon une direction centrifuge, dans le cas du fonctionnement de la CdS, quand il s'agit de solliciter la communauté pour la résolution d'un problème donné ou solliciter une participation communautaire.

Comme dans un atome où les électrons changent d'orbites, la position orbitale des médiateurs communautaires n'est pas figée; mais elle change avec le temps ou avec le type d'intervention requis, ce qui confirme le caractère dynamique et relationnel des processus entourant l'appropriation de la CdS.

	Mise en place de la CdS	Prise en charge des problèmes de la CdS
Cas 1 A. Chef de Village B. Notable C. Association de Développement Villageois D. President Commission Santé E. Représentants du Chef de Village F. Association de développement Villageois	8 8	
A. Membre groupement de femmes B. Chef de Village C. Notable D. Imam E. Maitre Coranique		
Cas 3 A. Ancien du village B. Membre groupement des femmes C. Chef de Famille D. Maitre Coranique	A G B	8

Figure 10: Représentation des dynamiques de participation

Chaque représentation correspond à une configuration, au sens Eliasien du terme qui fait ressortir un réseau de relations et d'interdépendances entre différents acteurs impliqués dans la participation.

L'étude diachronique montre des différences entre les configurations concernant le même cas. Ainsi, certains acteurs sont absents dans la configuration relative à l'installation de la CdS, tandis que d'autres apparaissent dans la configuration concernant la prise en charge des problèmes de la CdS.

Les configurations peuvent être caractérisées par le nombre de niveaux, le nombre et la nature des acteurs, ce qui donne d'innombrables combinaisons et renseigne sur le caractère dynamique des configurations.

L'examen de ces configurations permet de distinguer deux prototypes de participation. Le premier prototype comporte les configurations qui ont un nombre plus élevé de niveaux de participation, comme c'est le cas dans les cas N° 1 et 2 (4 niveaux). Quant au deuxième prototype, il a la particularité de ne comporter qu'un faible nombre de niveaux de participation (2 pour le cas N° 3).

Dans le même ordre d'idées, la caractérisation des configurations peut être effectuée tenant compte du nombre d'acteurs impliqués en tant que mobilisateurs de la participation. Ainsi, les cas N° 1 et 2 comportent un nombre plus important de porteurs de la participation (6 pour le cas N° 1 et 5 pour le cas N° 2), contrairement au cas N° 3 qui n'en comporte que 4.

Nous pouvons l'expliquer par la taille plus réduite de la population et par le fait que l'organisation sociale de la communauté, dans le cas N° 3, est restée totalement traditionnelle avec la prééminence exercée par des figures traditionnelles (chef de village, notable et groupement de femmes) ou religieuses (imam, maitre coranique).

Il est intéressant de noter que seul le cas N° 1 présente une structure organisationnelle qui dépasse les lignes de division sociale traditionnelle : hommes/femmes et anciens/jeunes, avec la mise en place de formes d'organisation associative (Commission Santé et Association de Développement villageois) qui s'insèrent harmonieusement dans les pratiques de participation. Dans ce cas-ci, les leaders traditionnels jouent un rôle de légitimation et de catalyseur des actions collectives, tandis que les structures associatives constituent le moteur des actions.

Ainsi, l'on pourrait en déduire que les réalités au sein de chaque communauté font que, pour chaque étape de l'évolution de la CdS, une forme particulière de configuration est secrétée avec plus ou moins de niveaux de participation et plus ou moins de porteurs. La variation du nombre de niveaux et de porteurs dépend de chaque. Cela pourrait s'expliquer par l'existence, au niveau collectif, de facteurs tels que les structures organisationnelles, la nature des participants, etc.); et

des facteurs au niveau individuel tels que le charisme, le respect, la crédibilité, etc. dont sont pourvus les mobilisateurs de la participation qui interviennent par l'acte et le discours.

10.3. Activités discursives : la construction discursive de la participation

Les focus groups et l'observation des réunions concernant les CdS constituent le cadre d'observation des activités discursives qui impliquent les acteurs de la CdS et les porteurs de la participation. Nous tentons de décrire les activités discursives dans le cadre d'interactions verbales qui ont lieu pendant ces rencontres qui mettent en œuvre la participation. Parmi ces dernières, l'on peut noter les activités de construction et de renforcement du lien social, les activités qui alimentent les processus d'apprentissage informel ; et les activités de résolution de problèmes intéressant la communauté.

Dans le contexte du Sénégal, Les réunions au niveau communautaire qui démarrent à l'heure prévue constituent l'exception plutôt que la règle. Ainsi, que ce soient les focus groups que nous avons organisés ou les réunions auxquelles nous avons assistées juste pour observer les interactions, il nous arrivait d'attendre parfois plus d'une heure avant le démarrage. Pendant cette période d'attente, les gens devisaient, discutaient, blaguaient et, parfois même, tenaient une miniréunion en discutant d'un sujet touchant à un autre aspect de la vie du village.

Concernant le cas N° 1, lors de la période d'attente pour le démarrage d'un focus group avec le groupement de mamans, ces dernières ont eu le temps de discuter d'une activité d'épargne et de crédit financée par une institution internationale et qui est gérée par la CdS.

Une discussion portant sur la mutuelle de santé du village a eu aussi lieu dans le même contexte concernant le cas N° 2.

Les périodes d'attentes d'avant réunion constituent aussi des moments informels de retrouvailles et d'activités discursives qui contribuent à la construction ou au raffermissement des relations sociales. Est révolue, la période où la vie dans les villages était essentiellement rythmée par l'hivernage qui faisait, qu'après les trois à quatre mois de travaux champêtres, les paysans passaient une bonne partie de leur temps sous l'arbre à palabres. Les changements intervenus dans

les modes de vie qui ont accentué l'individualisme font que les paysans on, de moins en moins, de temps libre à passer en groupes pour palabrer et raffermir les liens sociaux. Dès lors, toute opportunité de retrouvailles est mise à profit pour traiter ad-hoc de sujets qui concernent des groupes ou la communauté toute entière.

Les réunions constituent aussi un des cadres d'apprentissage à la fois informel et formel. Les processus d'apprentissage informel se déroulent au cours des interactions discursives qui interviennent quand les participants partagent leurs expériences et exposent leurs opinions.

Par contre, les processus d'apprentissage formel interviennent quand les savoirs véhiculés par le système de santé sont exposés, les slogans énoncés et les discours façonnés. La capacité des communautés à s'approprier les discours du système de santé participe des jeux d'acteurs du champ socio-sanitaire.

10.4. Les activités mentales: "je participe, donc j'appartiens"

La participation aux actions collectives est une manifestation de l'appartenance à la communauté. A la question de savoir, comment arrivent-ils à obtenir l'adhésion aux actions collectives, même pour les étrangers, une actrice de la CdS du cas N°1 nous a répondu que quiconque habite dans le village en faisant fi des actions collectives aurait une vie très difficile, car cela signifierait se mettre en marge de la société. Ainsi, l'on participe pour appartenir ou pour donner des gages d'appartenance.

L'on pourrait penser ici au pouvoir coercitif des normes établis qui « impose » aux membres de la communauté de participer. Le conditionnement social à la participation s'exerce à travers les structures de solidarité traditionnelles (comme dans les cas N 1 et 2) ou les institutions religieuses (cas N2 et 3) qui, du fait de la mise en place d'un système de reconnaissance social, font de la participation un acte désiré.

La participation aux actions collectives renferme une forte dose de spiritualité, en ce qu'elle est perçue comme une recommandation religieuse, avec des promesses de rétribution des sacrifices consentis. Cette référence à la spiritualité se manifeste par les prières effectuées avant de démarrer et pour clôturer les réunions (dans tous les trois cas), les sacrifices propitiatoires menées (cas N° 1) et la référence aux recommandations religieuses dans les discours (cas N° 2 et 3).

L'on note aussi une dimension émotionnelle dans les pratiques de participation qui procurent des moments d'interactions procurant la joie de se retrouver, d'être ensemble et de passer du bon temps. Ainsi, nous avons noté dans les trois cas, les éclats de rire, l'omniprésence des blagues pendant les rencontres de groupes. La distribution d'amuse-gueules, le service thé et la danse sont aussi fréquentes pendant ces rencontres. Cela est congruent avec l'affirmation selon laquelle « peu importe la nature des objectifs poursuivis, l'action collective constitue une source d'épanouissement personnel et une façon efficace de contribuer au renforcement de la communauté (Zimmerman et al, 1992 ; Chavis et Wandersman, 1990; Zimmerman et Rappaport, 1988 ; Berger et Neuhaus, 1977).

10.5. Les activités cognitives

Elles sont expliquées selon les catégories suivantes: la compréhension des enjeux de la participation, les processus d'apprentissage et les valeurs qui sous-tendent l'acte de participation. La compréhension des enjeux de la santé, en général, et de la CdS, en particulier, est bien notée dans nos trois cas. Elle est facilitée par le niveau d'éducation des membres de la communauté ou l'ouverture d'esprit des porteurs de la participation.

Ainsi, dans les cas N°1 et 2, l'on constate que la génération des parents et certains anciens ont fréquenté l'école française ; et certains ont servi dans l'administration ou les ONG. De ce fait, ils sont au diapason des enjeux de santé et sont capables de mettre en place des stratégies pour faire marcher leur CdS.

« Dans notre village, il y a des agents de développement qui ont bourlingué sur beaucoup de terrains. Ils mettent leurs expériences à la disposition du village, et plus particulièrement, de la CdS. » Chef de village du Cas N°1.

Le cas N°3 présente une particularité relative à deux faits : les parents n'ont pas été à l'école et la communauté ne s'est ouverte à l'école française qu'au début des années 2000. Cependant, la communauté bénéficie de la présence de quelques lettrés en arabe parmi les notables, notamment le maitre coranique. Ce dernier et un des anciens qui est à l'origine de la création de la CdS car sont ouverts aux changements et innovations susceptibles d'améliorer les conditions de vie de la population. Ils ont su faire partager leur compréhension des enjeux de la CdS à la population comme on peut le constater dans leurs discours.

Dans les trois cas, les apprentissages dans le cadre des pratiques de participation relatives aux affaires de la CdS se déroulent dans le cadre des dynamiques de groupe mettant en œuvre des discours uniformisants et conformatoires et laissant peu de place à la réflexion critique et à une appropriation différentiée des savoirs à réinterpréter pour être transformés en connaissances. Cela s'explique par les réalités du champ socio-sanitaire caractérisé par des jeux d'acteurs et des relations de pouvoir faisant que les agents du système de santé et des ONG contrôlent les modalités d'apprentissage plutôt axés sur la transmission de savoirs; et sur la mémorisation de slogans et de mots fétiches tels que « changement de comportement », « sensibilisation », « clients » pour parler des usagers de la CdS, etc.

Les valeurs, en tant que croyances partagées de ce qui motive l'action de participer, sont notables dans notre corpus. Dans nos trois cas, les individus participent par solidarité aux actions de la CdS; pour montrer leur appartenance à la communauté dont ils veulent améliorer l'image et pour bénéficier de la reconnaissance de la communauté, ce qui explique les sens de leurs sacrifices, notamment quand il s'agit des acteurs de la CdS.

10.6. Les activités matérielles

Les activités matérielles de la pratique de participation, dans les trois cas, concernent les lieux des réunions où la participation est discutée mais aussi les équipements nécessaires à la réunion tels que les nattes ou chaises pour mettre à l'aise les participants.

Dans tous les trois cas, la CdS dispose d'un espace prévu pour abriter les réunions. Il s'agit du hall de la CdS pour le cas N°1, de la véranda de la CdS pour le cas N° 2. Pour le cas N° 3, selon les

circonstances, les réunions peuvent se tenir dans la véranda du bâtiment principal de la CdS, dans une des salles du bâtiment nouvellement construit pour servir de maternité ou sous l'ombre d'un manguier planté au milieu de l'enceinte de la CdS. Somme toute, pour tous les trois cas, il s'agit d'endroits relativement agréables et attirants pour les populations qui, du reste, en font leurs lieux de retrouvailles pour causer.

Dans le cas N°1, la CdS dispose de chaises pour les réunions, achetées à cet effet et mises en location dans le village en cas de besoin. Dans le Cas N° 3, la CdS dispose de nattes qui sont déployées au cours des réunions, comme siège pour les participants s'asseyent. En ce qui concerne le cas N° 2, la CdS dispose de suffisamment de chaises et abrite toutes les réunions.

Résumé partiel:

Les pratiques sociales de participation supplantent les formes de participation classiques et standards édictées par les CoS.

En tant que pratique sociale, la participation a été disséquée selon ses activités agentielles, structurelles et processuelles, discursives, mentales, cognitives et matérielles qui sont en interactions.

Les activités processuelles de la participation permettent de voir le caractère dynamique de celles-ci dans deux étapes-clés de l'évolution de la CdS, à savoir, pendant la phase de création de la CdS et quand il s'agit de régler un problème survenu dans le cadre du fonctionnement de la CdS. Pendant ces deux étapes-clés, les porteurs de la participation occupent des positions différentes, à différents moments du processus. Nous avons adopté la représentation atomique pour illustrer les différentes configurations de la participation, lesquelles évoluent dans le temps et selon les circonstances.

Dans nos trois cas, la construction discursive de la participation et les activités mentales apparaissent comme les éléments centraux dans les pratiques de participation.

Chapitre 11: Cadre sociologique interprétatif de l'appropriation communautaire de la CdS

La compréhension du processus d'appropriation des CdS est l'objectif général de notre étude. Elle est illustrée au moyen d'un graphique développé, en effectuant une comparaison constante entre les catégories issues du processus de codage, et entre ces dernières et les catégories de pensée retenues.

Le cadre sociologique sera d'abord décrit, ensuite expliqué avant d'être interprété.

11.1. Description du cadre

Nous avons élaboré une présentation graphique (figure 9) pour décrire le cadre sociologique interprétatif de l'appropriation communautaire de la CdS.

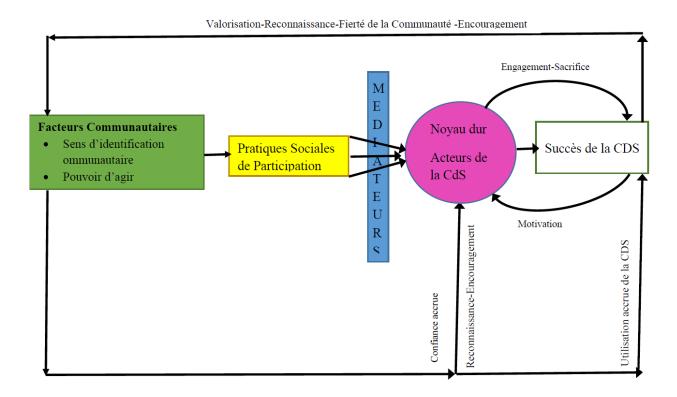


Figure 11: Cadre sociologique interprétatif du processus d'appropriation des CdS

11.2. Explication du cadre

L'explication du processus d'appropriation des CdS part de la communauté. L'origine de la communauté, son historique, sa composition ethnique et sa culture constituent le socle de l'identité communautaire acquise. Grâce à leur identification à la communauté, les individus développent un sens de la communauté, ce qui les prédispose à participer aux actions collectives. Le pouvoir d'agir de la communauté facilite la mise en œuvre des actions collectives en s'appuyant sur les pratiques de participation propres à la communauté.

Les dynamiques de participation sont médiées par des porteurs de la participation qui s'avèrent être des individus ou des groupes (acteurs collectifs).

La participation communautaire effective, ainsi obtenue, motive le noyau dur des acteurs de la CdS dont l'engagement et le sacrifice au travail contribuent à la réussite de la CdS. La réussite de la CdS provoque deux boucles de rétroaction :

- la première boucle part de la réussite de la CdS qui produit l'effet d'accroitre la motivation des membres de son noyau dur qui voient leur travail consacré et reconnu par la communauté, les autorités sanitaires et les partenaires. Ainsi, ils s'engagent davantage dans le travail pour maintenir le succès de la CdS; et la boucle reprend;
- la deuxième boucle part de la réussite de la CdS qui contribue à la visibilité et à la reconnaissance de la CdS du village par les autorités sanitaires, les autorités administratives et les partenaires; ce qui accroît la fierté des populations d'appartenir à la communauté. Cela entraine une double conséquence ;
 - la première conséquence est que la communauté exprime sa reconnaissance et sa confiance accrue aux membres du noyau dur de la CdS; ce qui motive ces derniers à s'investir davantage pour la réussite de la CdS;

• la deuxième conséquence est que les membres de la communauté continuent à utiliser la CdS, ce qui renforce son utilisation et sa réussite.

Les deux boucles de rétroaction ci-dessus décrites sont à la base du maintien du processus de pérennisation.

11.3. Interprétation du cadre sociologique

Nous avons identifié trois facteurs majeurs qui interviennent dans le processus d'appropriation des CdS, tels le sens d'identification communautaire, le pouvoir d'agir de la communauté et les pratiques sociales de participation. Chacun de ses facteurs est le résultat de l'interaction de plusieurs éléments qui s'influencent les uns les autres. Ces facteurs sont interreliés, et enchâssés dans leur contexte socio-historique. La théorie des pratiques de Bourdieu fournit des concepts qui, une fois réinterprétés, sont adaptés à l'interprétation du cadre sociologique du processus d'appropriation,

Les pratiques sociales sont situées dans l'espace et le temps et, bien qu'elles ne soient pas toujours accomplies de manière consciente, n'en sont cependant pas moins accomplies selon des intentions pratiques qui visent des buts.

Elles sont intimement interconnectées aux habitus, systèmes de dispositions acquises qui les engendrent. Produit de l'histoire qui permet d'articuler l'individuel et le social, les structures internes de la subjectivité et les structures sociales externes. L'habitus se manifeste fondamentalement par le sens pratique. Ensuite, les pratiques sociales sont aussi liées aux champs, systèmes structurés de positions sociales selon leurs propres logiques internes, dans lesquelles les pratiques sont situées et l'agent socialisé, impliqué, sans pour autant se référer à la réflexion consciente (Accardo 2006 ; Corcuff, 1986).

Enfin, les pratiques sociales sont liées aux capitaux, ressources qui sont en jeu dans les champs. Le capital social, le capital culturel et le capital symbolique constituent les ressources mobilisées par les acteurs sociaux dans un champ particulier pour acquérir de nouvelles positions. Or, nous nous situons dans un champ différent des champs décrits par Bourdieu, en l'occurrence le champ socio-sanitaire d'un pays africain comme celui décrit dans la première partie de la thèse. Dans ce cadre, les positions ne sont pas nécessairement déterminées par les intérêts personnels des individus mais ils le sont aussi par les intérêts du groupe social en question.

Chacune des trois formes de capital entre en jeu dans l'interprétation du processus d'appropriation des CdS, mais avec une prépondérance différente.

Du rôle du capital culturel

Nous avons vu comment le sens d'identification communautaire repose très largement sur le capital culturel en tant que ce qui cimente la communauté, devenant discours ou récit. Il sous-tend les valeurs auxquels les groupes sociaux et les individus qui les composent se réfèrent pour donner un sens à leurs comportements et actions. Ainsi, le besoin de reconnaissance, aussi bien au niveau individuel que collectif, peut être lié au capital culturel. En effet, il s'agit d'un retour sur soi de l'action collective qui fait reconnaissance, interne à la communauté, ce qui renforce le capital culturel.

Quand le capital social contribue à la motivation des acteurs de la CdS

Le processus d'appropriation de la CdS repose d'abord sur la facilité et la capacité de la communauté à mener des actions collectives qui sont récurrentes dans le cas des CdS. Cette facilité et cette capacité à déployer des actions collectives sont interprétées par le fait que les communautés s'appuient sur leurs pratiques sociales de participation, mais surtout, par l'existence d'un espace de confiance et de réciprocité.

La confiance mutuelle entre les individus, surtout celle qui est nourrie à l'égard des acteurs de la CdS, contribue à entretenir l'esprit de reciprocité ; le tout contribuant à nourrir la motivation des acteurs de la CdS.

Quand le capital symbolique nourrit le processus d'appropriation.

Le capital symbolique est exprimé, au plan individuel, par la reconnaissance manifestée par les membres de la communauté qui ont eu une participation notoire et notable, soit, en fournissant des ressources matérielles ou financières, soit, en s'investissant personnellement dans la mise en œuvre des actions collectives. La reconnaissance en public procure aux individus en question une fierté qui pourrait être comparable à celle qui est ressentie par le soldat recevant une décoration devant le front de la troupe.

Le capital symbolique s'exprime aussi au plan collectif, par la fierté ressentie par la communauté d'avoir une CdS reconnue par le monde extérieur comme étant une réussite. Cela constitue une source de reconnaissance par les autorités sanitaires et les partenaires, ce qui rejaillit sur la réputation et le prestige de la communauté.

Que ce soit au niveau individuel ou collectif, le besoin de reconnaissance est omniprésent

Le processus d'appropriation des CdS est maintenu par deux boucles de rétroaction où intervient le capital symbolique. La première boucle s'explique par l'influence du capital symbolique sur la motivation et les sacrifices des acteurs de la case, gage du succès de la CdS. Ce succès renforce la reconnaissance de la CdS par les autorités (sanitaires, administratives et locales) et les partenaires. Cela attire davantage de ressources et d'opportunités pour la CdS. Tout cela renforce la motivation des acteurs de la CdS.

La deuxième boucle de rétroaction part du succès de la CdS et sa reconnaissance accrue par les autorités et partenaires ; ce qui alimente la fierté de la communauté pour sa CdS. En retour, la communauté continue de valoriser les acteurs de la CdS et à utiliser cette dernière, ce qui renforce sa fonctionnalité.

Résume partiel:

L'appropriation communautaire des CdS est un processus complexe qui part de la communauté en faisant intervenir, dans une dynamique interactionnelle, le sens

d'identification communautaire des individus, le pouvoir d'agir de la communauté et les pratiques de participations.

Le processus met en exergue le rôle des leaders communautaires qui portent la participation et agissent comme médiateurs entre la communauté et les acteurs constituant le noyau dur de la CdS. Les efforts et sacrifices des acteurs du noyau dur de la CdS conduisent au bon fonctionnement de la CdS, gage de sa réussite.

Les capitaux social, culturel et symbolique, notions reprises des travaux de Bourdieu, mais réinterprétés dans notre contexte, interviennent dans différentes étapes du processus de participation et permettent de mieux le comprendre.

La mise en œuvre des actions collectives est facilitée par l'existence d'un sens de la communauté, qui rend possible les investissements sous forme de capital social, en termes d'interconnaissance et d'inter-reconnaissance.

Les médiateurs de la participation s'appuient sur leur charisme, leur crédibilité, leur érudition ou âge pour, forme capital culturel de type incorporé pour catalyser les actions collectives.

Le capital symbolique qui s'exprime en termes de reconnaissance et de valorisation des acteurs de la CdS permet à ces derniers de garder leur motivation, tout comme la fierté et la valorisation de la communauté du fait de la réussite de sa CdS font que cette dernière continue d'utiliser la CdS, ce qui renforce sa réussite.

PARTIE IV: DISCUSSION

De l'analyse des résultats de notre recherche, il est ressorti que l'appropriation de la CdS se traduit par des manifestations relatives à la capacité de la communauté à gérer des évènements critiques dans la vie de la CdS par l'utilisation préférentielle de la CdS par la population et par l'insertion de la CdS dans le tissu social communautaire.

Ensuite, il est ressorti, qu'en tant que processus, l'appropriation de la CdS est le résultat de l'interaction entre le sens de la communauté, le pouvoir d'agir de la communauté, et les pratiques sociales de participation ; lequel processus est catalysé par des médiateurs de la participation constitués de membres et de différents leaders de la communauté, pas autoproclamés mais plutôt reconnus et même sollicités par la communauté, telle que reflétée par son ethos. En effet, des leaders de toutes sortes existent dans les communautés mais tous ne sont pas capables de l'engager, de manière volontaire et désintéressée, dans actions collectives.

Enfin, le processus d'appropriation peut s'expliquer par le rôle exercé par les capitaux sociaux et culturels et, plus particulièrement le capital symbolique qui apparait comme étant à la base de la récursion permettant le déploiement du processus d'appropriation dans le temps.

Il apparait que le discours joue un rôle important dans le processus, en ce qu'il est utilisé dans la constitution de l'identité de la communauté.

Dans cette quatrième partie, nous commençons par discuter dans des résultats de notre recherche. D'abord, nous traitons des aspects méthodologiques et théoriques dans le chapitre 12, ensuite des considérations sur le concept d'appropriation, dans le chapitre 13.

Nous terminons par la conclusion dans laquelle nous exposons successivement les contributions de notre recherche, restituons notre réflexivité en tant que Doctorant-Praticien-Chercheur, nous prononçons sur la validité des résultats, dressons les limites de l'étude, fournissons des pistes pour de futures recherches avant de boucler par une principale recommandation.

Chapitre 12 : Discussions des choix théoriques et méthodologiques

Nous tentons ci-après de justifier les choix théoriques et méthodologiques sur laquelle repose notre recherche

12.1. La posture interprétativiste

Notre recherche s'inscrit, à la fois, dans les sphères des sciences sociales, en ce qu'elle couvre les avis et significations des communautés, relativement à la participation communautaire; et dans la santé communautaire relativement à la gouvernance et à l'appropriation par les communautés de modèles de santé exogènes, dans le cas présent les CdS.

De prime abord, il importe de justifier les fondements épistémologiques de notre recherche, afin de nous assurer et de convaincre que la conception de la recherche adoptée a les capacités de répondre aux questions de recherche et d'atteindre les objectifs fixés.

Nous avons vu que l'identification à une communauté et les significations de la participation communautaire ayant conduit à l'appropriation communautaire des CdS, doivent être comprises à partir de la perspective des acteurs. En outre, l'influence des dynamiques de participation dans le processus de participation a été démontrée. Or, dans la définition du concept de participation communautaire, nous avons que cette dernière ne peut pas être comprise si elle est isolée de l'environnement dans lequel elle intervient (Cohen et Uphoff 1977). Les communautés étudiées ont fait l'objet de récits relatifs à leur création, à leur fonctionnement et aux configurations d'interactions bâties au cours des années qui forgent leur identité communautaire.

Dans le cadre de notre recherche, la participation communautaire est conceptualisée comme un aspect du fonctionnement de la communauté, comprenant des actions collectives qui y sont incorporées (Cheers & Luloff 2001 p.130) et qui sont dirigées vers l'atteinte d'un objectif particulier. Cette hypothèse nécessite une conception de recherche qui ne puisse pas seulement analyser les sens attribués à la participation communautaire, y compris en termes de dynamique, mais aussi le contexte dans laquelle elle se déroule.

Sur le plan épistémologique, attribuer un sens à la participation communautaire comme elle se déroule dans son contexte est conforme à une approche interprétative des sciences sociales (Maxwell 1998).

C'est pourquoi le positionnement épistémologique adopté dans cette recherche est celle de l'interprétativisme (Elster, 2007; Walsham, 1995; Eliaeson, 2002; McIntosh, 1997; Denzin & Lincoln, 2000).

12.2. La perspective socio-historique et la sociologie relationnelle

Nous avons étudié nos trois communautés selon une perspective socio-historique, tout comme l'appropriation en nous basant sur l'historique de la CdS. Cela nous a permis d'introduire la temporalité dans la construction de la communauté, et dans le processus de l'appropriation de la CdS qui ne peut s'appréhender que dans le long terme. Cela est conforme à l'acception de l'appropriation d'un point de vue philosophique, considérée comme « moment particulier qui lie, dans le présent, le passé au futur (Lapoujade, 1997).

L'appropriation exige une tension constante, une projection vers le futur. Autrement dit par Crespin (2014), « si s'approprier une chose ou un objet c'est en hériter, l'acte d'appropriation est un processus dynamique d'interprétation, de mise en sens de cet héritage, qui débouche sur du singulier et de l'innovation ».

En outre, la perspective socio-historique sous-entend une interaction entre les facteurs sociaux, historiques et non une juxtaposition de facteurs agissant de manière linéaire. Nous nous situons ainsi dans le cadre de la sociologie relationnelle telle que théorisée par Norbert Elias qui nous semble être la perspective la plus pertinente pour étudier l'appropriation.

L'approche socio-historique a permis d'appréhender l'importance des moments critiques dans le processus d'appropriation. La gestion de ces moments impromptus ou incontrôlables de la part des communautés révèle un véritable pouvoir d'agir.

Nous avons vu que l'appropriation est un processus relationnel qui n'est pas axiologiquement neutre. En outre, il s'inscrit dans des contenus relationnels (la communauté et l'action collective) qu'il faut expliciter.

La perspective substantialiste figerait la relation comme principe d'identité et d'altérité ne nous aurait pas permis de capter les différentes configurations relatives au processus d'appropriation.

12.3. La méthode qualitative

Les processus de participation communautaire sont enchâssés dans leur contexte. Les sens des acteurs sociaux ou des déclarations dépendent du contexte dans lequel ils apparaissent. Quand un chercheur enlève du contexte social dans lequel apparait un évènement, une action sociale, répond à une question ou à une conversation en ignorant le contexte, alors, les sens sociaux et les significations sont déformés (Neuman 1997). C'est pourquoi la recherche qualitative est appropriée quand il s'agit de mettre en exergue l'importance du contexte social pour comprendre l'univers social des acteurs. C'est le cas quand il s'agit d'étudier le processus d'appropriation qui dépend des dynamiques de participation, comme nous l'avons démontré.

12.4. L'étude de cas

Les études sur la participation communautaire, plus particulièrement dans son aspect dynamique; ainsi que le processus d'appropriation, ont reçu peu d'attention sur le plan empirique. La plupart des études sur ces deux sujets sont d'ordre conceptuel, théorique, descriptif ou quantitatif (cherchant à mesurer la participation). Nous estimons que la participation communautaire et l'appropriation sont mieux comprises dans leur contexte. Pour ce faire, les acteurs, les phénomènes et le contexte ont tous besoin d'être étudiés. Ainsi, il nous a semblé approprié d'entreprendre une étude approfondie pour décrire, expliquer et interpréter les dynamiques de participation communautaire et d'appropriation.

A cet effet, nous avons opté pour une stratégie d'étude de cas comme un moyen approprié, dans la mesure où elle permet une investigation détaillée et approfondie de ces phénomènes, à partir de plusieurs perspectives, telles qu'il était en train de se passer « in situ », dans une situation de vie réelle (Yin, 1994). D'abord, la stratégie de l'étude de cas permet d'étudier le contexte et les

processus de la participation communautaire et de l'appropriation, en collectant une quantité importante d'informations approfondies sur les cas sélectionnés. Cela permet de procéder à des analyses en profondeur pour tenter de comprendre les processus de participation et comment un programme d'origine exogène est « internalisé », ou pas, et « réinterprété » par les acteurs sociaux (Long et Long 1992).

L'étude de cas est jugée adaptée quand la recherche propose de traiter d'un phénomène contemporain sur lequel le chercheur a peu ou pas du tout de contrôle ; et quand la recherche est exploratoire et traite de questions « comment » et « pourquoi » (Benbasat et al, 1987; Darke et al. 1998; Yin, 1994). Elle donne l'opportunité aux chercheurs de dégrossir et de démêler une série complexe de facteurs et de relations. Elle constitue un processus itératif qui « permet des allers et retours continus entre les différentes étapes du projet de recherche » (Verschuren, 2003). A cet effet, elle offre une flexibilité qui est un des avantages majeurs qui n'est pas partagé par les méthodes basées sur les questionnaires.

En outre, l'étude de cas permet de maintenir une interaction entre la conception, la collecte de données et l'analyse (Maxwell, 1998). Enfin, cette étude répond aux quatre critères d'une étude de cas notamment la nature exploratoire de la recherche, la congruence de la question de recherche, la contemporanéité des phénomènes à étudier et le manque de contrôle du chercheur sur ces derniers (» (Benbasat et al. 1987; Darke et al. 1998; Yin, 1994)

Dans un terrain de recherche que nous ne maitrisons pas du tout, la stratégie de l'étude de cas retenue présente l'avantage de la flexibilité et de l'itérativité en permettant des « allers et retours » entre les étapes du processus de recherche (Verschuren, 2003): choix des cas, collecte et analyse de données.

Nous avons utilisé une étude de cas multiples, dans la mesure où il y a plus d'une communauté faisant l'objet de recherche, car si l'objet d'étude est bien la case de santé, nous l'avons abordée au sein de sa communauté d'origine et non comme une institution rapportée. Cela se justifie par le besoin d'étudier la participation communautaire et l'appropriation dans des systèmes culturels différents (Feagin, Orum et Sjoberg, 1990), compte tenu du fait que ces deux phénomènes sont

localement situés. Yin (1994) affirme que l'étude de cas multiples est appropriée, lorsque les facteurs contextuels sont pertinents pour le phénomène faisant l'objet d'étude (Yin, 1994).

Cependant, chaque communauté a été étudiée en tant qu'entité discrète, utilisant les mêmes questions de recherche, et les données ont été collectées à partir des mêmes sources et de façons identiques. Ce schéma de réplication était important, dans la mesure où il s'agit de repérer les régularités dans les processus de participation communautaire et d'appropriation entre les communautés.

Le bénéfice d'une étude de cas multiples selon Yin (1998) est qu'elle renforce ou élargit les généralisations analytiques, quand les cas sont conçus pour répliquer les uns des autres.

Yin (1994) affirme que le nombre de cas à étudier résulte d'un jugement du chercheur. Quand bien même, il suggère 2 ou 3 cas pour une réplication littérale, et 4 à 6 pour poursuivre différents schémas de réplication théorique. Mais en fin de compte Yin (2009) nous rappelle qu'une bonne étude de cas est une étude réalisable en matière de compétences, de temps et de ressources disponibles. En tant que chercheur-débutant avec des moyens logistiques limités, nous avons estimé que trois cas constituent le nombre maximal que nous pourrons gérer. Au-delà du nombre de cas, nous avons davantage mis l'accent sur la sélection de cas en privilégiant la diversité.

Le choix des cas est l'aboutissement d'un processus d'investigation et de construction. En effet, nous nous sommes d'abord adressé aux acteurs du système de santé pour identifier des CdS considérées comme des réussites en vue d'en sélectionner un certain nombre. Cette démarche est justifiée pour notre recherche, compte tenu des « cas » à étudier dont les caractéristiques ne s'offrent pas de manière évidentes au chercheur mais résultent plutôt de l'appréciation des acteurs. Nous avons constaté des incohérences entre la perception des acteurs de santé et les réalités des CdS, Nous sommes d'avis que ces incohérences révèlent un manque d'écoute des agents externes à la communauté et le fait qu'il ne font qu'appliquer un modèle exogène sans tenir compte des spécificités contextuelles. Cela nous a obligé à creuser dans le vécu des CdS pour identifier nos cas. En outre, au début de la recherche, nous n'avions pas une idée précise sur où et comment collecter les données. Cela nécessitait au préalable une meilleure connaissance des réalités du terrain et du champ socio-sanitaire pour découvrir les meilleures opportunités à ce sujet, ce que nous avons pu acquérir en enquêtant sur les CdS.

Nous avons retenu des cas « révélateurs » qui ont été sélectionnés selon deux logiques d'échantillonnage:

- une logique d'échantillonnage raisonnée (Neuman, 1997), c'est-à-dire que les cas ont été choisis là où le phénomène d'appropriation a été constaté ;
- une logique d'échantillonnage basée sur une variation maximale (Patton, 2002).

Cette conception présente deux forces. Premièrement, elle permet de maximiser les différentes dimensions des phénomènes à étudier, compte tenu des différences contextuelles, tout en maintenant un petit nombre suffisamment réduit de cas pour permettre une analyse approfondie. Les cas ont fait l'objet d'étude de manière individuelle, selon les techniques de collecte et d'analyses des données.

12.5. La théorisation ancrée

Rentrant dans le cadre des enquêtes qualitatives, la théorisation ancrée n'échappe pas aux controverses relatives au rapport entre analyse et interprétations (Evrard, Pras et Roux 2003). Cette controverse oppose, d'une part, le courant traditionnel de l'analyse qualitative qui privilégie la rigueur et l'étude minutieuse des informations recueillies afin d'en extraire le contenu et les idées (Gianelloni et Vernette, 2001) ; d'autre part, l'approche interprétative qui s'attache à dégager les résultats en fonction des réflexions et de la subjectivité du chercheur, autant que des données ellesmêmes (Andreani, 2003)

Denzin, et Lincoln, (1994) rappellent que la méthode interprétative est une approche nouvelle d'analyse qualitative reposant sur un système d'explication générale qui va au-delà des données et qui les généralisent. Elle utilise le jugement de l'analyste, et fait la synthèse entre les idées fortes du terrain et le contexte stratégique ou théorique dans lesquelles elles s'inscrivent.

La théorisation ancrée a été choisie parmi les nombreuses méthodes d'analyse, car elle nous permet de mieux saisir les phénomènes tels qu'ils se dégagent des réalités et de la perspective des acteurs.

Nous avons opté pour un niveau type d'induction qui permet d'obtenir de catégories d'analyse provenant entièrement du matériel recueilli, ce qui est adapté à l'étude d'un phénomène nouveau, méconnu, peu exploré (Savoie-Zajc, 2004)

12.6. Démarche d'analyse comparative

La démarche d'analyse comparative que nous avons adoptée, basée sur l'identification des régularités entre les cas, est justifiée par le choix de l'étude de cas multiples comme stratégie de recherche. En effet, l'objectif n'était pas de mettre en relief les différences entre cas mais plutôt de repérer les régularités qui pourraient, au-delà des différences contextuelles prononcées telles que la composition ethnique, la taille de la population et autres (voir Tableau N° 10), lesquelles sont susceptibles d'influer sur les processus de participation communautaire et d'appropriation.

Nous avons adopté une démarche comparative comprise comme l'acte de rapprocher en vue d'assimiler et qui implique un rapport intégratif en ce que la méthode comparative comportant un regard global et totalisant (Jucquois, 1990)

Il s'agit de comparer pour dégager des structures ou des récurrences en vue de réduire la complexité et constituer une totalité intelligible (Rebotier, 2010).

Cependant, tout en dégageant des régularités sociales, grâce à un va-et-vient entre catégories et données spécifiques à chaque cas, l'analyse permet de faire émerger la singularité des cas par rapport aux phénomènes étudiés, si tant est qu'elle existe. Il s'agit de l'itérativité propre à la théorisation ancrée (Paillé, 1996). Cette itérativité est congruente au principe d'un raisonnement scientifique systématiquement comparatif qui est au cœur de l'analyse comparative continue préconisée par Glaser et Strauss (1967) à toutes les étapes d'une recherche.

Comme Dogan et Pélassy (1982) y appellent en matière de méthode comparative, nous nous sommes évertué à établir la comparaison des cas en termes relationnels plutôt que terme à terme.

12.7. L'écriture de la thèse

Nous considérons l'écriture comme partie intégrante de la recherche, en ce qu'elle permet de rendre les résultats intelligibles. Cependant, loin d'être un simple point d'aboutissement d'une réflexion, l'écriture est bien un acte à part entière de la recherche, quand bien même elle dépend des choix réalisés (Vilas Boas, 2012). En ce qui nous concerne, nos choix portent entre autres sur l'adoption de la théorisation ancrée comme méthode d'analyse des données. Cela exige un va-et-vient entre données empiriques et phénomènes émergents, ce qui nécessite des étapes d'écriture. Par conséquent, le but assigné à l'écriture dans ce cas-ci consiste à rendre cohérent un travail empirique qui procède par tâtonnements, sans linéarité. De ce fait l'écriture traduit et « (re)construit » une recherche (Zaki, 2006).

Nous n'avons pas attendu la fin de l'étape d'analyse pour commencer l'écriture de la thèse. En effet, celle-ci s'est faite par à-coups, en différentes circonstances.

D'abord, chaque fois que quelqu'un nous demandait le sujet de notre thèse, il ne s'agissait pas pour nous de citer textuellement notre sujet mais plutôt de procéder à une tentative d'explication de notre recherche, vu que l'intitulé du sujet ne disait pas grand-chose à un profane. Il s'agissait-là d'un exercice pénible au départ, car il nous était difficile de résumer une thèse au détour d'une conversation, sans oublier que notre méthode et les concepts afférents étaient à un stade de maturation. Cependant, l'exercice nous apportait un bénéfice ex-post, car nos interlocuteurs, dans un souci de clarification, de manière non-intentionnelle, nous glissaient parfois des termes qui nous manquaient et que nous intégrions dans notre lexique; ils reformulaient nos idées de manière beaucoup plus claires que nous. Ainsi, sans nous en rendre compte, nous écrivions des morceaux de notre thèse « en parlant » (Zaki, 2006).

Ensuite, dans l'objectif de publier des articles sur certains aspects de notre recherche, nous avons eu à écrire des drafts qui ont été, par la suite, utilisés dans le cadre de la rédaction de notre thèse.

Enfin, nous avons eu à participer à des colloques, sommets ou séminaires des doctorants qui nécessitaient de notre part, la rédaction de résumés ou de présentations qui nous ont servi comme matériau pour la rédaction de notre thèse.

Tout compte fait, l'écriture de notre thèse se présente comme l'assemblage des morceaux d'un puzzle qui manquaient des pièces correspondant à des vides qu'il fallait combler avant de procéder à une mise en cohérence.

Au lieu de procéder par une juxtaposition des monographies de nos trois cas, suivies de leur comparaison, nous avons opté pour un style de présentation congruent avec la démarche comparative de type intégratif. Pour ce faire, nous avons adopté un plan thématique présentant d'abord les analogies concernant les cas, avant de faire ressortir les différences. Il s'agit-là d'une forme de mise en texte qui, selon Monzada (1995), « homogénéise les éléments hétérogènes qui interviennent dans la recherche, les structure, les relie de façon intelligible, les distribue stratégiquement ».

Chapitre 13: Discussions autour du processus d'appropriation

13.1. Quelle communauté pour une appropriation de la CdS

Tout d'abord, il est intéressant de s'intéresser à la nature de la communauté. Qu'est-ce qui fait réellement communauté ? Peut-on parler de communauté sans porter un regard sur l'existence d'un espace de confiance et de réciprocité qui lui serait associé ? Nous sommes convaincu que non. En effet, sans espace de confiance et de réciprocité, il ne saurait y avoir d'investissements opérés par les membres de la communauté, de manière volontaire et à un niveau frisant parfois le sacrifice, comme nous l'avons vu dans nos trois cas.

Le postulat que les communautés fonctionnent de manière harmonieuse et travaillent à l'unisson est trompeur et fait que l'on exige beaucoup des communautés en termes de participation collective, sans pour autant se préoccuper de comment fonctionne la communauté et comprendre dans quelle mesure, elle peut travailler de manière collective.

Il apparait que les trois communautés étudiées sont caractérisées par l'existence d'un espace de confiance et de réciprocité et un pouvoir d'agir collectif. En outre, l'on note un fort attachement communautaire de leurs membres qui trouve ses racines dans l'expression de différentes formes d'identité communautaire construites à travers le discours. Cette jonction entre identité et appropriation rejoint la thèse de Dupuy (2003) selon laquelle l'appropriation est à comprendre comme un élément contribuant à construire une identité. Cela l'amène à définir l'appropriation comme « un processus de co-construction de l'identité d'un lieu ou territoire et du groupe qui l'occupe... Par la transformation de l'espace en patrimoine, par le travail de mémoire collective, les groupes sociaux inscrivent dans l'espace leur identité, construisant de la sorte l'identité spatiale de leur territoire, qui leur sert, en retour, de support de référence de leur propre identité ». La CdS appropriée devient espace de réalisation de la communauté.

Plus qu'une communauté géographique, ethnique ou autre, l'identification à des valeurs morales, religieuses ou traditionnelles et apparait comme étant plus propice à l'appropriation communautaire. L'identification aux valeurs résulte d'une construction discursive qui permet de

créer un imaginaire collectif. Cela rejoint la thèse de Boyer (2009), selon laquelle « La dimension imaginaire et imaginée est très forte, et c'est bien le langage qui permet de faire émerger, en tant qu'outil de partage du sensible par excellence, des points, limites, symboles, ambiances communes à une majorité de la population (ou même permettre l'affrontement entre plusieurs visions, partagées à plus petite échelle) ». Dans le même ordre d'idées, la pratique de l'action commune génère inévitablement une histoire commune et des habitudes qui finissent par s'ancrer dans l'identité profonde des membres, ce qui crée à terme une proximité identitaire.

Un élément majeur du pouvoir d'agir de la communauté est l'existence d'un leadership diffus imbu des enjeux de la santé. Le rôle des leaders dans l'appropriation a été mentionné par Boyer dans l'étude de l'appropriation de l'espace (Boyer 2009). Elle affirme que les leaders de l'appropriation sont « porteurs d'une esthétique dominante et d'une interprétation marquée de l'imaginaire collectif et ils contribuent à façonner les voies d'appropriation de l'espace, eux-mêmes étant des acteurs ayant généralement très bien approprié cet espace ». Cependant, il importe de s'interroger sur la nature de ces leaders dont le concept appartient au management d'inspiration individuelle et néo-libérale. Dans le contexte communautaire le leadership repose largement sur l'habitus collectif et non sur la personnalité du leader qui devient incarnation de la communauté. Il ne s'agit point d'un individu qui, par ses attributs intrinsèques, s'impose à la communauté, mais plutôt d'un individu bénéficiant d'un capital culturel basé sur la reconnaissance de ses attributs par la communauté. Un adage Wolof illustre bien la situation ; « un leadership sollicité vaut mieux qu'un leadership imposé. »

Bien qu'il soit la capacité par laquelle l'appropriation est actualisée, le pouvoir d'agir ne saurait expliquer à lui seul l'appropriation. Selon Elias, le pouvoir d'agir suppose « la saisie stratégique des opportunités qui naissent pour les individus et les groupes, mais non dans la création actuelle de ces opportunités qui sont prescrits et limités pat les structures actuelles de la société et la nature des fonctions exercées en son sein par les gens ». Les attributs de la communauté, conjugués à sa capacité à opérer des choix stratégiques selon les circonstances, expliquent la capacité de la communauté à gérer les moments critiques et à faire preuve de pro-activité.

Pourquoi à conditions égales, certaines communautés parviennent à créer une CdS et la faire évoluer en l'appropriant, tandis que d'autres rencontrent des difficultés de tous ordres ? Ce qui nous parait déterminant, c'est la capacité des membres d'une communauté à partager les mêmes ambitions et le même narratif ; la capacité à gérer les événements critiques ; et la capacité de mobiliser plus facilement les ressources internes, qu'elles soient humaines ou matérielles.

13.2. Ressorts de l'appropriation

13.2.1. L'appropriation comme choix collectif et construction communautaire :

Nos résultats montrent la place importante que joue l'identité collective. A ce niveau aussi, l'on peut interpeler le rôle joué par l'identité collective qui ne peut être que celui du partage et donc, de la production d'un sens collectif (Chareadau, 2009). Cela nous autorise à faire la jonction entre identité collective, construction de la communauté et appropriation de la CdS.

L'appropriation apparait comme une intention et une volonté manifestées et actualisées par la communauté. L'intention et la volonté ne constituent pas une génération spontanée mais émanent de quelques personnes au sein de la communauté qui agissent comme porteurs d'idées, de médiateurs et de catalyseurs. Dans ce cadre, l'appropriation n'est pas une réponse à une quelconque injonction à l'appropriation, ni le résultat d'actions non-intentionnelles, mais apparaît plutôt comme un effort, une tension, une volonté continue de construction communautaire. L'on peut aussi parler de renouvellement permanent de ce qui fonde l'entité relationnelle qu'est la communauté. En tant que construction communautaire, nos résultats montrent que l'appropriation est impulsée par un petit nombre d'individus ou de groupes dans la communauté. Ces derniers, du fait de leurs trajectoires de vie et de la place qu'ils occupent dans les différentes configurations au sens Eliasien du terme, ont pu acquérir une prise de conscience des enjeux de la santé et sont capables de les faire partager avec le reste de la communauté. Cependant, ils ne prêchent pas seulement par les discours mais donnent l'exemple en investissant leur temps et leurs moyens pour donner corps et vie à la CdS

Au demeurant, les caractéristiques des individus ou des groupes ne sauraient à elles seules suffire pour influencer une communauté. En effet, comme le rappelait Elias, ce sont les communautés qui créent les conditions qui favorisent l'émergence de ces individus qui peuvent être considérés comme des leaders ou non; et ce sont aussi les communautés qui secrètent les configurations permettant l'exercice des relations d'influence ou d'émulation qui entrent en jeu dans le cadre de l'adhésion communautaire.

En outre, nous estimons que l'expression d'un choix collectif est à relier aux ambitions de la communauté, considérant que toute ambition nécessite aussi d'opérer des choix préalables qui permettent à une communauté de s'accorder sur les priorités vers lesquelles orienter l'action collective. Cela va de pair avec l'existence d'une gouvernance de la communauté qui ferait que tous sont impliqués dans la prise de décision. Les choix sont les résultats de négociations et de transactions au sein du groupe social qui ne sont cependant pas immunes des influences relatifs au facteur supra-communautaires.

Ces négociations et transactions mettent en jeu des relations de pouvoir au sein de la communauté qui peuvent aussi la déstabiliser. Cela concerne aussi bien l'équilibre des pouvoirs au début du processus, que la distribution de pouvoir découlant de l'appropriation de la CdS qui crée une nouvelle reconfiguration. Une reconfiguration non-conflictogène, mais qui renforce le sens d'identification communautaire nous parait plus favorable à l'appropriation.

13.2.2. Le jeu des capitaux dans l'appropriation de la CdS

Les trois capitaux interviennent de manière différente dans la construction de l'appropriation communautaire, tout en restant fortement lies entre eux. Ainsi, le capital culturel entre en jeu dans la constitution de l'identité communautaire ; le capital social qui intervient dans la mise en œuvre de l'action collective ; Par contre, nous estimons que le capital symbolique est déterminant dans la construction de l'appropriation communautaire en tant que processus et non finalité, tout en venant renforcer l'identité et renouveler l'espace de confiance pour l'action collective.

Cette interaction entre les capitaux a déjà été soulignée par certains auteurs dont Thomas Abel (2008) qui explique que « les différentes formes de capitaux sont en constante interaction et

influencent la reproduction sociale des inégalités de santé à travers l'acquisition des différents types de capitaux, leur transmission et leur multiplication. »

Bourdieu parle de conversion entre les trois capitaux social, culturel et symbolique. Il y ajoute même le capital économique. Nous n'avons pas trouvé de conversion entre les capitaux mais plutôt d'interaction. Le capital culturel coïncide avec la constitution d'une communauté, qui partage un récit commun qui peut évoluer en fonction de l'action collective. Cette première forme permet l'ouverture d'un espace de confiance et de réciprocité, dans lequel les membres investissent sous forme d'entraide ou de contrôle social informel, ce qui correspond au capital social. Le retour réflexif de l'expérience de l'action (des accomplissements) devient source de fierté et d'estime de soi, d'où une première forme de reconnaissance, interne (capital symbolique) avant que la reconnaissance extérieure ne confère à la communauté un pouvoir symbolique, un prestige.

Ainsi nous voyons que le capital culturel peut déterminer la qualité du capital social comme l'avait établi Mendis (1998).

Il apparait donc que, dans l'appropriation des CdS, le capital symbolique s'exprime au niveau communautaire en entrant en jeu dans la construction de l'appropriation communautaire en tant que processus et non finalité, tout en venant renforcer l'identité et renouveler l'espace de confiance et de réciprocité, lui-même essentiel pour l'action collective.

Ainsi, nous ne nous situons pas dans le cadre du capital symbolique bourdieusien au niveau individuel, basé sur la reconnaissance des pairs, c'est-à-dire, « de ceux qui, engagés dans la poursuite des mêmes enjeux au sein d'un même univers social et plus ou moins pourvus, en fait d'autorité à en juger, par le crédit qu'ils ont eux-mêmes accumulé, sont aussi dotés de mêmes critères de perception et d'évaluation des qualités présentées et des succès obtenus » (Bourdieu). Par contre, dans les trois cas qui nous concernent, il s'agit plutôt de la reconnaissance de la part des autorités administratives et sanitaires ; et aussi des partenaires.

Cependant, dans le champ socio-sanitaire, plus particulièrement dans le cadre communautaire, il existe une forme de reconnaissance particulière à laquelle les personnes sont particulièrement sensibles et qui n'est pas rattachée à des attributs particuliers des individus, tels que l'érudition ou la sagesse ; il s'agit de la reconnaissance relative aux investissements, aux sacrifices et aux efforts au profit de la communauté. Cette forme de reconnaissance qui est une forme de réciprocité, donc

rattachée au capital social, est à la base des sacrifices consentis par les acteurs de la CdS. Elle s'exprime principalement à travers le discours.

Des études ont montré l'influence exercée par le capital symbolique, mais au niveau individuel, dans certains domaines comme la santé, plus particulièrement dans l'implication du patient dans la recherche en santé où le pouvoir du capital symbolique a été démontré (Lockok. 2016).

Concernant le capital social, il intervient dans l'action collective en facilitant le rapprochement entre les différents groupes qui interviennent dans la CdS. Des études révèlent le rôle du capital social dans l'appropriation d'autres types d'objets, tels que :

- les outils d'une technologie (Karaoui, 2012 ; Collard, 2015) ;
- l'espace publique (Kelogue, 2011);
- les projets de développement (Wiesinger, 2007 ; Ndengue, 2011 ; Callois, 2004).

Quant au capital culturel, nous avons montré comment il est fondateur de l'identité communautaire. Nous nous situons loin de l'acception du capital culturel selon Bourdieu, en tant que principe de distinction des classes sociales, basée sur les capacités différenciée « fondée sur la possession d'un capital culturel constitué ou hérité. » En revanche, nous sommes plus proches de l'acception du capital culturel proposé par Berkes (1998), que Jeannotte (2003) a merveilleusement synthétisé en affirmant que « la manière dont les gens perçoivent le monde et l'univers, leur philosophie environnementale et leur éthique dans ce domaine, leur savoir traditionnel ainsi que leurs institutions sociales et politiques détermineront comment ils fonctionneront dans leur milieu. Le capital culturel intrinsèque - ou l'habitus - forme donc l'assise de ce concept. »

Dans le domaine de la santé, Dufour et Favez (2017) rappelle que « Thomas Abdel défend le fait que le capital culturel, et non pas le capital économique ou social, est le capital le plus important au niveau des inégalités de santé. »

13.3. Comparaison de l'appropriation de la CdS et celle d'autres « objets »

L'appropriation, telle que qu'elle ressort des nombreuses définitions issues des différentes champs disciplinaires, recèle deux idées dominantes, à savoir la propriété et l'adaptation. Perla Serfaty (2003) affirme qu'il s'agit « d'une adaptation de quelque chose à un usage défini ou à une destination précise; d'autre part, celle, qui découle de la première, d'action visant à rendre propre quelque chose... La notion de propriété...».

Cela est valable dans le cas de l'appropriation de la CdS, avec la précision que la propriété dont il est ici question est d'ordre moral, psychologique et affectif.

Les populations matérialisent la possession de leur CdS par un marquage social en utilisant la CdS comme siège d'interactions sociales, par exemple, en y transférant par exemple leurs pratiques sociales de participation. Elles adaptent aussi la CdS en opérant un « détournement d'usage ». C'est le cas quand la CdS est utilisée à d'autres fins que la santé comme lorsqu'elle est utilisée pour abriter un jardin ou pour servir comme lieu de rencontres.

L'application par Simard (2000) de la phénoménologie de l'espace lui a permis de décomposer le concept à l'étude d'appropriation de l'espace public selon trois aspects. Le premier concerne la satisfaction exprimée (opinions par rapport à la qualité du site et à ses bénéfices); le second renvoie à la symbolique du lieu (lié à l'image du lieu); et le troisième est relatif au sentiment de contrôle (place du citoyen dans le processus décisionnel, considération des avis et besoins de la population dans l'implantation et la gestion du site).

Ces trois aspects offrent une grille d'analyse tout à fait intéressante à l'étude de l'appropriation de la CdS.

Contrairement aux autres formes « d'objet » d'appropriation qui sont caractérisées par l'omniprésence de la propriété et l'utilisation comme concepts-clés, l'on pourrait dire que la participation constitue l'un des concepts-clés dans le cadre de l'appropriation de la CdS. En effet, elle apparait d'abord comme un moyen pour les individus de manifester leur appartenance communautaire en prenant part aux actions collectives concernant la CdS. Cela est confirmé par Erik Neveu qui affirme que : « La participation au collectif offre à l'individu la possibilité de revendiquer de l'appartenance »

En outre, dans la CdS, la participation joue d'autres rôles dans le processus d'appropriation de la CdS:

- la participation comme support d'acceptabilité / acceptation du projet ; dans la vie d'une CdS, il y a des étapes où le système de santé introduit de nouveaux services, des procédures, des méthodes organisationnelles, etc. dont la réussite dépend de leur acceptation par la communauté ; le système de santé est obligé de recourir à l'arme de la "sensibilisation" avec un discours de pédagogie pour aboutir à l'acceptation de ces innovations ;
- la participation comme moyen de concertation et d'implication dans le processus décisionnel : la CdS étant sous la tutelle de la communauté et du système de santé, il existe des mécanismes de concertation et d'implication de la communauté à travers la mise en place d'un comité de santé ;
- la participation comme moyen de gestion partagée de la CdS : la double tutelle de la CdS nécessite une gestion partagée par l'entremise du CoS ; la gestion partagée dépasse les ressources financières, car elle englobe la gestion des services de santé et le personnel communautaire ;
- la participation comme moyen de favoriser l'utilisation de la CdS : la participation à certaines activités de groupe comme les causeries animées par les agents de santé communautaire constitue une des stratégies pour favoriser l'utilisation de certains services de santé tels que le suivi de la croissance des enfants, la vaccination, etc. ;
- la participation comme moyen d'assurer la transparence en matière de gestion et la redevabilité des acteurs-clés de la CdS : la CdS a des enjeux financiers liés aux revenus générés, qui, en l'absence d'une gestion transparente, peuvent susciter des convoitises et des rivalités sources de conflits pouvant paralyser son fonctionnement.

Cette importance de la participation et sa relation dialectique avec l'appropriation se retrouve dans l'approche socioculturelle du développement (Rogoff, 1995); ce dernier étant conçu « comme la transformation des modalités de participation à une pratique sociale, guidée et soutenue par la

communauté des pairs, le matériel, les outils, et par toute l'histoire de la construction culturelle de cette pratique ».

13.4. Questionnements autour de la notion d'appropriation de la CdS

La CdS est-elle appropriable ? Quelle est la finalité de l'appropriation ? Est-ce que l'appropriation de la CdS revêt la même signification pour le système de santé et les populations ? Quel est le poids des jeux d'acteurs dans le processus d'appropriation ? De quelle forme d'appropriation s'agit-il ? Autant de questionnements qui pointent des limites et justifient des critiques au concept d'appropriation des CdS

13.4.1. La CdS est-elle appropriable?

Avant tout, il faut souligner que la question de l'appropriabilité de la CdS n'est pas triviale ou saugrenue, si l'on se réfère au signifié de la notion d'appropriation. Il s'agit là d'une question d'ordre philosophique qui mérite d'être posée à la lumière de l'affirmation de Michel Serres selon laquelle on ne peut s'approprier que ce qui n'est pas à soi.

La question logique qui s'en suit est la suivante : à qui appartient donc la CdS ?

Si elle appartient véritablement à la communauté, la question de son appropriation ne devrait pas se poser car l'on n'a pas besoin de s'approprier ce que l'on possède déjà. Si tel est le cas, l'on pourrait alors être amené à parler plutôt de pérennisation ou de durabilité. Cela ne se résume pas à un duel de concepts car les frontières qui les délimitent ne sont pas clairement établies et parfois ils sont même utilisés de manière interchangeable. Certains considèrent que l'appropriation est un préalable à la durabilité (Bossou, 2017; Passe, 2015)

Si la CdS n'appartient pas à la communauté, c'est toute la philosophie des Soins de Santé Primaire qui est remise en cause car, par principe, la CdS est censée appartenir à la communauté. Mais dans la réalité, c'est le système de santé qui est aux commandes. Ce faisant, il dicte son agenda et détermine les modalités d'appropriation qui se résume à la continuité des services à la fin des projets. Cela est conforme à l'affirmation de Neuman selon laquelle « dans le néolibéralisme nous pouvons trouver des mesures qui auto-régularisent l'appropriation ».

13.4.2. Quelle est la finalité de l'appropriation communautaire de la CdS pour les populations ?

Est-ce que dans nos trois communautés les personnes ont une meilleure santé que celles qui sont dans les autres villages n'ayant pas de CdS aussi fonctionnelles et considérées comme appropriées par leurs communautés ? Est-ce que le rapport des populations à la santé a changé en faveur d'une meilleure prévention des maladies ? Même en l'absence de données pertinentes, mais à en juger par les données d'observation étayées et le fait que les rapports du système de santé ne relèvent pas cet état de fait, nous pouvons répondre sans risque de nous tromper par la négative.

Ainsi, le fait que l'appropriation de la CdS ne se traduise pas *ipso facto* par un meilleur état sanitaire de la population nous permet de dire que la finalité de l'appropriation de la CdS n'est pas d'améliorer la santé des populations. Cependant, il faut tout de même reconnaitre qu'elle est une des conditions de possibilité de cette amélioration. Ce qui nous semble manquer, c'est l'apprentissage autonome de pratiques nouvelles dans le champ de la santé; ce qui nécessite d'autres étapes, y compris des démarches d'émancipations des populations et la constitution de nouveaux savoirs, pas juste l'exécution de tâches définies par le monde extérieur.

Nos données de terrain font clairement ressortir que la finalité de l'appropriation de la CdS pour la population n'est point une meilleure consommation des services de santé comme le prône l'économie libérale visant à faire des humains de bons consommateurs, des rouages de production de biens et services. La finalité exprimée est plutôt relative à un besoin d'estime de soi, une quête de reconnaissance et un besoin d'exister dans la communauté des communautés. Fitche (1992) affirmait que l'homme ne devient homme que parmi les hommes. L'on pourrait dire qu'une communauté ne devient communauté que parmi les communautés.

En affirmant leurs caractéristiques, leur arrimage culturel et territorial et en s'imposant par le canal d'institutions telles que la santé, les communautés cherchent à acquérir une reconnaissance par les autres communautés et par tout ce qui représente l'Etat. La définition de la reconnaissance par Honneth dit-il, c'est un « acte performatif de confirmation intersubjective par autrui des capacités et des qualités morales que se prêtent des individus, des sujets ou des groupes ancrés dans un monde social vécu » prend alors tout son sens.

13.4.3 Est-ce que l'on peut susciter l'appropriation

Notre étude a montré les rôles joués par l'identification communautaire et la capacité d'agir dans l'appropriation de la CdS. Dès lors, il est logique de penser que pour susciter ou favoriser l'appropriation, il faudrait chercher à renforcer les communautés, notamment en ce qui concerne la création d'une identité collective, à travers la participation et la capacité d'agir collective. Pour ce faire, il faudrait mettre en œuvre des approches de développement communautaire qui sortent du champ de la santé.

A cet effet, l'approche sociocommunautaire théorisée par Bourque (2012) nous semble pertinente, qui « cherche à renforcer les liens sociaux et les solidarités de proximité en redonnant aux personnes du contrôle sur leur environnement immédiat ».

Cependant, dans le contexte de nos communautés en milieu rural, l'existence de liens sociaux et les services d'entraide ne sont pas ce qui manque, contrairement au milieu urbain où le lien social est entrain de se déliter. L'accent devrait être plutôt mis sur la mobilisation des pratiques de participation qui constituent le lit de la communauté au profit de la mise en œuvre d'actions collectives pour gérer les évènements critiques, pour anticiper sur les évènements et pour traduire en réalité les ambitions de la communauté. Il ne s'agit point d'éduquer les populations selon des standards occidentaux pour qu'elles puissent se prendre en main.

Nous estimons que la culture de la reconnaissance s'appuyant sur le discours, est un levier sur lequel les communautés pourraient agir. Des communicateurs traditionnels existent dans toutes nos communautés. Jadis, au-delà d'être des dépositaires de la tradition orale, ils jouaient un rôleclé dans la construction communautaire, en contribuant à conférer un pouvoir symbolique, en louant publiquement la bravoure des uns, la générosité des autres et autres faits de société. Ils peuvent constituer de bons médiateurs communautaires pour fédérer les énergies et promouvoir la participation communautaire.

Cela prône pour une prise en compte de la culture comme force motrice dans les stratégies de développement communautaire.

13.4.4. Quels sont les sens donnés à l'appropriation?

Dans la pratique, il y a une opposition de sens entre la conception de l'appropriation par le système de santé et celle des communautés. Pour le système de santé, appropriation rime surtout avec une participation instrumentale, afin de garantir la continuation des services après le retrait des partenaires. Quant à la communauté, l'appropriation est comprise comme un transfert des charges financières supposées être supportées par l'Etat ou les Collectivités locales. D'ailleurs le concept de transfert de la CdS a été même institutionnalisé à travers la Stratégie nationale de Santé communautaire. Dès lors, l'appropriation par le transfert devient une hantise pour les communautés et non comme une chose désirée et recherchée.

Ainsi, les communautés en sont réduites à occuper les espaces interstitiels du champ sociosanitaire que le système de santé veut bien laisser ou n'a pas intérêt à occuper. Il s'agit d'espaces de défis concernant la motivation des acteurs communautaires, le financement de la santé et la continuation des services à la fin des projets. Pour cette dernière, il faut noter le paradoxe relatif au fait que le système de santé attend des communautés qu'elles assurent la continuité des services, ce que lui-même n'est pas capable de réaliser pour ses propres services quand cessent les financements des bailleurs de fonds. L'on pourrait ainsi parler d'appropriation par « adoption contrainte », par opposition à l'appropriation authentique, pour utiliser des termes de Roxana Taddei (2015)

Cela pose la nécessité d'une véritable pédagogie de l'appropriation qui ne peut se concevoir dans le cadre des programmes de sensibilisation ou de communication pour le changement de comportement, mais, plutôt dans le cadre de programmes de développement communautaire reposant sur le renforcement du pouvoir et de la capacité d'agir des populations. A défaut, le système de santé et ses partenaires continueront à blâmer les communautés pour leur manque de participation et d'appropriation des CdS.

13.4.5. Quel est l'impact du jeu d'acteurs sur l'appropriation?

Il existe une abondante littérature sur l'influence des jeux d'acteurs dans le domaine de la santé. Nous avons dénombré plus d'une dizaine d'acteurs impliqués directement ou concernés par la CdS. Chaque acteur développe sa propre logique et poursuit ses propres intérêts. Cela déteint nécessairement sur les logiques d'appropriation, le sens donné à l'appropriation et le rapport à l'appropriation. Tout cela n'aurait pas posé de problèmes si les logiques déployées par les acteurs et les intérêts qu'ils poursuivent créaient une dynamique positive en faveur du bon fonctionnement et de l'appropriation de la CdS. Au contraire, ces logiques sont le plus souvent conflictuelles, calculatrices, inhibitrices, déstabilisatrices, exploitatrices et dominatrices, plutôt que synergiques, éthiques, habilitantes, stabilisatrices, égalitaires, coopératives ou symbiotiques.

Dès lors que les logiques d'engagement sont différentes, il en sera de même des logiques d'appropriation, ce qui rend le processus d'appropriation flou et peu lisible.

Le fameux slogan contre le patronat de mai 68, illustré par la figure 12, est une caricature instructive du jeu d'acteurs ci-haut décrit.



Tableau 12 : Tableau de l'Atelier Populaire, ex Ecole des Beaux-Arts

13.4.6. Appropriation, oui! Mais à quel niveau?

Certains auteurs, par leurs réflexions, ont fourni des éléments qui autorisent à penser à un gradient de l'appropriation, de ses formes les plus élémentaires jusqu'à celles plus idéalistiques.

En effet, le concept d'appropriation, au-delà de sa généalogie qui la rattache à Karl Marx, (Serfaty, 2007) a été fortement influencé par le combat idéologique des années soixante-dix.

L'appropriation fait également référence à des rapports de domination et à des oppositions (celles entre les logiques de conception et les logiques d'usages, entre les usages prescrits et les usages effectifs); et à des rapports de domination (ceux qui opposent l'individu et le système ou ceux qui peuvent opposer les hiérarchies organisationnelles). Roxana Ologeanu-Taddei et Staii; Alter (1999) ; Perrialut (1989)

Ainsi, l'on peut considérer l'appropriation dans sa forme simpliste, en tant que prise de possession ; l'acquisition comme contrôle, création ou acquisition d'un pouvoir sur les choses; ou comme transformation ou « process of becoming » (Rogoff, 1995).

La forme d'appropriation centrée sur la possession mobilise des procédés essentiels d'intéressement et de participation au processus de décision. Elle vise à faire bouger les lignes de démarcation de la possession dans un cadre préétabli (Lamarch, 2018).

Par contre, l'appropriation inventive et critique a « pour horizon la révolution des conceptions, des représentations et des composantes de la vie sociale, tandis que l'appropriation sollicite l'imagination, la mobilisation collective et engage des processus de résistance via l'occupation, l'infiltration, l'hybridation, c'est -à-dire des logiques qui traversent les structures de pouvoir et les organisations politiques habituelles ».

Lamarche-Vadel (2014) explique que Lefebvre, célèbre théoricien du Droit à la Ville, trouve, du côté de l'art, un moteur, sinon un modèle de changement. Selon lui, l'art serait donc la forme la plus accomplie de l'appropriation.

La pratique artistique (plastique) devient un modèle d'appropriation dans la mesure où elle requiert et renouvelle les subjectivités à l'œuvre dans le quotidien. Cela pointe des démarches d'appropriation portées par une volonté de transformation sociale.

Dans le contexte des CdS, l'appropriation consiste en un déplacement des lignes de possession et de contrôle entre la communauté et le système de santé. Il ne s'agit point, pour les communautés, de questionner le système ou d'essayer de le transformer, mais plutôt de se comporter en partenaires dociles et formatés par le système de santé pour réciter les recettes pour un changement

de comportement et jouer des rôles précis, préservant ainsi un statut quo qui ne menace pas le pouvoir et les prérogatives du système de santé. D'où l'absence de nouveaux apprentissages générés par les CdS.

CONCLUSIONS

La conclusion générale de notre travail de thèse nous donne l'occasion de jeter un regard rétrospectif sur le processus de recherche que nous avons entrepris. Pour ce faire, nous commençons par retracer les grandes lignes et les étapes-clés de notre processus de recherche sur l'appropriation de la CdS, en prenant soin de synthétiser les éléments de réponse à nos questions de recherche, en relation avec nos hypothèses de recherche. Dans un second temps, nous présentons les contributions de notre thèse. Dans un troisième temps, nous nous évertuons à apporter les éléments justificatifs de la validité de notre thèse. Dans un quatrième temps, nous prenons le soin d'expliciter notre réflexivité et décliner les limites de notre recherche. Enfin, nous suggérons de nouvelles pistes de recherche.

Synthèse de la recherche

L'Objectif principal de notre recherche est de comprendre le processus d'appropriation de la CdS selon la perspective des communautés. La CdS est une opérationnalisation de la politique des Soins de Santé Primaire, popularisés par la Conférence d'Alma Ata en 1978, qui vise à assurer l'accès universel aux soins sur la base des valeurs de justice sociale, du droit à une meilleure santé pour tous, de la participation et de la solidarité. Elle est matérialisée par une structure de soins de base au niveau communautaire où officient des agents de santé communautaire issus de la communauté et travaillant comme volontaires. La participation communautaire s'effectue à travers un comité de santé chargé de gérer la CdS, et par l'utilisation des services de la CdS par les populations.

La problématique de notre thèse gravite autour de la tension entre les attentes placées sur le modèle de la CdS, en tant que base de la pyramide sanitaire et les défis d'appropriation de ce modèle exogène par les communautés. L'absence d'appropriation communautaire vide le modèle de son sens et n'assure pas un fonctionnement optimal de la CdS, à moins qu'elle ne soit portée par des partenaires qui en assurent le financement. Ce qui pose l'épineux problème de la pérennisation du

modèle. Dès lors, toute la stratégie visant à institutionnaliser la santé communautaire avec les CdS risque d'aller à vau-l'eau.

Cependant, l'on constate qu'à conditions égales, quelques communautés réussissent le pari de l'appropriation. Toujours est-il que le processus d'appropriation communautaire de la CdS n'est pas compris, car n'ayant pas encore étudié, ce qui fait l'originalité de notre recherche. Le plus souvent, à tort ou à raison, l'on se contente de blâmer les communautés, par des formules rédhibitoires, pour leur manque de participation. Cela justifie le choix de cette problématique comme sujet de recherche pour notre thèse.

La prise en charge de la problématique nous a amené à poser les questions de recherche suivantes :

- quelles dynamiques de participation sont associées à l'appropriation ?
- quels sont les éléments relationnels qui entre en jeu dans l'appropriation communautaire des CdS ?
- comment se déroule le processus d'appropriation ?
- comment susciter ou faciliter l'appropriation ?

Ces questions de recherche sont traduites en objectifs de recherche ainsi déclinées :

- développer un cadre sociologique interprétatif de l'appropriation communautaire ;
- décrire, expliquer et comprendre le processus d'appropriation.

Notre recherche s'inscrit, à la fois, dans les sphères des sciences sociales, en ce qu'elle couvre les dynamiques sociales, ainsi que les avis et significations des communautés, relativement à la participation communautaire et de la santé communautaire (en tant que branche de la santé publique), relativement à la gouvernance sanitaire communautaire, la participation communautaire et la mise en œuvre d'interventions de santé à base communautaire.

Notre posture de recherche est celle d'un Praticien-Chercheur évoluant dans un terrain de recherche familier mais abordé sous un angle nouveau. Etant donné la nature du phénomène social étudié, à savoir, l'appropriation communautaire, qui est fortement contextuelle et téléologique, nous avons opté pour une méthode de recherche qualitative, empirique et exploratoire.

Nous avons adopté un cadre conceptuel large, basé sur des catégories de pensée, telles que le capital culturel, le capital social et le pouvoir d'agir, en nous inspirant de Bourdieu mais, en les réinterprétant selon les réalités du champ qui caractérise notre étude. Ce cadre conceptuel est allié à une approche socio-historique propre à la sociologie relationnelle de Norbert Elias.

Pour baliser notre recherche, nous avons émis deux hypothèses centrées, d'une part, sur l'influence des dynamiques de participation sur l'appropriation communautaire, et d'autre part, sur les manifestations du capital social au niveau communautaire.

Ces hypothèses ont conduit à des résultats fertiles et inattendus, particulièrement la place du capital symbolique dans le processus d'appropriation communautaire. En outre, l'émergence des pratiques de participation à la place de la participation organisée a fourni de riches enseignements sur la finalité de la participation, et en fin de compte, de l'appropriation communautaire des CdS.

Comme stratégie de recherche, nous avons choisi l'étude de cas multiples. Ce choix est justifié par le fait que l'étude de cas est jugée adaptée quand la recherche propose de traiter d'un phénomène contemporain sur lequel le chercheur a, peu ou pas du tout, contrôle là-dessus; et quand la recherche est exploratoire et traite de questions « comment » et « pourquoi ». En outre, l'étude de cas multiples est appropriée, lorsque les facteurs contextuels sont pertinents pour le phénomène faisant l'objet d'étude.

La région de Thiès a été choisie pour abriter l'étude, du fait qu'elle abrite les premières CdS transférées; et qu'elle a la plus longue histoire en matière de décentralisation. Les CdS choisies appartiennent à trois Districts Sanitaires différents. Cependant, cela n'exclut pas l'option d'entreprendre une telle étude à une échelle plus grande, pourvu que les moyens soient disponibles.

Le choix des cas a émergé des réalités du terrain et constitue l'aboutissement d'une démarche d'une co-construction itérative et interactive, en tenant compte du principe de variation maximale permettant d'avoir des cas représentant des contextes sociaux, démographiques et culturels les plus différents les uns des autres. Nous avons choisi un type d'échantillonnage théorique, vu que la méthode convient quand les caractères des objets à étudier ne sont pas appréhendés à priori mais doivent émerger des données de terrain.

La méthode de collecte des données comprend des focus groups, des entretiens approfondis, des entretiens semi-structurés et l'observation directe; et a impliqué toute la gamme d'acteurs impliqués dans le fonctionnement, l'utilisation et l'encadrement des cases de santé.

Le corpus de données obtenu a été analysé en utilisant la méthode de la théorisation ancrée. Pour ce faire, le corpus a fait l'objet d'un codage suivi d'un processus de réduction des données, par étapes d'abstraction croissante, jusqu' à aboutir à quatre catégories composées de la reconnaissance de la communauté, du sens communautaire, du pouvoir d'agir de la communauté et des pratiques de participation.

La réussite de la case de santé qui est considérée comme un proxy de l'appropriation, se décline en termes de longévité et de continuité du fonctionnement de la case de santé et de permanence des acteurs, a été analysée en vue d'identifier les mécanismes de l'appropriation comprenant : la capacité de la communauté à gérer des évènements critiques dans la vie de la CdS, l'utilisation préférentielle de la CdS par la population et l'insertion de la CdS dans le tissu social communautaire. Il apparait que l'usage social de la case de santé participe de la construction de l'identité communautaire.

Le sens communautaire est nourri par l'identification ethnique, culturelle, religieuse, géographiques, ou valorielle. Les communautés étudiées partagent la caractéristique d'être des communautés de valeurs. Les valeurs identitaires invoqués s'inscrivent dans un triple registre relevant du moral, du traditionnel et du religieux.

Le pouvoir d'agir collectif apparait comme la résultante de plusieurs facteurs, d'ordres individuel et communautaire qui contribuent à la capacité de la communauté à mener des actions collectives qui reposent sur un sens partagé. Il repose sur la présence, dans la communauté, d'individus désintéressés et volontaires, comprenant les enjeux de la santé, capables de fédérer la communauté autour d'une ambition ou des objectifs, dotés de compétences en certains domaines du développement, reconnus et valorisés par la communauté et capables de catalyser les actions collectives. Cela est permis par l'existence d'un ethos de la communauté capable de mettre les sujets au débat dans le cadre d'un cercle de gens qui se font confiance et qui restent les éléments essentiels.

En outre, le pouvoir d'agir fait référence à des caractéristiques communautaires relatives aux structures et dynamiques organisationnelles.

La capacité à gérer des événements critiques imprévus qui jalonnent la naissance et l'évolution de la CdS apparait comme une expression du pouvoir d'agir des communautés et une manifestation centrale du capital social.

Les communautés étudiées partagent la caractéristique relative au fait qu'elles s'appuient sur leurs pratiques sociales de participation qui supplantent les formes de participation classiques et standards représentées par le comité de santé, inhérent au modèle de la case de santé.

En tant que pratique sociale, la participation a été disséquée, selon ses activités agentielles, structurelles et processuelles, discursives, mentales, cognitives et matérielles qui sont en interactions. Dans nos trois cas, la construction discursive de la participation et les activités mentales apparaissent comme les éléments centraux dans les pratiques de participation. Ainsi, il apparait que la participation est un moyen pour démontrer son appartenance à la communauté.

Sur la base de ces principaux résultats, nous avons élaboré un cadre sociologique interprétatif qui permet de comprendre le processus d'appropriation communautaire de la case de santé. Ce processus, déclenché par le sens d'identisation communautaire et mis en œuvre, grâce au pouvoir d'agir de la communauté, arrive à motiver les acteurs-clés de la case de santé et obtenir la participation de la communauté.

Le processus d'appropriation est entretenu par deux boucles de rétroaction. La première boucle est entretenue par le sentiment de réussite de la CdS qui stimule et motive les acteurs de la CdS à entretenir le succès, en maintenant leur niveau d'engagement et de sacrifice. La deuxième boucle, se déploie au niveau collectif, en ce que le succès de la CdS accroit la fierté des populations et les incite à l'utiliser davantage.

La théorie des capitaux de Bourdieu permet d'interpréter le processus d'appropriation qui fait intervenir le capital culturel, le capital social et le capital symbolique.

Les trois capitaux interviennent de manière différente dans la construction de l'appropriation communautaire. Ainsi, le capital culturel entre en jeu dans la constitution de la communauté et

permet l'ouverture d'un espace de confiance et de réciprocité, dans lequel les membres investissent sous forme d'entraide ou de contrôle social informel. le capital social intervient dans la mise en œuvre de l'action collective dont le retour réflexif de l'expérience devient source de fierté et d'estime de soi, entrainant des formes de reconnaissance interne (capital symbolique) et externe avant que la reconnaissance extérieure ne confère à la communauté un pouvoir symbolique, un prestige ; et nous estimons que c'est le capital symbolique qui est déterminant dans la construction de l'appropriation communautaire qu'il contribue à entretenir.

Comment pourrait-on alors étudier le capital social et le capital culturel ? Nous sommes d'avis qu'en réalité, tout se retrouve dans le narratif des communautés, à condition d'apprendre à les écouter et non les considérer comme à former. Il y a sûrement des aspects précis, comme l'entraide, le contrôle social informel, la gouvernance, etc., qui sont des manifestations du capital social et qui peuvent être questionnées sur le terrain.

Nos résultats nous permettent de confirmer l'hypothèse selon laquelle l'appropriation des CdS est influencée par les dynamiques de participation communautaire. Mieux, ils permettent de préciser que c'est la participation, en tant que pratique sociale, qui soutient le processus d'appropriation, et non la participation telle qu'elle est organisée dans le modèle de la CdS.

Dans la même lancée, nos résultats nous permettent de confirmer l'hypothèse selon laquelle le capital social peut être défini au niveau de la communauté par ses manifestions que sont la création d'un espace de confiance et de réciprocité, le control social informel et des formes d'investissement au profit de la communauté. En fin de compte, la participation renforce le capital social en ce qu'elle devient une forme de reconnaissance et de réciprocité. L'on participe pour appartenir.

Notre étude confirme le caractère collectif de l'appropriation de la CdS, considérée comme un phénomène social, au-delà d'une accumulation d'actes individuels. A cet effet, il apparait comme « un processus déterminé par référence à un modèle socio-culturel, profondément marqué par l'ensemble des structures sociales et des représentations sociales » (Dupuy, 2003).

Cela rejoint aussi l'affirmation de Roxana Ologeanu-Taddei & Adrian Staii (2009), selon laquelle « si l'appropriation est le fait d'individus, elle n'en reste pas moins un processus collectif : la

structure mise en évidence par l'appropriation est ainsi le résultat d'un choix collectif et elle dépend donc fortement des caractéristiques et du contexte du groupe».

En effet, la diversité des sens attribués à l'appropriation de la CdS par les différents acteurs est réelle. Il aurait été possible d'étudier l'appropriation de la CdS selon la perspective du système de santé. Cependant, nous sommes convaincus que les résultats obtenus se seraient inscrits dans la perpétuation du statu quo. Le fait de nous focaliser sur la perspective des communautés nous a permis de comprendre que l'appropriation s'actualise comme processus et non comme finalité.

Il est important de mentionner la place importante que revêt le discours. En premier lieu, le discours participe de la construction de l'identité communautaire qui est à la base du sens communautaire. En second lieu, il constitue le lit du système de reconnaissance qui nourrit le processus d'appropriation

Contributions de la recherche

En investissant le terrain de l'appropriation, notre recherche se place dans un champ où se côtoient la philosophie (Marx, Bourdieu, Bachtine; Sarte, 1942), la sociologie des usages et de l'innovation (Proulx, 2002; Millerand, 2003; Bernoux, 2002; De Vaujany, 2003), la technologie de l'information et de la communication (DeSanctis & Poole, 1994; Orlikowski, 1992, 2000; Carroll, 2003), l'ergonomie (Dix, 2008; Haué, 2004; Le Guilcher & Pierlot, 2011; Haradji, Poizat, & Motté, 2011), le développement des outils de gestion, le développement des organisations, l'éducation, l'habitat (Bassand, 1990; Lefebvre, 1966), la psychologie de l'environnement (Serfaty-Garzon, 2003), le développement, la santé, etc.

La variété des conceptualisations de l'appropriation découlant des champs disciplinaires ci-dessus évoqués met en jeu différents « objets » d'appropriation » ; espace, objets, sentiments, expérience, langue, procédures, services, interventions, projets, structures, informations, enjeux, politiques, etc.

La CdS présente la particularité de regrouper un ensemble « d'objets » d'appropriation, tels que les enjeux liés à la CdS, la politique et les procédures qui régissent la création et le fonctionnement

de la CdS, la structure de santé placée dans son espace, les services de santé fournis, les interventions de santé, les projets mis en œuvre, les informations sanitaires et l'utilisation des services. Cela rend la CdS un objet d'étude très complexe, en ce qu'elle intègre différents « objets » d'appropriation, ce qui constitue une spécificité de l'étude.

Ainsi, notre recherche étend le champ d'étude de l'appropriation, en s'attaquant, aussi bien à un « objet » intégré et hybride, qu'à la temporalité du processus d'appropriation étudié dans le long terme.

Notre principale contribution peut se résumer en une meilleure compréhension des mécanismes en jeu dans le processus d'appropriation communautaire qui intéresse des domaines importants, tels que l'adaptation au changement climatique et la résilience des communautés, ainsi que les interventions à base communautaire.

Plus spécifiquement, notre recherche identifie les processus communautaires qui entrent en compte dans le processus d'appropriation. Ainsi, la construction discursive de l'identité communautaire et les pratiques sociales de participation ressortent comme des éléments nouveaux que nous n'avons pas trouvés dans la littérature sur l'appropriation.

Nous avons apporté un éclairage sur les manifestations de l'appropriation, en allant au-delà de la description des états d'appropriation et en remontant aux mécanismes qui génèrent ces états.

Nous avons montré comment les dynamiques communautaires interviennent dans le processus d'appropriation à travers les pratiques de participation.

Nous avons proposé un cadre sociologique interprétatif du processus d'appropriation communautaire de la CdS.

Nous avons posé un certain nombre de questionnements sur l'appropriation des CdS qui peuvent contribuer à une réorientation des stratégies de pérennisation des cases de santé, car allant de sens d'une définition de stratégies de construction communautaire, préalable à l'appropriation des modèles, politiques et interventions de santé.

Sur le plan méthodologique, la méthode de recherche empirique et la stratégie de recherche basée sur une étude de cas multiples ont apporté des éléments de connaissance sur l'appropriation des CdS qui pourraient éclairer des cadres théoriques développés pour l'étude de l'appropriation.

Le fait d'avoir adopté une perspective relationnelle plutôt que substantialiste, nous a permis de comprendre les mécanismes qui expliquent les manifestations de l'appropriation ainsi que des configurations associées aux dynamiques de participation qui nourrissent l'appropriation. Une perspective substantialiste n'aurait pas permis de capter les aspects dynamiques, temporels et historiques liés au processus d'appropriation.

L'adoption de la méthode qualitative et empirique, assortie de l'étude de cas, nous a permis de contribuer à la connaissance de l'appropriation de manière située, et de jeter les bases pour une théorisation de l'appropriation communautaire de la CdS. Cela n'aurait pas été possible avec une étude quantitative qui se limiterait à tenter de mesurer l'appropriation, ou en empruntant un des cadres théoriques de l'appropriation développés dans d'autres domaines, tels que la sociologie des usages.

Réflexivité du Doctorant-Praticien-Chercheur

Notre réflexivité en qualité de Doctorant-Praticien-Chercheur nous permet de rendre compte de la manière dont nous avons vécu notre double posture subjective, celle familière du praticien et celle nouvelle et distanciée du chercheur, par rapport à notre situation de liminalité qui nous a plongé dans une tension entre ces deux formes de subjectivité.

Notre statut de praticien nous a donné l'avantage d'évoluer dans un terrain de recherche qui nous est familier. En effet, cela nous a facilité l'entrée en recherche et le déroulement de notre enquête sans anicroches. En effet, notre expérience de terrain nous a permis de connaître les protocoles et rouages pour entrer facilement dans les communautés, utiliser les bons discours pour nous faire accepter par les différents acteurs. En outre, notre âge et notre discours nous ont permis de gagner rapidement la confiance des leaders des communautés et des enquêtés.

Dans le même ordre d'idées, contrairement au chercheur classique qui part de la maitrise des cadres théoriques avant d'affronter le terrain de recherche, en tant que praticien, nous sommes parti de la connaissance des réalités du terrain avant d'appréhender les différents cadres conceptuels et théoriques. Ce mouvement inverse, nous a fourni une relative facilité pour la compréhension des théories, en ce que nous arrivions à les opérationnaliser plus facilement dans notre tête, sur la base de notre expérience de terrain. Cependant, il n'en est pas moins source de défis, car il fallait, coûte que coûte, résister à la tentative d'expliquer les pratiques en vigueur sur le terrain de recherche sur la base d'un cadre théorique quelconque, récemment découvert et qui nous semblait congruent ; tout comme nous avions tendance « à chercher une relative sécurité » en évoquant ces théories et les concepts y relatifs, comme nous le reprochait notre directeur de thèse. Heureusement que ce dernier était toujours-là pour questionner nos choix, justifications et discours, en nous poussant jusqu'à nos derniers retranchements pour que nous recentrions nos développements autour de nos actions de recherche.

Comme notre statut de Doctorant-Praticien-Chercheur était connu de nos collègues et partenaires et que le sujet de recherche les intéressait, ces derniers nous interpellaient pour avoir notre point de vue sur certaines pratiques de développement ou solliciter une restitution de nos travaux. Comme nous n'avions plus, ni le même regard ni le même système de pensées qu'auparavant et que nous avions appris à déconstruire les approches et les pratiques, notre discours était perçu comme étant trop critique, car allant en contre-courant des discours normatifs. En retour, ils escomptaient que nous présentions des recettes de solutions à la place des pratiques existantes. Dans tous les cas, ces confrontations intellectuelles nous ont enrichi personnellement et nous presque plongé dans l'ambiance d'une soutenance de thèse.

Notre situation de liminalité et notre éloignement de l'institution universitaire ne nous ont pas permis de bénéficier du regard constant de notre directeur de thèse qui nous aurait épargné de certains égarements qui nous ont amené à nous aventurer trop loin dans certains champs disciplinaires et théories. Certes, ces aventures nous ont fait perdre du temps, mais nous elles nous ont permis de glaner des connaissances fort utiles pour notre propre développement intellectuel.

Les opportunités dont nous avons pu bénéficier en faisant des exposés de notre recherche dans le cadre de séminaires, particulièrement avec une Université colombienne, nous ont permis de comprendre l'importance de questionner le caractère téléologique des choix théoriques et conceptuels, pour ne pas tomber dans le piège de la reproduction des finalités définies par autrui, au lieu d'interroger le sens qui découle des actions des acteurs.

En fin de compte cette nouvelle posture de praticien-chercheur nous a changé en tant que praticien du développement, en nous offrant les moyens de décrypter l'invisible dans les pratiques de développement.

Validité de la recherche

Dans la partie méthodologie, nous avons présenté de manière détaillée notre réflexivité en tant que Doctorant-Praticien-Chercheur, les fondements épistémologiques de l'approche utilisée, tous les aspects de la méthode de recherche retenue et les outils de collecte de données utilisés. Cela a, pour objectif, de convaincre du caractère scientifique de notre recherche. Cela permet aussi de répondre au critère de fiabilité qui requiert un processus de recherche claire, logique et traçable selon Schwand (2001), nous avons d'abord justifié, et ensuite, expliqué de manière claire la méthodologie de recherche suivie, les méthodes de recueil et d'analyse des données.

La constance interne a été contrôlée aussi bien au moyen de la triangulation des points de vue et opinions des informateurs, que de leur comparaison avec les données empiriques (Denzin, 1978).

Le fait que nous avons pu intégrer des cas choisis selon la logique de la variation maximale dans un cadre logique, est une forme de confirmation de la validité du cadre logique. (Patton, 2002).

Nous avons adopté certaines mesures pour assurer la crédibilité de notre recherche. Nous avons tout d'abord adopté une triangulation des sources de données (entretiens semi-directifs, observation non participante, documents écrits). Nous nous sommes assuré de la transcription fidèle de toutes les données en l'effectuant nous-mêmes.

Concernant le critère de transférabilité qui peut être défini comme la généralisation de l'étude, il est renforcé dans notre recherche par le recours à une triangulation utilisant des multi-cas, différents sujets et diverses méthodes de collecte de données (Marshall et Rossman, 1989).

Le Tableau 17 suivant résume les différentes formes de triangulation adoptées.

Formes de triangulation	Description
Triangulation des cas	Trois cas choisis selon le principe de la
	variation maximale
Triangulation des répondants	- Informants-clés
	- Acteurs de la CdS
	- Membres des communautés
	- Agents chargés de l'encadrement des
	CdS.
Triangulation des outils de collecte de données	- Focus group
	- Entretien semi-structuré
	- Entretien approfondi
	- Observation non-participante

Tableau 17 : Formes de triangulation adoptées

Comme notre recherche a une dimension interprétative, la compréhension et la capacité à rendre compte de différentes réalités du phénomène social étudié participe du critère d'authenticité (Seale, 1999). Cela exige une connaissance et une proximité du terrain par le chercheur. Tel est le cas, car nos visites répétées sur le terrain d'étude pendant plus de quatre années, notre implication, en tant qu'enquêteur et transcripteur nous ont assuré une implication dans toutes les étapes de notre recherche. En plus, notre présence prolongée sur le terrain nous a fourni l'immersion et nous a facilité l'interaction avec les enquêtés, à tel point que notre présence était routinisée. Cela nous a permis de mieux comprendre l'état d'esprit et les caractères des uns et des autres, ce qui facilite la compréhension du sens de leurs discours. Ainsi, notre document est riche en citations et analogies, ce qui témoigne par ailleurs du fort degré d'interactions obtenu.

Limites de la recherche

La réflexivité du chercheur nous amène à admettre que notre expérience de plus de trente ans dans le domaine du développement communautaire pourrait être source de biais. La prise de conscience de cet état de fait nous a poussé à adopter une approche naïve des communautés et des problématiques concernées par la recherche.

Les populations nourrissent des attentes à l'endroit des « intervenants » extérieurs qui sont perçus comme des partenaires susceptibles d'apporter des financements ou des consultants venus évaluer la CdS. Cela peut se traduire par des discours d'apitoiement sur le sort de la population, de réification de la communauté ou d'exagération de la performance des acteurs. Nous avons cherché à minimiser cette limite en tenant au départ un discours de vérité et en rappelant le sens de notre présence avant chaque entretien, interview ou focus group. Nous avons compris qu'il fallait gagner la confiance des populations et avoir une connaissance objective de leurs états d'esprit, pensées et actions, en adoptant la démarche ethnographique de l'immersion pour pratiquer l'observation participante. Cela nous a même amené à participer à des événements sociaux culturels organisés dans chacune des trois communautés.

Comme tout travail de recherche, celle-ci n'échappe pas à certaines limites d'ordre conceptuel et méthodologique qui, cependant, peuvent constituer d'éventuelles pistes de recherche.

La limite conceptuelle est inhérente à la nature polysémique aussi bien du principal concept étudié, c'est-à-dire l'appropriation, que des concepts rentrant dans le cadre de son analyse, à savoir, les concepts de communauté et de participation. Les définitions de ces concepts, tirées de la littérature sont développées, selon une perspective substantialiste qui les décrit en termes de choses, d'êtres et d'états (Elias). C'est un défi que de décrire des processus hautement relationnels, en utilisant des catégories, ce qui exige de figer ces processus dans des états et utiliser des catégories pour les décrire. Nous avons essayé de ne pas tomber dans la trappe du substantialisme, en veillant à toujours revenir à l'aspect dynamique des concepts, mais, nous sommes conscient que cela n'a pas toujours été le cas. Cela ouvre des perspectives en matière de recherche théorique sur la sociologie relationnelle.

La limite méthodologique est relative à la sélection des cas. En effet, les cas d'appropriation ne s'offrent pas à première vue, surtout si l'on choisit de s'inscrire dans une longue temporalité, mais ils doivent faire l'objet d'une recherche en partant d'une base. Dans notre cas, ce fut une CdS réussie. Or la réussite d'une CdS est diversement appréciée par les acteurs et sa définition doit faire l'objet d'une co-construction. Donc cela exige le développement de critères d'appréciation

de la réussite qui ne sauraient être généralisables car contextualisables. Cependant, notre recherche a fait ressortir des régularités relativement à la « domestication » sociale de la CdS et à son utilisation préférentielle par la communauté lesquelles pourraient guider de futures recherches. En outre, l'application du principe de variation maximale pourrait être difficile à satisfaire, si le phénomène étudié est rare. Ce qui pourrait constitue une limite de la réplicabilité la méthode. Cependant la stratégie de l'étude de cas unique est tout à fait envisageable à la différence que la méthode de recherche devra être étoffée pour garantir la fiabilité de la recherche.

Eu égard au caractère relationnel du processus d'appropriation des CdS, le fait que cette recherche n'ait abordé que les dynamiques intracommunautaires constitue une limite. En effet, les facteurs supra-communautaires d'ordre politique, économique et social pourraient avoir des influences sur le processus d'appréciation communautaire de la CdS. Dans le cadre des CdS, la manière dont la politique de santé est appliquée localement, la présence et l'influence des ONG; et l'influence des collectivités locales (en termes d'appui ou de désintérêts) sur les CdS peuvent influer sur le devenir des CdS. Nous en étions conscient et c'est pour cela que nous avons circonscrit notre recherche dans une seule région pour minimiser l'influence des disparités de ces facteurs qui sont plus importantes entre régions médicales qu'au sein de la même région.

En outre, nous étions plus intéressé par la compréhension des dynamiques intracommunautaires. Il faut ajouter que nous nous situons dans le cadre d'une recherche exploratoire impliquant un seul chercheur aux moyens limités. En effet, une recherche qui serait exhaustive et menée à travers différentes régions nécessiterait des moyens humains et matériels qui dépassent le cadre d'une recherche doctorale.

Pistes de recherche

À la lueur des résultats produits dans cette thèse, nous pouvons identifier certaines pistes de recherche qui pourraient contribuer à mieux faire comprendre le processus d'appropriation des CdS.

Compte tenu du cadre limite de l'étude, une recherche, qui tiendrait compte de la variation interrégionale et engloberait les facteurs politiques et socio-économiques, pourrait apporter de nouveaux éclairages sur le processus d'appropriation.

L'étude des actions collectives dans différents domaines permettrait de mieux s'appuyer sur les réalités communautaires pour favoriser l'appropriation des interventions.

L'étude de l'appropriation de la CdS en tenant compte du jeu des acteurs constitue une piste de recherche intéressante qui pourrait apporter des enseignements pouvant aider à procéder à un meilleur pilotage de la santé communautaire au Sénégal.

L'approche utilisée pour comprendre l'appropriation de la CdS pourrait être appliquée à d'autres domaines utilisant des interventions à base communautaire telles que l'adaptation aux changements climatiques et l'étude de la résilience des communautés.

Principale recommandation

Au cours des focus groups, un agent d'encadrement de CdS travaillant pour une ONG a affirmé qu'une CdS réussie est une CdS ou « tout part de la communauté et tout retourne à la communauté ». Notre recherche nous a permis de comprendre que le processus d'appropriation est étroitement lié au fonctionnement de la communauté en tant que système et siège des interactions sociales qui sont influencées par les habitus communautaires.

Il n'y a pas deux communautés identiques. Paradoxalement la stratégie des programmes de développement est basée sur la fausse hypothèse que la communauté est une constante, ce qui entraine une standardisation des approches communautaires. La communauté a bon dos quand elle est souvent blâmée pour son manque d'implication, de participation ou d'appropriation.

Des efforts sont à faire par les programmes de développement, en vue de mieux connaître les communautés avec lesquelles ils travaillent, au-delà des monographies, des enquêtes KAP (knowledge, attitude and practice) qui figent les communautés pour les décrire et les classer dans des catégories. Or, il est plus important de savoir décrypter la trajectoire d'une communauté et d'analyser son fonctionnement.

Il ne saurait y avoir de recettes pour stimuler l'appropriation communautaire. Nous sommes d'avis que l'appropriation communautaire doit être consubstantielle aux approches de développement. Cela nécessite un changement de regard des agents de développement par rapport aux communautés qu'ils devraient considérer comme des unités de participation, des systèmes regorgeant de potentialités et de solutions qui ont besoin d'être stimulés et mobilisés ; au lieu d'être des nids de problèmes à résoudre, avec des solutions importées.

La prise en compte de la culture dans les actions de développement est à encourager car elle permet de mieux comprendre les ressorts de l'action collective, mais aussi, d'utiliser la culture en tant que ressource pour la communauté. Cela exige un minimum de connaissances en sociologie, anthropologie et psychologie communautaire. Dès lors, nous recommandons que les programmes à base communautaire, quels qu'ils soient, intègrent ces dimensions dans leurs stratégies d'intervention. Cela passe par la formation des agents de développement dans ces domaines.

BIBLIOGRAPHIE

- Abel, Thomas. (2008). Cultural capital and social inequality in health. Journal of epidemiology and community health. 62. e13. 10.1136/jech.2007.066159.
- Accardo, A. (2006). *Introduction à une sociologie critique. Lire Pierre Bourdieu*, Agone, series: « Eléments », 2006, 382 p., EAN: 9782748900637.
- A.I.D. (1980). Project Impact Evaluation Report No. 9 Sénégal: The Sine Saloum Rural Health Care Project.
- Alter, N. (2010). *L'innovation ordinaire*. Paris : Presses universitaires de France. DOI : 10.3917/puf.alter.2010.01
- Anadon, M. (2006). La recherche dite qualitative. Recherches VOL .26(1), 2006, pp. 5-31.
- Anadon, M., Guillemette, F. (2007). Construction de consensus établis sur le dialogue et l'intersubjectivité. Recherches qualitatives/Vol. 28(1), 2009.
- Andreani, T. (1997). Ce qui rend un rapport social méconnaissable. *In* T. Andreani et M. Rosen (éd.), *Structure, système, champ et théorie du sujet* (p. 247-259). Paris : L'Harmattan.
- Andreani, J-C. et Cochon, F. (2003). Méthodes d'analyse et d'interprétation des études qualitatives : État de l'art en marketing. Repéré à http://www.escpeap.net/conferences/marketing/2005 cp/Materiali/Paper/Fr/ANDREANI CONC HON.pdf
- ANSD. (2015). Enquête Nationale sur les Facteurs de Risque des Maladies Non Transmissibles. Sénégal.
- Bacqué, M. H., Biewener, C. (2013). L'Empowerment, une pratique émancipatrice ? Paris, Éd. La Découverte, coll. Poche, 2013, 175 pages.

- Bajoit, G. (1992). Pour une sociologie relationnelle. Paris, Presses Universitaires.
- Bassand, M. (1990). Culture et régions d'Europe, Presses Polytechniques et Universitaires Romandes, Lausanne.
- Bassey, M. (1999). Case Study Research in Educational Settings. Buckingham: Open University Press.
- Beaud, S., Florence, W. (2003) [1997]. Guide de l'enquête de terrain. Produire et analyser des données ethnographiques. Paris, La Découverte (Grands Repères).
- Beaulieu, A. (2004). Gilles Deleuze et la phénoménologie. Collection, De nouvelles possibilités d'existence, n° 12
- Becker, C., Mbaye, S., Thioub, I. (1997). AOF: réalités et héritages. Sociétés ouest-africaines et ordre colonial, 1895 1960. Tome I. Direction des Archives du Sénégal Dakar.
- Benbasat, I.; Goldstein, D.K., Mead, M. (1987). The Case Research Strategy in Studies of Information Systems Case Research. MIS quarterly, vol. 11 no. 3, pp. 369–386
- Bergson, H. (1900). Le rire: essai sur la signification du comique *Le Rire* (1899), PUF, 1993.
- Beillerot, J. (1991).La « recherche », essai d'analyse. In: *Recherche & Formation*, N°9, 1991. Le journal de classe. pp. 17-31; doi : https://doi.org/10.3406/refor.1991.1040 https://www.persee.fr/doc/refor_0988-1824_1991_num_9_1_1040
- Berger, PJ., & Neauhaus, R.J. (1977). To Empower People: The Role of Mediating Structures in Public Policy, Washington, DC, American Enterprise Institute for Public Policy Research.
- Bernard, H. R. (2000). Social Research Methods: Qualitative and Quantitative Approaches SAGE.
- Berkes, F., Carl Folke, C. (1992). Ecological economics. 1992, vol. 5, issue 1, 1-8.
- Blais, M., Martineau, S. (2006). L'analyse inductive générale: Description d'une démarche visant

- à donner un sens à des données brut. RECHERCHES QUALITATIVES VOL .26(2), 2006, pp. 1-18 5 http://www.recherche-qualitative.gc.ca/Revue.html
- Blondiaux, L., Fourniau, J. (2011). Un bilan des recherches sur la participation du public en démocratie : beaucoup de bruit pour rien ? Participations, 1(1), 8-35. doi:10.3917/parti.001.0008.
- Blum, H. (1969). Symbolic interactionism; perspective and method, 1969. Englewood Cliffs, N.J. Prentice-Hall
- Blumer, H.G. (1969). Symbolic Interactionism: Perspective and Method, New Jersey, Prentice-Hall.
- Borkan, J. (1999). Immersion/crystallization. In B. F. Crabtree, & W. L. Miller (Eds.), Doing qualitative research (pp. 179-194). Thousand Oaks, CA Sage.
- Bossou, L. (2017). Étude exploratoire des facteurs d'appropriation des résultats des projets et programmes de
- développement par les bénéficiaires : cas des projets financés par le Fond International de Développement
 - Agricole (FIDA) au Bénin. Mémoire de maîtrise, Université du Québec à Chicoutimi. 2017.
- Boudon, R., Fillieule, R. (2012). L'individualisme méthodologique. Dans : Raymond Boudon éd., *Les méthodes en sociologie* (pp. 41-91). Paris cedex 14, France: Presses Universitaires de France.
- Bourdoncle R., Mathey-Pierre C. (1994). « Recherche » et « Développement professionnel ». In: *Recherche & Formation*, N°17, 1994. Recherche et développement professionnel. pp. 141-154.
- Bourdieu, P. (1972). Esquisse d'une théorie de la pratique: Précédé de « Trois études d'ethnologie kabyle ». Genève, Suisse.
- Bourdieu, P. (1979). Les trois états du capital culturel. Actes de la Recherche en Sciences Sociales Année 1979 30 pp. 3-6.

- Bourdieu, P. (1980). Le Sens pratique, Paris, Ed. de Minuit, p. 44.
- Bourdieu, P. (1980), Le capital social, Actes de la recherche en sciences sociales. Vol. 31, janvier 1980.
- Bourgeois, L. (2016) Assurer la rigueur scientifique de la recherche-action, Université Laurentienne Publication: La recherche-action et la recherche-développement au service de la littératie. pages: 6 20 : Les Éditions de l'université de Sherbrooke
- Bourque, D., Lachapelle, R. (2007). « L'approche socio-institutionnelle en organisation communautaire », dans Denis Bourque, et collab. (dir.), *L'organisation communautaire, fondements, approches et champs de pratique*, Québec, Presses de l'Université du Québec, p. 101-117
- Bourqué, D. (2012). Intervention communautaire et développement des communautés. Reflets: Revue d'intervention sociale et communautaire. 18. 40. 10.7202/
- Boyce, C. and Neale, P. (2006) Conducting In-Depth Interview: A Guide for Designing and Conducting In-Depth Interviews for Evaluation Input. Pathfinder International Tool Series, Monitoring and Evaluation- 2. http://www.pathfind.org/site/DocServer/m_e_tool_series_indepth_interviews.pdf?docID=6301
- Boyer. J. (2009). Sur l'appropriation collective de l'espace Imaginaire et esthétique de la ville et d'un quartier lyonnais : Perrache / Sainte Blandine / Confluence Mémoire de Master 1 Science Politique Université Lumière Lyon 2 Sous la direction de Gwenola Le Naour, maître de conférences à l'IEP de Lyon Anee 2009/20210.
- Brasseur, G. (1975). L'habitat rural africain à grands traits « Etudes Scientifiques » Septembre-Décembre 1975.
- Breton, E. (2013). « Du changement de comportement à l'action sur les conditions de vie », *Santé Publique* 2013/HS2 (S2), p. 119-123.
- Brochier, H. (1994). « À propos de l'individualisme méthodologique : l'ouverture d'un débat », Revue d'économie politique (104), (1) janv.-février.

- Cantrell, D. C. (2001). Alternative paradigms in environmental education research:

 The interpretive perspective. Retrieved from http://www.edu.uleth.ca/ciccte/naceer.pgs/pubpro.pgs/alternate/pubfiles/08.Cantrell.fin.htm
- Callois, J. (2004). Capital social et développement économique local: Pour une application aux espaces ruraux français. Revue d'Économie Régionale & Urbaine, octobre(4), 551-577. doi:10.3917/reru.044.0551.
- Carr, W., & Kemmis, S. (1986). Becoming critical: Education, knowledge and action research. London: Falmer.
- Carroll, Jennie & Howard, Steve & Vetere, Frank & Peck, Jane & Murphy, John. (2002). Just What Do the Youth of Today Want? Technology Appropriation by Young People (PDF). Hawaii International Conference on System Sciences. 5. 131b. 10.1109/HICSS.2002.994089.
- CEA. (2014). L'atome. Livret Thématique. Matière & Univers. Physique.
- Cefaï, D. (2007). Pourquoi se mobilise-t-on? Les théories de l'action collective Collection « Recherches » Série Bibliothèque du M.A.U.S.S. 2007
- CESE, (2016). Avis n°2016-03 sur « La Médecine traditionnelle au Sénégal : quelles solutions pour sa normalisation ?»
- Chowdhury, M. F. (2014). Interpretivism in Aiding Our Understanding of the Contemporary Social. World. Open Journal Journal of Philosophy 4 (3):432-438
- Cisse, B. M. (1968). L'Animation Rurale au Sénégal. Convergence; Toronto 1.3 (Sep 1, 1968): 52.
- Citot, V. (2009). L'idée d'humanité, par-delà l'universalisme métaphysique et le relativisme nihiliste. *Le Philosophoire*, 31(1), 89-112. doi:10.3917/phoir.031.0089.
- Claridge, T. (2004). Social Capital and Natural Resource Management, en ligne: www.socialcapitalresearch.com

- Cohen JM, Uphoff NT. 1977. Rural Development Participation: Concepts and Measures for Project Design, Implementation and Evaluation. Cornell University, Rural Development Committee: Ithaca, NY.
- Collard, A-S., & Jacques, J. (2015). Appropriation des réseaux sociaux numériques et compétences Médiatiques
- Charaudeau, P. (2011). «Identité sociale et identité discursive. Un jeu de miroir fondateur de l'activité langagière», dans Patrick Charaudeau (dir.), Identités sociales et discursives du sujet parlant, L'Harmattant Paris, 2009, [en ligne], http://www.patrickcharaudeau.comiIdentite-sociale-et-identite.html (page consultée le 7 août 2011).]
- Chavis, D., Wandersman, A. (1990). Sense of Community in the Urban Environment: A Catalyst for Participation and Community Development. American Journal of Community Psychology.18. 55-81.10.1007/BF00922689.
- Cheers, B., & Luloff, A. E. (2001). Rural community development. In S. Lockie & L. Bourke (Eds.), Rurality Bites. The social and environmental transformation of rural Australia (pp. 129 142): Pluto Press Australia.
- Collerette, P. (1997). L'étude de cas au service de la recherche. *Recherche en soins infirmiers*, 50, 81-88
- Conille, E. M., O'NEILL, M. (1984). La notion de santé communautaire: éléments de comparaison internationale *Canadian Journal of Public Health / Revue Canadienne de Santé Publique*. Vol. 75, No. 2 (March/April 1984), pp. 166-175.
- Corbin, J., Strauss, A. (2008). Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory (3rd ed.). Thousand Oaks, CA, US.
- Corcuff, P. & Accardo, A. (1986). La sociologie de Bourdieu : textes choisis et commentés. Edité par Editions Le Mascaret (1998).
- Crespin, R. (2014). Des objets techniques aux objets-frontières : appropriation et dissémination

- des instruments d'action publique: Commentaire. *Sciences sociales et santé*, vol. 32(2), 57-66. doi:10.3917/sss.322.0057.
- Creswell, J.W. 1998). Qualitative Inquiry and Research Design: chosing among five traditions. London: Sage.
- Creswell, J. W. (2007) Qualitative Enquiry and Research Design: Choosing Among Five Approaches, Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Crosley, N. (2013). Towards relational sociology. Abingdon. Routledge.
- Cueto, M. (2004). The origins of primary health care and selective primary health care. *Am J Public Health* 2004, **94:** 1864-1874.
- Darke, P., Shanks, G., Broadbent, M. (1998). Successfully Completing Case Study Research: Combining Rigour, Relevance and Pragmatism. Information Systems Journal, vol. 8 no. 4, pp. 273–289
- De Lavergne, C. (2007). Recherches qualitatives Hors-Série numéro 3 Actes du colloque Bilan et prospectives de la recherche qualitative. Association pour la recherche qualitative.
- Demaiziere, F., Narcy-combes J.P. (2007). « Du positionnement épistémologique aux données de terrain ». In *Journées NeQ, Méthodologie de recherche en didactique des langues*, janvier 2007. Les Cahiers de l'Acedle, 4 [en ligne]. Consulté le 04/03/2015 : http://acedle.org/IMG/pdf/Demaiziere-Narcy_cah4.pdf
- Denzin, N. K. (1978). The research act: A theoretical introduction to sociological methods (2nd ed.). New York: McGraw-Hill. Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (1994). Handbook of qualitative research. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (1994). Handbook of qualitative research. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

- Denzin, N. K., Lincoln, Y. S. (2000). Handbook of qualitative research. Thousand Oaks: Sage publications.
- Derycke, M., Dutrait, F. (2008). Sur le statut « ontologique » de certains concepts : discussion avec Laurence Kaufmann. *Langage et société*, 126(4), 107-122. doi:10.3917/ls.126.0107
- Desanctis, G., Poole, M.S. (1994). "Capturing the complexity in advanced technology use: Adaptative structuration theory", Organization science, vol. 5, n°2, May 1994, pp 121-146.
- De Sardan, J-P. O. (1991). « L'anthropologie du changement social et du développement comme ambition théorique? », *Bulletin de l'APAD* [En ligne], 1 | 1991, mis en ligne le 23 juin 2006, consulté le 03 septembre 2017. URL: http://apad.revues.org/296.
- De Sardan, J-P. O. (1995). « La politique du terrain », *Enquête* [En ligne], 1 | 1995, mis en ligne le 10 juillet 2013, consulté le 09 août 2019. URL : http://journals.openedition.org/enquete/263
- Desclaux, A. (2007). « Accès aux soins en Afrique : un changement de culture ? », Bulletin Amades. 70 | 2007 70 ONG.
- Desgagné, S. (2005). Récits exemplaires de pratique enseignante : analyse typologique. Québec, Québec : Presses de l'Université du Québec
- Deslauriers, J. P. (1991). Recherche qualitative. Guide pratique, Montreal, McGraw-Hill. 142 p.
- Détrez, C. (2005). Le capital culturel en questions. *Idées, la revue des sciences économiques et sociales*, CNDP, pp.6-13.
- De Vaujany, F.X. (2003). "Gérer le changement sociotechnique: la méthode MAT", papier de recherche Préactis, n°1, septembre 2003. https://www.cairn.inforevue-management-et-avenir-2006-3-page-159.htm
- Detienne, M. (2000). Comparer l'incomparable. Paris, Seuil, 2000, 144 p.

- Dewey, J. (1920). Reconstruction en philosophie [Reconstruction in philosophy] Trad. de l'anglais (États-Unis) Par Patrick Di Mascio. Préface de Richard Rorty. Collection Folio essais (n° 585), Gallimard. Parution : 06-02-2014.
- De Verdalle, L., Vigour, C. & Le Bianic, T. (2012). S'inscrire dans une démarche comparative: Enjeux et controverses. *Terrains & travaux*, 21(2), 5-21. https://www.cairn.info/revue-terrains-et-travaux-2012-2-page-5.htm.
- Diallo, A. (2011). Etude toponymique des villages de la communauté rurale de Ndramé Escale. UCAD-Licence-2011.
- Donati, P. (1983). Introduzione alla sociologia relazionale, 2e édition augmentée, Milan, Franco Angeli, 1986 [1983].
- Dozon, J.P. (1987). Ce que valoriser la médecine traditionnelle veut dire. In : Politiques de santé. *Politique Africaine*, (28), 9-20. ISSN 0244-7827.
- Dumez, Hervé. (2011). Qu'est-ce qu'un concept ? AEGIS Le Libellio. Volume 7, Numero 1 Supplément.
- Dupuy, S. (1983). Modes d'appropriation et relations sociales face au programme de réhabilitation du logement social en France. Thèse de doctorat de 3ème cycle. Institut d'Urbanisme.
- Eckstein, H. (1975). Case studies and theory in political science. In F. I. Greenstein & N. W. Polsby (Eds.), Handbook of political science. Political science: Scope and theory (Vol. 7, pp. 94-137). Reading, MA: Addison-Wesley
- Eisenhardt, K.M. (1989). Building Theories from Case. Study Research: Case-Selection Academy of Management Review, 1989, Vol. 14, No. 4, 532-550.
- Elias, N. (1987). La société des individus, Fayard, France, 1991 Die Gessellschaft der Individuen (1987).
- Elias, N. (1991b). « Trop tard ou trop tôt. Notes sur la classification de la théorie du processus et de la configuration », *Norbert Elias par lui-même*, traduit de l'allemand par Jean-Claude Capèle, Paris, Éditions Fayard.

- Elias, N. (1993) [1939]. Engagement et distanciation: contributions à la sociologie de la connaissance. Paris: Fayard.
- Elias N., Dunning, E. (1994). Sport et civilisation. La violence maîtrisée, traduit de l'anglais par Josette Chicheportiche et Fabienne Duvigneau, Paris : Fayard, « Agora ».
- Eliaeson, S. (2002). Max Weber's Methodologies. Cambridge: Polity.
- Emirbayer, M. (1997). Manifesto for a Relational Sociology American Journal of Sociology, Vol. 103, No. 2 (September 1997), pp. 281-317.
- Evrard, Y., Pras, B., Roux, E. (2003). Etudes et recherche en marketing. Market-3ème édition Dunod,
- Fassin, D., Salem, G., Réveillon, M. (1986). Les enjeux sociaux de la participation communautaire : les comités de santé à Pikine (Sénégal). [article] Sciences sociales et santé Année 1986 Volume 4 Numéro 3 pp. 205-221.
- Favreau, L. et Fréchrette, L. (2003). Organisation communautaire et intervention de quartier en Outaouais : l'expérience du quartier Jean Dallaire de Hull. CÉRIS. UQO, Gatieneau, 43 pages
- Feagin, J., Orum, A., Sjoberg, G. (Eds.), (1991). A case for case study. Chapel Hill, NC: University of North Carolina Press.
- Fédération des Maisons Médicales, (1984). Susciter la sante communautaire, *Santé conjuguée* avril 1998 n° 4.
- Flick, U. (2009). An introduction to qualitative research (4th ed.). Thousand Oaks, CA, : Sage Publications.
- Forget, N. (1999). Une expérience d'animation rurale au Sénégal, 1962-1966, in Politique sociale d'outre-mer,1943-1960, Erès, p 224-232.

- Gavard-Perret, M.-L., Gotteland, D., Haon, C., Jolibert, A. (2012). Méthodologie de la recherche en sciences de gestion.
- GAYE, P. A. (1997). « Discours sur le microbe et santé publique en AOF : le cas du Sénégal », in Ch. Becker, S. Mbaye et I. Thioub (s.dir), AOF : réalités et héritages. Sociétés ouest africaines et ordre colonial, 1895-1960, Direction des Archives du Sénégal, Dakar pp 1164-1174.
- Gellar S; Charlick, RB; Jones, Y. (1980). Animation Rurale and rural development: the experience of Sénégal. Ithaca, New York, Cornell Univ., Center for International Studies, Rural Development Committee, Oct., 1980. 211 p. (Rural Development Committee. Special Series on Animation Rurale; AR No. 2).
- Giannelloni J-L. et Vernette E. (2001), Etudes de marché, Vuibert, Paris.
- Gilson, L. (2003). Trust and the development of health care as a social institution. Social Science & Medicine 56 (2003) 1453–1468.
- Giordano, Y. (2003). « Les spécificités des recherches qualitatives », in Giordano Y. (Dir.), Conduire un projet de recherche : Une perspective qualitative, Paris : EMS, pp. 12 -39
- Glaser, B., Strauss, A. (1967). The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research. Chicago: Aldine de Gruyter.
- Glaser, B. (1978) Theoretical sensitivity: Advances in the methodology of grounded theory. Sociology Press, Mill Valley.
- Glaser, B. (2005). The Grounded Theory Perspective III: Theoretical Coding. Mill Valley, CA: Sociology Press.
- Glaser, B., Strauss, A. (2010). La découverte de la théorie ancrée. Stratégies pour la recherche qualitative, Armand Colin, coll. « Individu et Société », 2010, 409 p., EAN: 9782200351175.

- Glasersfeld E. von, 1988, « Introduction à un constructivisme radical », pp. 19-43, *in* : Watzlawick P., dir., *L'invention de la réalité*, Paris, Éd. du Seuil.
- Godfraind, T. (2010). A propos des médecines traditionnelles en Afrique Centrale. *Revue des Questions Scientifiques*, 2010, 181 (3): 341-371.
- Gohier, G. (2004). De la démarcation entre critères d'ordre scientifique et d'ordre éthique en recherche interprétative. Recherches Qualitatives, Vol 24, 2004, pp3-17.
- Gouvernement du Sénégal. (2010). J.O. N° 6561 du Samedi 18 décembre 2010.
- Gould, H. (2001). « Culture and social capital», Recognising Culture A series of briefing papers on culture and development (dir. François Matarasso), Londres, Comedia, ministère du Patrimoine canadien et UNESCO, 2001, 85-92.
- Gouldner, A. (1970). The Coming Crisis of Western Sociology. London: Heinemann.
- Grant M, Wilford A, Haskins L, Phakathi S, Mntambo N, Horwood CM. Trust of community health workers influences the acceptance of community-based maternal and child health services. *Afr J Prim Health Care Fam Med.* 2017;9(1):e1–e8. Published 2017 May 29. doi:10.4102/phcfm.v9i1.128
- Grimand. A. (2006). L'appropriation des outils de gestion. Vers de nouvelles perspectives théoriques ?, Presses Universitaires de Saint-Etienne, 258 p.
- Grootaert, C., Bastelaer, V. (2002). Understanding and Measuring Social Capital: A Multi-Disciplinary Tool for Practitioners. Washington: World Bank.
- Guba, E.G., Lincoln, Y.S. (1981). Effective evaluation. English Book, Illustrated edition.
- Guba, E.G., Lincoln, Y.S. (2005). The Sage handbook of qualitative research, 3rd ed., (pp. 191-215). Thousand Oaks, CA: Sage Edition Inc.

- Guignon, S., Morrissette, J. (2006). Quand les acteurs mettent en mots leur expérience.

 RECHERCHES QUALITATIVES-VOL.26(2),2006,pp.19:38. ISSN1715:8705
 http://www.recherche:qualitative.qc.ca/Revue.html
- Haradji, Y., Poizat, G., & Motté, F. (2011). Activity-Centered Design: An Appropriation Issue. Communications in Computer and Information Science, 173, p.18-22.
- Haué, J.-B. (2004). Intégrer les aspects situés de l'activité dans une ingénierie cognitive centrée sur la situation d'utilisation. @ctivités 1(2), 170-194. Consulté à http://activites.revues.org/1285.
- Headrcik, D.R. (1981). The Tools of Empire. Technology and European Imperialism in the Nineteenth Century. New York, Oxford, Oxford University Press, 1981.- 21 cm, X-221 p.
- Henning, E., Van Rensburg, W. and Smit, B. (2004) Finding Your Way in Qualitative Research. Van Schaik Publishers, Pretoria.
- Honneth, A. (2013). Le droit de la reconnaissance. Broché 17 octobre 2013
- Hopf C. (2004). Research Ethics and Qualitative Research, in U. Flick, E.V. Kardorff, and I. Steinke (eds.), A Companion to Qualitative Research. London: SAGE.: 334-339.
- Hours, B. (1992). Soins de santé primaires et management. Cdh. Sci, Hum. 28 (1) 1992 : LB-140.
- Jaffre, Y. (1999). « Les services de santé "pour de vrai". Politiques sanitaires et interactions quotidiennes dans quelques centres de santé (Bamako, Dakar, Niamey) », *Bulletin de l'APAD* [En ligne], 17 | 1999, [en ligne] consulté le 19 mars 2014. URL: http://apad.revues.org/475
- Jucquois, G. (1989). Le comparatisme, 1a Généalogie d'une méthode (coll. Bibliothèque des Cahiers de l'Institut de linguistique de Louvain, 47). 1989
- Jeannotte, M. (2003). Se pointer : Le capital social et le capital culturel dans la vie de tous les jours. Rédigé pour le colloque intitulé « Faire compter la culture :Examiner les éléments constitutifs de la citoyenneté culturelle ». Consulté à https://sciencessociales.uottawa.ca/gouvernance/sites/sciencessociales.uottawa.ca.gouvernance/files/se_pointer.pdf

- Jobert B. (1994). « Introduction : Le retour du politique », in Jobert, B. (dir.), Le tournant néolibéral en Europe, Paris, Paris, L'Harmattan, 1994.
- Jodelet, D. (2003). Les représentations sociales. Paris cedex 14, France: Presses Universitaires de France. doi:10.3917/puf.jodel.2003.01
- Jourdan, D., O'Neill, M. Dupéré, S., Stirling J. (2012). Quarante ans après. Où es est la santé communautaire ? S.F.S.P. | « *Santé Publique* » 2012/2 Vol. 24 | pages 165 à 178.
- Jucquois, G. (1989). La méthode comparative dans les sciences de l'homme (coll. Bibliothèque des Cahiers de l'Institut de linguistique de Louvain, 48). 1989.
- Karoui M., Dudezert A. (2012), «Capital social et enjeux de pouvoir : une perspective sociopolitique de l'appropriation d'une technologie de réseaux sociaux au sein d'une collectivité territoriale», Systèmes d'Information et Management, 17 (1), 49-80
- Kobangue L., Mozouloua D. (2010). La décennie de la médecine traditionnelle, progrès et perspectives. Conférence-Débat de la 8^{ème} Journée Africaine de Médecine Traditionnelle. Consulté à https://www.gfmer.ch/Activites internationales Fr/PDF/Kobangue-MT-2011.pdf
- OMS, Principes méthodologiques généraux pour la recherche et l'évaluation de la médecine traditionnelle, 2000.
- Kane, A.E. (2014). Philosophie sauvage. La vie à de longues jambes. Editions L'Harmattan.
- Kelogue, T, (2011). Dynamiques sociales et appropriation informelle des espaces publics dans les villes du Sud: le cas du centre-ville de Port-au-Prince. Thèse de doctorat en études urbaines, Université du Québec à Montréal.
- Kitzinger, J. (1995). Qualitative Research: Introducing Focus Groups. BMJ (Clinical research ed.). 311. 299-302. 10.1136/bmj.311.7000.299.
- Kohn R.C. L'observation chez le chercheur et le praticien. In: Revue française de pédagogie,

- volume 68, 1984. pp. 104-117. DOI: https://www.persee.fr/doc/rfp_0556-7807_1984_num_68_1_1569
- Krief, N., Zardet, V. (2011). L'analyse des données qualitative dans le cadre de la recherche-interventiom : Quelle contribution des logiciels d'analyse de données?. 3ème Colloque et séminaire doctoral international sur les méthodologies de recherches, France. pp.18. Consulté à (halshs-00757714)
- Laflamme, S. (1995). *Communication et émotion. Essai de microsociologie relationnelle*, Paris, L'Harmattan, coll. « Logiques sociales ».
- Lamarche-Vadel, G., & Lageira, J. (dir.), *Appropriation inventive et critique*Url de référence : http://www.editionsmimesis.fr/catalogue/appropriation-inventive-et-critique/
- Lancet. (1988). The Bamako Initiave Editorial. Lancet, novembre 19, 1177-1178.

 Laperrière, A. (1997). Les critères de scientificité des méthodes qualitatives. In J. Poupart, L.-H. Groulx, J.-P. Deslauriers, A. Laperrière, R. Mayer & A. P. Pires (eds.), La recherche qualitative: enjeux épistémologiques et méthodologiques (pp. 376-389). Boucherville: Ga?tan Morin éditeur.
- Landry, R. (1992). « L'analyse de contenu » dans Benoît GAUTHIER (sous la direction), Recherche sociale : de la problématique à la collecte des données, Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec, 337-359.
- Lapeyssonnie, L. (1988). La médecine coloniale. Mythes et réalités. Paris, Seghers, 1988. 21,5 cm, 310 p. Médecine et histoire.
- Lapoujade, D., & William J. (1997). Empirisme et pragmatisme, *Paris, PUF, Philosophies*.
- LeCompte M.D., Schensul J.J. (1999). Analyzing and interpreting ethnographic data. Five of the ethnographer toolkits. J.J. Schensul&M.D> Le Compte (Eds) Walnut Greek. Almira Press, a division of Sage Publication.
- Lefebvre, H. (1968). Le droit à la ville. Paris: Anthropos.

- Lefebvre, H. (1990). Du pacte social au contrat de citoyennete. In Groupe de Navarrenx (Ed.), Du contrat de citoyennete (pp. 15–37). Paris: Editions Syllepse et Editions Periscope.
- Lecordier, D. (2011). Les recherches qualitatives : des méthodes, des postures... pour créer les conditions de la compréhension et l'émergence de sens. *Recherche en soins infirmiers*, 106(3), 4-4. doi:10.3917/rsi.106.0004.
- Le Guilcher, B. & Pierlot, S. (2011, 09). Comment favoriser l'appropriation de systèmes techniques rénovés dans une industrie à risques ? Communication presentée au 46ème congrès international. Société d'Ergonomie de Langue Française. Toulouse. Consulté à http://ergonomie-self.org/wpcontent/uploads/2015/09/2011-Paris-Partie-2.pdf
- Lemieux, V. (1989). « Le pouvoir dans la réalisation des politiques sociales », Service social, vol. 38, nos 2-3 : 1 79-195.
- Moigne, J-L. (2012). « L'étude de la constitution des connaissances valables », Jean-Louis Le Moigne éd., *Les épistémologies constructivistes*. Presses Universitaires de France, 2012, pp. 3-12.
- Lenoir, Y. (1975). Essai d'élaboration d'un schéma théorique d'analyse du processus éducatif scolaire. Mémoire de maîtrise ès arts en sociologie, Université du Québec à Montréal.
- Locock, L., & Boylan, A-M., Snow, R., & Staniszewska, S. (2016). The power of symbolic capital in patient and public involvement in health research. Health Expectations. 20. 10.1111/hex.12519.
- Lincoln, Y.S., Guba, E.G. (1985). Naturalistic inquiry. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Long, N., Long, A. (1992). The Interlocking of Theory and Practice in Social Research and Development, (eds.) *Battlefields of Knowledge*. London, Routledge.
- Magnussen, L., Ehiri, J., Jolly, P. (2004): Comprehensive versus selective primary. health care: lessons for global health policy. Health Aff (Millwood)
- Marshall, C., & Rossman, G. (2016). Designing qualitative research (6th ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Maxwell, J. A. (1998). Designing a qualitative study. In L. Bickman & D. J. Rog (Eds.), Handbook of applied social research methods (pp. 69-100). Thousand Oaks.

- Mayer, R., Ouellet, F. (1991). Méthodologie de recherche pour les intervenants sociaux, Boucherville, Gaëtan Morin Éditeur, 1991, 537 p.
- Mays N, Pope C. (2000). Qualitative research in health care. Assessing quality in qualitative research. BMJ. 2000;320(7226):50–2.
- Mbengue, A. (1999). Positions épistémologiques et outils de recherche en management stratégique », 8e Conférence internationale de management stratégique, Paris, mai 1999.
- McIntosh, I. (1997). Classical Sociological Theory: A Reader. Edinburgh: Edinburgh University Press.
- Mead, G. H. (1934): *Mind, Self and Society from the Standpoint of a Social Behaviorist*. Chicago, University Chicago Press. Traduction française: *L'esprit, le soi et la société*. J. Cazeneuve, E. Kaelin et G. Thibault. Paris, Presses Universitaires de France (1963):
- Meliani, V. (2013). Choisir l'analyse par théorisation ancrée : illustration des apports et des limites de la méthode Valérie Méliani, RECHERCHES QUALITATIVES Hors-Série numéro 15 pp. 435-452. DU SINGULIER À L'UNIVERSEL ISSN 1715-8702 http://www.recherche-qualitative.qc.ca/Revue.html
- Mendis, A. (1998) Social Capital Formation and Institutions for Sustainability (actes des ateliers), Vancouver, Université de la Colombie-Britannique, 16-17 novembre 1998. (Aussi accessible à l'adresse suivante : http://www.sdri.ubc.ca/publications/workshops_conferences_social.cfm)
- Merriam, S. B. (1988). The Jossey-Bass education series, The Jossey-Bass higher education series and The Jossey-Bass social and behavioral science series. Case study research in education: A qualitative approach. San Francisco, CA, US: Jossey-Bass.
- Merton, R.K. (1965). Eléments de théorie et de méthode sociologique, Plon.

- Meyer- Bisch, P. (2015). Le capital culturel, une notion peu développée en économie Documents de travail de l'IIEDH N° 22, Série : « Economie et droits humains », Institut Interdisciplinaire d'Ethique et des Droits de l'Homme.
- Meyor, C. (2005). « Le sens et la valeur de l'approche phénoménologique », Recherches qualitatives, Horssérie, n° 4, pp. 103-118, 2005.
- Millerand, F. (2003). L'appropriation du courrier électronique en tant que technologie cognitive chez les enseignants chercheurs universitaires : Vers l'émergence d'une culture numérique. Thèse en communication, Faculté des Arts et des Sciences, Université de Montréal.
- Mills, A. (1983). Vertical versus horizontal health programmes in Africa: idealism, pragmatism. Resources and efficiency. *Social Science and Medicine*_ 17 (24): 1971-81.
- Miles M.B., Huberman, A.M. (1991). Analyse des données qualitatives : Recueil de nouvelles méthodes, De Boeck Université.
- Ministère de la Santé et de l'action sociale (2014). Politique Nationale de santé communautaire.
- Ministère de la Santé et de l'action sociale. (2014). Plan national stratégique de santé communautaire, 2014- 2018.
- Ministère de la Santé et de l'Action Sociale. (2017). Plan Stratégique Santé Digitale (PSSD) 2018-2023 du Sénégal.
- Ministère de la Santé et de l'Action Sociale. (2017). Cellule de Santé Communautaire. Synthèse des données de la revue semestrielle des interventions communautaires.
- Monzada, L. « La construction discursive des objets de savoir dans l'écriture de la science », *Réseaux*, vol. 13, n°71, 1995, p. 58.
- Morland, K., Feagin, J. R., Anthony, J.O., Gideon S. (1992). A Case for the Case Study. Social Forces. 71, 240, 10.2307/2579984
- Morin, E. (2005). *Introduction à la pensée complexe*, Paris, Editions du Seuil.

- Mucchielli, A. (1996). Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales. Paris: éditions Armand Collin.
- Mucchielli, A. (2007). L'interaction et les processus d'émergence, coll., Eska, 2007. Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales, (dir.)
- Mucchielli, A. (2009). (Ed.): Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales. Paris: Armand ... Paris: Armand Colin éditeur, 2009:218-220.
- Muhumuzza, R. et al. (2015). Acceptability and Utilization of Community Health Workers after the Adoption of the Integrated Community Case Management Policy in Kabarole District in Uganda. *Health Systems and Policy Research*. 2015_ Vol. 2 No. 2:11.
- Mumford, L. (1951). Art et technique. Coédition La Lenteur/la Roue, 2015.
- Murphy, R. F. (1993). Vivre à corps perdu. Paris: Presses Pocket.
- Obimbo E.M. (2003). Primary health care, selective or comprehensive, which way to go? *East Afr Med J* 2003, **80:** 7-10.
- Neuman, W.L. (1997). Social Research Methods Qualitative and Quantitative Approaches. 3rd Edition, Allyn and Bacon, Boston.
- Ndengue, L. (2011). Rôle du capital social dans l'appropriation par la communauté d'un projet de développement rural à l'extrême-nord (Cameroun). Université Catholique d'Afrique Centrale M.Sc en Développement et Management des Projets.
- Ogden, C.K., Richards I. A. (1923). The *Meaning of Meaning*, New York, Harchourt, Brace & World.
- Ologeanu-Taddei R., & Staii A. (2008). « L'épineuse question de l'appropriation : approches et méthodes d'études « *Les Enjeux de l'Information et de la Communication*, n°09/2, 2008, p. consulté le, [en ligne] URL : https://lesenjeux.univ-grenoble-alpes.fr/2009/supplement-a/09-lepineuse-question-de-lappropriation-approches-et-methodes-detudes
- OMS. (1948). Préambule Constitution de l'OMS, 1948

OMS. (1948). Traité de l'Organisation Mondiale de la santé.

OMS. (1978). - Les soins de santé primaire.

OMS. (1978). Alma-Ata 1978 : la stratégie des soins de santé primaires, OMS et l'UNICEF, Série Santé pour tous, n° l, Genève, Suisse, p. 90.

OMS (1981). La stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici l'an 2000. Organisation mondiale de la santé, Série "*Santé pour tous*", numéro 2, Genève, Suisse, p. 90

OMS. (2006). Déclaration d'Adis Ababa. Consulté à https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-05/AddisAbabaDeclaration_fr.pdf

OMS. (2008). Les soins de santé primaires maintenant plus que jamais. Rapport sur la santé dans le monde, OMS, Genève 27, Suisse, p. 149.

OMS/FISE. (1989). Bulletin d'information de l'initiative de Bamako, vol 1 n°1: OMS/FISE.

Orlikowski, W.J. (1992). "The duality of technology: rethinking the concept of technology in organizations", *Organization Science*, 3 (3), 398-427.

Orlikowski, W.J. (2000), "Using technology as a practice lens for studying technology in organizations", Organization Science, 11, July-August 2000, 404-428.

Paillé, P. (1996). L'échantillonnage théorique. Induction analytique. Qualitative par théorisation (analyse). Vérification des implications théoriques. Dans A. Mucchielli (Éd.), Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales (pp. 54-55; 101-102; 184-190; 266-267). Paris : Armand

Paillé, P., Mucchielli, A. (2003). L'analyse qualitative. Paris : A. Colin

- Passe, E. (2015). Les leviers de la durabilité d'un projet de développement. *Actes de la 7ème édition du COSSI "Quel management pour une organisation durable?"*, 10-12 juin 2015 EBSI, Université de Montréal (Québec), Canada.
- Patton, Q. M. (1987). How to use qualitative methods in evaluation. Newsbury Park, London, New Dehli Sage Publications
- Patton, M. (2015). Excerpt from Qualitative Research & Evaluation Methods, Sage Publications, pp. 358-363.
- Pauget, B, (2006). La connaissance relationnelle comme aide à la compréhension de la structuration d'une organisation, Thèse de doctorat, Troyes.
- Pélissier, P. (2008). Les paysans du Sénégal Les civilisations agraires du Cayor à la Casamance. Saint-Yriex. Imp. Fabregues, 1966.
- Péhaut, Y. (1961). L'arachide au Sénégal. In: *Cahiers d'outre-mer*. N° 53 14e année, Janviermars 1961. pp. 5-25. DOI: https://doi.org/10.3406/caoum.1961.2191
- Perriault, J. (1989). La Logique de l'usage, Paris : Flammarion.
- Platt, Jennifer. (1992). "Case study' in American methodological thought". Current Sociology, 40, 17–48.
- Polkinghorne, D. (1983). Methodology for the human sciences Systems of inquiry. New York State University of New York Press.
- Pope, C., Mays, N. (2006). Qualitative research in health care 3rd Edition. Oxford: Blackwell/BMJ.
- Pretty, G.M.H. (2002). Young people's development of the community-minded self: Considering community identity, community attachment and sense of community. In A.T. Fisher & C.C. Sonn ~Eds.!, Psychological sense of community: Research, applications, and implications ~pp. 183–203!. New York: Kluwer AcademicOPlenum Publishers.

- Proulx, S. (2002). Pratiques d'Internet et numérisation des sociétés. In J. Lajoie, É. Guichard (Eds.), Odyssée Intenet. Enjeux sociaux (pp. 21-40). Sainte-Foy, QC: Presses de l'Université du Québec.
- Ragin, C.C., & Amoroso, L. M. (2011). Constructing Social Research: The Unity and Diversity of Method. JucPine Forge Press-235 pages.
- Rapoport, A. (1972). Pour une anthropologie de la maison. Paris Dunod.
- Reckwitz, A. (2002). "Toward a Theory of Social Practices: A Development in Culturalist Theorising," European Journal of Social Theory 5.2 (2002): 243–263.
- Ricœur, P. (1988). L'identité narrative. Journale Article *Esprit*. No. 140/141 (7/8) (Juillet-août 1988), pp. 295-304
- Ricoeur, P. (2005). « Devenir capable, être reconnu ». Article publié initialement dans la revue *Esprit*, n°7, juillet 2005.
- Ridde, V. & Girard, J.-E. (2004). « Douze ans après l'initiative de Bamako : constats et implications politiques pour l'équité d'accès aux services de santé pour les indigents africains «, *Santé publique*, 15 : 37-51.
- Ridde, V. (2004). L'initiative de Bamako, 15 ans après. Un agenda inacheve. HPN Discussion paper. Word Bank.
- Ridde, V. (2004). "Kingdon à Bamako : conceptualiser l'implantation d'une politique publique de santé en Afrique." *Politique et Sociétés* 232-3 (2004): 183–202. DOI : 10.7202/010889ar
- Ridde, V. (2011). Politiques publiques de santé, logiques d'acteurs et ordre négocié au Burkina Faso, *cahier d'Etudes Africaines* 210/2011 p. 115-143
- Rifkin S.B., Muller F., Bichmann W. (1988). Primary health care: on measuring participation, Social Science and Medicine, 26(9), 931-940.
- Robillard, D. (2007). « La linguistique autrement : altérité, expérienciation, réflexivité, constructivisme, multiversalité: en attendant que le Titanic ne coule pas », in Blanchet, P., L.J. Rogoff, B. (1995). Observing sociocultural activities on three planes: Participatory appropriation, guided appropriation and apprenticeship. In J.V. Wertsch, P. del Rio.

- Calvet, D. de Robillard (éds), « Un siècle après le Cours de Saussure : la linguistique en question », Carnets d'Atelier de Sociolinguistique n° 1, 81-228
- Romelar, P. (2005). L'entretien de recherche. Dans Management des ressourcews humaines, Chap. 4, pages 101 à 13.7.
- Rougemont, H. (2014). Le ciment de mes ancêtres: construction sociale et transmission d'un conflit: événements et destin commun en Kanaky-Nouvelle-Calédonie. Université de Genève. Thèse, 2014. https://archive-ouverte.unige.ch/unige:40870
- Rozier, E. (2010). John Dewey, une pédagogie de l'expérience. La lettre de l'enfance et de l'adolescence, 80-81(2), 23-30. doi:10.3917/lett.080.0023.
- Salleras, B. (1982). Les Auxiliaires indigènes de la santé au Sénégal au début du XIXe siècle : la formation d'une élite coloniale, Mémoire de DEA, Paris, EHESS, 77 p.
- Sandoval, William. (2005). Understanding students' practical epistemologies and their influence. Science Education. 89. 634 656. 10.1002/sce.200
- Sanogo, R. et Giani, S. Ethnopharmacologia, n°43, juillet 2009.
- Saint-Martin (de) C., Pilotti A., Valentim S. (2014). « La réflexivité chez le Doctorant-Praticien-Chercheur. Une situation de Liminalité », dans revue ¿ *Interrogations* ?, N°19. Implication et réflexivité II. Tenir une double posture, décembre 2014 [en ligne]. Consulté à https://www.revue-interrogations.org/La-reflexivite-chez-le-Doctorant
- Sa Vilas Boas, M. H. (2012). Écrire la comparaison lorsque les données sont asymétriques. Une analyse de l'engagement dans les dispositifs participatifs brésiliens. *Revue internationale de politique comparée*, vol. 19(1), 61-74. doi:10.3917/ripc.191.0061.
- Savoie-Zajc L. (1997), L'entrevue semi-dirigée, in B. Gauthier (éd.), Recherche sociale : de la problématique à la collecte des données (3e éd., pp. 263-285). Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.
- Savoie-Zajc, L. (2004). La recherche qualitative/interprétative en éducation. In T. Karsenti & L.

- Savoie-Zajc (eds.), La recherche en éducation: étapes et approches (pp. 122-151). Sherbrooke, Quebec: éditions du CRP.
- Savoie-Zajc, L., Anadón, M. (2009). Introduction L'analyse qualitative des données RECHERCHES QUALITATIVES Vol. 28(1), 2009, pp. 1-7. L'ANALYSE QUALITATIVE DES DONNÉES ISSN 1715-8702 http://www.recherche-qualitative.qc.ca/Revue.html
- Schön Donald A. (1994 [1983]), Le praticien réflexif. A la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel, Québec, Les Éditions Logiques.
- Seidel, J., Kelle, U. (1995). Different functions of coding in the analysis of textual data. In U. Kelle (Ed.), Computer-dided qualitative data analysis: Theory, methods, and practice. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Serfaty-Gazon, P. (2003). L'Appropriation In DICTIONNAIRE CRITIQUE DE L'HABITAT ET DU LOGEMENT. Sous la direction de Marion Segaud, Jacques Brun, Jean-Claude Driant Paris, Editions Armand Colin, 2003.
- Seville, M.G., Perret, V. (2002). Les critères de validité en sciences des organisations : les apports du pragmatisme. Questions de méthodes en sciences de gestion, EMS Management Société, p. 315-333, 2002. ffhalshs-00536771f.
- Simard, M. Marie., Fortin, J., & Tremblay, M-H. (2009). « L'appropriation de sites et paysages urbains requalifiés : regard sur le Vieux-port de Chicoutimi », Environnement Urbain / Urban Environment [Online], Volume 3 | 2009, Online since 09 September 2009, connection on 10 August 2019. URL: http://journals.openedition.org/eue/93
- Simons, H. (1996). The paradox of case study. Cambridge Journal of Education, 26 (2), 225–40
- Singleton, M. (1991). Soins de santé primaires en Afrique : causes perdues. CIDEP. Bruxelles, p. 150.
- Smith, D., Byrant J. (1988). Building the infrastructure for primary health care: An overview of Vertical and integrated approaches. *Social Science and Medicine*, 26(9): 909-17.
- Somers, M.R. (1994). The narrative constitution of identity. A relational and network approach. *Theory and Society*. Theory and Society 23(5): 605-649.

- Somers, M., Gibson, G. (2007). Reclaiming the Epistemological Other: Narrative and the Social Constitution of Identity.
- Sougou, N. M. et al. (2018) Factors Associated with Utilization of Health Services in Rural Area in Ferlo, Senegal. *European Journal of Preventive Medicine*. Vol. 6, No. 2, 2018, pp. 29-33. doi: 10.11648/j.ejpm.20180602.11.
- Stake, R.E. (1994). Case Studies. In: Denzin, N.K. and Lincoln, Y.S., Eds., Handbook of Qualitative Research, Sage, Thousand Oaks, 236-247.
- Stake, R. (1995). The art of case study research (pp. 49-68). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Starrin, B., Dahlgren, L., Larsson, G., Styrborn, S. (1997). Along the Path of Discovery. Qualitative Methods and Grounded Theory. Lund, Sweden: Student litteratur.
- Stephen, W. L. (2007). Theories of Human Communication, Thousand Oaks, CA; Sage, 2009), 344-49.
- Stiegler, **B.** (2019). « *Il faut s'adapter ». Sur un nouvel impératif politique*, Paris, Gallimard, coll. « NRF Essais », 2019, 336 p., ISBN : 978-2-07-275749-5
- Stoebenau, Ki. (2009). Symbolic capital and health: The case of women's sex work in Antananarivo, Madagascar. Social science & medicine (1982). 68. 2045-52. 10.1016/j.socscimed.2009.03.018.
- Strauss, A., & Corbin, J. M. (1990). Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques. Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc.
- Strauss, A., Corbin, J. (1998). Basics of Qualitative Research Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory. Thousand Oaks, CA Sage Publications Inc.
- Sullivan, H. (2007). Interpreting 'community leadership' in English local government. Policy & Politics 35, 141-161.

- Szreter, S. & Woolcock M. (2004). Health by association? Social capital, social theory, and the political economy of public health. *gra*, 33(3), 650-667.
- Tarimo, E. et Creese, A. (1991). La santé pour tous d'ici l'an 2000 : À mi-chemin, le point de la situation dans divers pays. OMS, Genève, Suisse, p. 1-2.
- Taylor, S.J.; Bogdan, R. (1984). Introduction to qualitative research methods: the search for meanings. English, Book, Illustrated edition.
- Taylor, C. (2001). There is no universal answer. In World Council of Church (2001). Health for all. Geneva, Switzerland. Contact, n° 172 January-March, p.7-8.
- Thomas, David. (2006). A General Inductive Approach for Analyzing Qualitative Evaluation Data. American Journal of Evaluation. 27. 237-246. 10.117.
- Thomas, G. (2011). A typology for the case study in social science following a review of definition, discourse, and structure. Qualitative Inquiry, 17(6), 511521. doi: 10.1177/1077800411409884.
- Thomas, W. I., Znaniecki, F. (1998) *Le Paysan Polonais en Europe et en Amérique*, 5 volumes dont le N° 3 (Récit de vie d'un migrant) est traduit en français, Paris, Nathan
- Thiétart, R.A. (2014) Méthode de recherche en management. 4e edition. Dunod
- Tilly, C. (1995). "To Explain Political Processes." *American Journal of Sociology* 101: 1594–1610.
- Tizio, S. (2004). Etat de santé et systèmes de soins dans les pays en développement : La contribution des politiques de santé au développement durable. *Mondes en développement*, n° 127(3), 101-117. doi:10.3917/med.127.0101.
- UNICEF. (2018). 60 ans d'histoire partagée pour chaque enfant. L'UNICEF au Sénégal 1958–2018.

- USAID. (2015). Programme Santé 2016-2021 de l'USAID/Sénégal Document d'évaluation de projet (PAD)
- Valantin, C. (2015). Le plan Lebret face au principe de réalité. Revue développement et civilisations N° 423.
- Vallet, G. (2011). Comprendre le sens sociologique d'une action sociale: Le bodybuilding masculin. *Idées économiques et sociales*, 164(2), 38-50. doi:10.3917/idee.164.0038
- Vanwynsberghe, R., Khan, S. (2007). Redefining Case Study. International Journal of Qualitative Methods. https://doi.org/10.1177/160940690700600208.
- Van Gennep, A. (1981). Les rites de passages. Paris: Picard.
- Vannérus, J. (1935). L'utilité des sciences auxiliaires de l'histoire. Revue belge de Philologie et d'Histoire
- Verschuren, P. (2003). Case study as a research strategy: Some ambiguities and opportunities. International Journal of Social Research Methodology.
- Walsham, G. (1995). The Emergence of Interpretivism in IS Research. Information Systems Research, 6, 376-394. http://dx.doi.org/10.1287/isre.6.4.376.
- Wanlin, P. (2007). L'analyse de contenu comme méthode d'analyse qualitative d'entretiens : une comparaison entre les traitements manuels et l'utilisation de logiciels. RECHERCHES QUALITATIVES Hors-Série numéro 3 Actes du colloque BILAN ET PROSPECTIVES DE LA RECHERCHE QUALITATIVE
- Weber, R.F., Kerr G.B., Smith, H.B. Seymour, J, M. (1980). Sénégal: the Sine Saloum Rural Health Care Project. Washington, DC, U.S. Agency for International Development, Oct. 1980. 92 p. (Project Impact Evaluation; no. 9).
- White, Harrison. (1992). Identity and control: a structural theory of social action. Princetoon, NJ: Princeton University Press.

- Whitley, R. (1984). The Scientific Status of Management Research as a Practically-Oriented Social Science. Journal of Management Studies, 21, 369-390. http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-6486.1984.tb00234.x
- Wiesinger, G. (2007). The Importance of Social Capital in Rural Development, Networking and Decision-Making in Rural Areas. Revue de géographie alpine.
- Wilson, H.S., Hutchinson, S.A. (1991). Triangulation of Qualitative Methods Heideggerian Hermeneutics and Grounded Theory. Qualitative Health Research.1, 263-273
- Yin, R.K. (1989). Case Study Research: Design and Methods. Sage Publications, Newbury Park.
- Yin, R. K. (1990). Case Study Research: Design and Methods, Applied Social Research Methods series, Vol 5, CA: Sage, Newbury Park.
- Yin, R. K., (1994). Case Study Research Design and Methods: Applied Social Research and Methods Series. Second edn. Thousand Oaks, CA: Sage
- Yin, R. K. (1998). The abridged version of case study research: Design and method. In L. Bickman & D. J. Rog (Eds.), *Handbook of applied social research methods* (pp. 229-259). Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc.
- Yin R.K. (2003a), Applications of Case Study Research, Applied Social Research Series, Second Edition, vol. 34, Sage Publications.
- Yin R.K. (2003b), Case Study Research: Design and Methods, Applied Social Research Methods Series, Third Edition, vol. 5, Sage Publications.
- Yin, R.K. (2008). Case Study Research Design and Methods. 4th Edition, Sage Publications, Thousand Oaks.
- Zaki, L. (2006). L'écriture d'une thèse en sciences sociales : entre contingences et nécessités. Genèses, no 65(4), 112-125. doi:10.3917/gen.065.0112.
- Zimmerman, B., Bandura, A., Martinez-Pons, M. (1992). Self-Motivation for Academic Attainment: The Role of Self-Efficacy Beliefs and Personal Goal Setting. American Educational Research Journal. 29. 663-676. 10.3102/00028312029003663.

Zimmerman, M.A., Rappaport, J. (1988). «Citizen Participation, Perceived Control, and Psychological Empowerment», American Journal of Community Psychology, vol. 16, 725-750

BIBLIOGRAPHIE ANNEXES I, II et III

Agudelo, C.A. (1983). Community participation in health activities, some concepts and appraisal criteria, Bulletin of the Pan American Health Organization, 17, 375-385.

Arnstein, S. (1969). A ladder of citizen participation, American Institute of Planners Journal, 2 1 6-224.

Bell, C., & Newby, H. (1971). Community Studies: An introduction to the sociology of the local community. London: George Allen and Unwin.

Bracht, N., & Tsouros, A. (1990) Principles and strategies of effective community participation, Health Promotion International, 5(3), 199-208.

Busino, G. (1993). « Qu'est-ce que la communauté selon les sociologues ? », *in* Busino, G., *Critiques du savoir sociologique*, Paris : Presses Universitaires de France, coll. « Sociologies »), pp. 125-142.

Busino, G. (1993). « Qu'est-ce que la communauté selon les sociologues ? », in Busino, G., *Critiques du savoir sociologique*, Paris : Presses Universitaires de France, coll. « Sociologies »), pp. 125-142.

Chevalier, J. (2002). Entre dystopie et utopie : Pourquoi et comment construire des communautés résidentielles, aujourd'hui, aux Etats Unis ?. ESO - UMR 6590 N° 17, mars 2002 E E S O.

Cohen, J., Uphoff, N. & Univ, (1977). Rural Development Participation: Concept and Measures for Project Design. Implementation and Evaluation. XF2006202596.

Cornwall, A. (2008). Unpacking 'Participation' Models, meanings and practices. Community Dev J. 43. 10.1093/cdj/bsn010.

Dale, S. (1980). *Controversies in Sociology. A Canadian Introduction*, Copp, Clark and Pitman: Toronto, 1990.

Dulani, B. (2003). How Participatory is Participation in Social Funds? An Analysis of three cases studies from the Malawi Social Action Fund, (MASAF). http://www.sed.manchester.ac.uk./idpm/research/events/participation03/Dulani.pdf

Fournier, P.,& Potvin L. (1995). Participation communautaire et programmes de santé : les fondements du dogme. In: Sciences sociales et santé. Volume 13, n°2, 1995. pp. 39-59; doi : https://doi.org/10.3406/sosan.1995.1326 https://www.persee.fr/doc/sosan_0294-0337_1995_num_13_2_1326

Godbout, J. (1986). La participation contre la démocratie, Editions Saint Martin, Montréal.

Johnson, A. (1986). *Human Arrangements*, Harcourt Brace Jovanovich Publishers: Orlando, 1986.

Labonté, R. (1990). Empowerment : notes on professional and community dimensions, Canadian Review of Social Policy, 26, 64-75.

Midgley, J. (1981). Popular participation as a strategy for promoting community level action and national development, United Nations, N.Y.

Pretty, J. (1995). The many interpretations of participation. In Focus 16, 4–5.

Rifkin, S.B., Muller F., & Bichmann W. (198). Primary health care: on measuring participation, Social Science and Medicine, 26(9), 931-940.

Stebbins, R. (1987). Sociology. The Study of Society, Harper and Row: New York, 1987, p. 534.

UNICEF-OMS. (1978). Les soins de santé primaires, UNICEF-OMS Genève.

White, S.C. (1996). "Depoliticising Development: The Uses and Abuses of Participation." Development in Practice 6 (1): 6–15. doi:10.1080/0961452961000157564.

DOCUMENTS ARCHIVES DU SENEGAL SUR L »HISTOIRE DU SENEGAL

- .- bi I 4° 2198 : DECCAMP, Cyr / La Préhistoire du Sénégal
- bi I 8° 3: VILLARD, André / Histoire du Sénégal.- bi I 8° 3
- Po I 8° 303 : Une source de l'histoire coloniale du Sénégal
- Po II 8° 35, n° 9, 1962BRIGAUG : Félix / Histoire du Sénégal : des origines au traité de protectorat Histoire traditionnelle du Sénégal.
- 1G 33 Source de l'histoire coloniale du Sénégal.
- Po III 4° 2460Histoire du Sénégal depuis l'arrivée des européens jusqu'en 1850 d'après les documents des archives françaises

ANNEXE I

1. Paquets de services communautaires de base

1. a. DOMAINE DE LA PROMOTION ET DE LA PREVENTION

Services offerts	ACS	ACPP	Niveau
Secteur : Mère et Nouveau-né			
Recensement continu des femmes enceintes	Х	Х	Case, Site, Domicile
Suivi à domicile de la femme enceinte (volet prénatal)	Χ	Χ	Domicile
Promotion des 4 CPN	X	Х	Case, Site, Domicile
IEC sur les signes de danger (Grossesse / Accouchement / Post-partum)	Х	Х	Case, Site, Domicile
Détection des signes de danger (Grossesse / Accouchement / Post- partum) et orientation vers une structure de santé	Х	Х	Site, Domi- cile
Promotion de la recherche précoce de soins pour la mère (Grossesse / Accouchement / Post-partum)	Х	Х	Case, Site, Domicile
Supplémentation en fer et acide folique de la femme enceinte	Х		Case, Site, Domicile
Promotion d'une alimentation saine, variée et équilibrée chez la femme enceinte et allaitante (consommation des produits locaux, de sel iodé,)	Х	Х	Case, Site, Domicile
Promotion de l'utilisation de la MILDA par les femmes enceintes	Х	Х	Case, Site, Domicile
Administration du misoprostole en prévention des hémorragies du post- partum	Х		Case
Visite de suivi de la femme allaitante dans les 24 heures suivant l'accouchement (volet postnatal des soins à domicile)	Х	Х	Domicile
Administration de soins immédiats du nouveau-né (maintien de la tem- pérature, mise au sein précoce, soin du cordon, soins des yeux)	Х		Case
Visite de suivi du nouveau-né dans les 24 heures, au 3 ^{ème} jour et 7 ^{ème} jour après l'accouchement (volet postnatal soins à domicile	Х	Х	Domicile
Détection des signes de danger chez le nouveau-né et orientation vers une structure de santé	Х	Х	Case, Site, Domicile
Visite supplémentaire de suivi du nouveau-né avec faible poids de naissance à 2 jours et 14 jours après la naissance (volet Suivi à domicile du nouveau-né)	Х	Х	Domicile

Services offerts	ACS	АСРР	Niveau
Secteur : Adolescents et jeunes			
IEC pour la prévention des grossesses précoces/non désirées, IST-SIDA, Mutilations Génitales Féminines	Х	Х	Case, Site, Domicile
Secteur : Planification familiale			
Promotion des méthodes PF existantes au Sénégal	X	Х	Case, Site, Domicile
IEC sur l'importance de la planification familiale	Х	Х	Case, Site, Domicile
Offre initiale des méthodes contraceptives au niveau communautaire	Х		Case
Réapprovisionnement en produits contraceptifs	Х		Case
Secteur : Enfant			
Suivi de l'état vaccinal chez les enfants de 0-11 mois	Х	Х	Case, Site, Domicile
Promotion de l'utilisation de la MILDA	Х	Х	Case, Site, Domicile
Distribution de masse et routine de MILDA	Х	Х	Case, Site
Visites de suivi de l'utilisation des MILDA	Х	Х	Domicile
IEC sur les principales maladies de l'enfant (diarrhée, IRA, paludisme)	Х	Х	Case, Site, Domicile
Visite de suivi des enfants (sains, malades,)	Х	Х	Domicile
Détection des cas de maladie grave y compris les maladies mentales et orientation vers structures de santé	Х	X	Site, Domi- cile
IEC pour la prévention des lésions courantes (accidents domestiques)	Х	Х	Case, Site, Domicile
Secteur : Nutrition		·	
Promotion de l'allaitement maternel dès la première heure après l'accouchement	X	X	Case, Site, Domicile
Promotion de l'allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois	Х	Х	Case, Site, Domicile

Services offerts	ACS	АСРР	Niveau
Promotion de l'allaitement continu jusqu'à 24 mois	Х	Х	Case, Site, Domicile
Promotion de l'alimentation complémentaire appropriée à partir de 6 mois	Х	Х	Case, Site, Domicile
Suivi promotion de la croissance des enfants 0-24 mois	Х	Х	Case, Site, Domicile
Dépistage actif de la malnutrition aigüe chez les enfants de 6-59 mois	Х	Х	Site
Détection des cas de malnutrition aigüe sévère, référence vers les struc- tures de santé et suivi de la référence	Х	Х	Case, Site, Domicile
Promotion de l'alimentation appropriée de l'enfant malade	Х	Х	Case, Site, Domicile
Supplémentation systématique en vitamine A des enfants de 6 à 59 mois	Х	Х	Case, Site, Domicile
Promotion de la fortification des aliments à domicile et la consommation	Х	Х	Domicile
Distribution des poudres enrichies en micronutriments pour la fortifica- tion des aliments			
Déparasitage systématique des enfants de 1 à 5 ans	Х	Х	Case, Site, Domicile
Secteur : Paludisme			
IEC sur la prévention du paludisme / Promotion de l'utilisation de la MILDA	Х	Х	Case, Site, Domicile
Détection des cas de paludisme graves chez les personnes âgées de plus de 5 ans et orientation vers une structure de santé	Х		Case, Domi- cile
Visites de suivi de l'utilisation des MILDA	Х	Х	Domicile
Secteur : Tuberculose	1		
IEC sur la prévention de la tuberculose	Х	X	Case, Site, Domicile
Détection et orientations des tousseurs de plus de 15 jours	Х	Х	Case, Site, Domicile
Secteur : IST et VIH SIDA			
IEC sur la prévention des IST et du VIH /SIDA	Х	Х	Case, Site, Domicile
	L	Ļ	ļ

Services offerts	ACS	ACPP	Niveau
Promotion du dépistage volontaire du VIH	X	X	Case, Site, Domicile
IEC sur la PTME et le dépistage du couple	X	Х	Case, Site, Domicile
Secteur : Eau, Hygiène et Assainissement			
IEC sur l'hygiène, alimentaire, corporelle et vestimentaire	Х	X	Case, Site, Domicile
Promotion utilisation d'installations hygiéniques (latrines ; puisard, pou- belles réglementaires)	Х	Х	Case, Site, Domicile
IEC sur l'importance de l'assainissement du milieu (collecte, ramassage et élimination hygiénique des ordures)	X	X	Case, Site, Domicile
Organisation d'activités d'assainissement du milieu	X	X	Case, Site, Domicile
Promotion du lavage des mains au savon	X	X	Case, Site, Domicile
Promotion des techniques de stérilisation de l'eau à usage domestique	X	X	Case, Site, Domicile
Secteur: Maladies non transmissibles			
IEC sur la prévention des facteurs de risque	X	X	Case, Site, Domicile
IEC sur l'hygiène de vie et le recours précoce aux soins	X	Х	Case, Site, Domicile
Secteur : Groupe des aînés (troisième âge)			
IEC sur "Bien vieillir" (alimentation, hygiène de vie,)	X	X	Case, Site, Domicile
Promotion de la recherche périodique d'un bilan de santé (tous les 6 mois)	Х	Х	Case, Site, Domicile
Education des membres de la famille sur le soutien et accompagnement des personnes âgées	X	Х	Case, Site, Domicile
Secteur : Gouvernance			
Promotion du paquet de services de santé communautaire	X	Х	Case, Site, Domicile
Secteur : Couverture Maladie Universelle			
Promotion de l'adhésion aux mutuelles de santé	X	X	Case, Site, Domicile
Vulgarisation des initiatives de gratuité	X	Х	Case, Site, Domicile

1. b. DOMAINE CURATIF ET RE-ADAPTATIF

Services offerts	ACS	ACPP	Niveau
Secteur : Mère et Nouveau-né			
Prise en charge des accouchements inopinés	Х		Case
Dépistage du paludisme en post-partum par le TDR	Х		Case, Domicile
Traitement du paludisme en post-partum par les ACT	Х		Case, Domicile
Réanimation des nouveau-nés asphyxiés par aspiration manuelle et maintien de la température	Х		Case
Prise en charge du nouveau-né de faible poids par la méthode Kan- gourou et référence	Х		Case, Domicile
Secteur : Enfant			
Traitement de la diarrhée simple avec SRO à faible osmolarité et Zinc chez les enfants 0-5 ans	Х	Х	Case, Site, Domicile
Traitement de la pneumonie simple par antibiotique chez les enfants 0-5 ans	Х		Case, Domicile
Dépistage du paludisme simple avec TDR chez les enfants de 0-5 ans	Х		Case, Domicile
Traitement du paludisme simple avec ACT chez les enfants de 0-5 ans	Х		Case, Domicile
Secteur: Nutrition			
Prise en charge de la malnutrition aigüe modérée selon le protocole PECMA	Х	Х	Case, Site, Domicile
Suivi communautaire des malnutris sévères pris en charge en ambula- toire au niveau de l'UREN	Х	Х	Site, Domicile
Recherche des absents (malnutris sévères en traitement ambulatoire au niveau de l'UREN)	Х	Х	Domicile
Suivi communautaire des malnutris aigus sévères déchargés de l'UREN selon le protocole PECMA	Х	Х	Domicile
Secteur : Paludisme			
Détection du paludisme simple avec TDR chez les personnes âgées de plus de 5 ans	X		Case, Domicile
Traitement du paludisme simple avec ACT chez les personnes âgées de plus de 5 ans	Х		Case, Domicile
Secteur : Tuberculose			
Recherche active des irréguliers	Х	Х	Domicile
Secteur : Maladies Tropicales Négligées			
Suivi communautaire du traitement de la lèpre	Х	Х	Case, Domicile

2. <u>Paquets de services communautaires complémentaires :</u>

2. a. DOMAINE PROMOTION ET PREVENTION

Services offerts	ACS	ACPP	Niveau
Secteur : Maladies Tropicales Négligées			
IEC sur la prévention des maladies tropicales négligées (onchocercose, bilharziose, filariose lymphatique, lèpre et trachome)	X	X	Case, Site, Domicile
Promotion du lavage du visage chez les enfants dans les zones endé- miques pour la lutte contre le trachome	Х	Х	Case, Site, Domicile
Secteur: Paludisme			
Distribution de masse d'amodiaquine et SP pour la chimio-prévention saisonnier du paludisme chez les enfants de 3-9 ans	X	X	Site, Domicile

2. b. DOMAINE CURATIF ET RE-ADAPTATIF

Services offerts	ACS	АСРР	Niveau
Secteur : Maladies Tropicales Négligées			
Distribution routinière de médicaments contre les MTN (bilharziose, on- chocercose, trachome, Filariose lymphatique)	Х	X	Site, Domicile
Suivi des complications de la Filariose lymphatique	X	X	Case, Domicile
Détection précoce des MTN et orientation vers une structure de santé	X	X	Case, Site, Domicile

ANNEXE II : RESUME DE LA RECHERCHE SUR LES DEFINITION DES CONCEPTS

1. Le concept de « communauté »

L'historien de la sociologie Robert A. Nisbet Nisbet, (1993) a fait de la communauté un des cinq « concepts élémentaires » de la sociologie.et en a montré la présence et l'importance chez les fondateurs (Marx, Tönnies, Durkheim, Simmel, Le Play, Weber).

En 1994, le sociologue américain George A. Hillery Jr. a rassemblé 94 définitions du concept de « communauté » utilisées dans la sociologie américaine et, dans un article resté célèbre, les a comparées pour dégager leurs points communs, afin de de mieux cerner les caractéristiques centrales du concept. Il est arrivé à la conclusion que les nombreuses définitions ne partagent qu'une seule chose : c'est qu'elles parlent de personnes.

Selon Busino (1993), le concept de communauté signifie très approximativement dans le langage courant « un groupe de personnes qui ont en commun une origine, des idées, des intérêts et des habitudes de vie ».

Cependant, en l'absence de frontière conceptuelle, le concept de communauté génère une multitude de définitions (Billard, 1999) au caractère éclectique, ce qui crée un véritable « brouhaha communautaire » (Chevalier, 2002), comme il apparait dans les définitions suivantes :

« On dit d'une communauté qu'elle existe quand les interactions entre les individus ont pour but de satisfaire les besoins des individus et les buts du groupe... dans un espace géographique, ... à travers des interactions ». (Sussman dans Bell et Newby, 1975)

« Une communauté est d'abord une place et, ensuite, une configuration en tant que mode de vie et concernant aussi bien comment les personnes agissent et ce qui les guide ; en d'autres mots, leurs institutions et leurs buts ». (Kauffman dans Bell et Newby)

« Une communauté est un nombre de familles résidant dans une aire relativement petite dans laquelle elles ont développé des définitions socio-culturelles plus ou moins complètes imbues

d'identification collective et, grâce auxquelles, elles résolvent les problèmes qui surviennent du fait qu'elles partagent la même aire ». (Sutton et Kolal dans Bell et Newby)

« Une communauté se réfère à une structure de relations à travers lesquelles une population localisée s'acquitte de ses exigences quotidiennes ». (Hawley dans Bell et Newby)

« Une communauté est un groupe de personnes qui partagent un même territoire et satisfont leurs besoins physiques et sociaux à travers leurs interactions quotidiennes ». (Johnson, 1986)

« Une communauté est un groupe social avec une base territoriale commune. Les membres du groupe partagent des intérêts et ont un sens d'appartenance au groupe. » (Stebbins, 1987)

« Une communauté est un groupe de personnes vivant dans la même localité... ont un sens d'identité et d'appartenance partagé... comprend aussi l'ensemble des relations sociales trouvées dans une zone délimitée. » (Dale, 1990)

Bell et Newby (1975) ont opté pour une approche synthétique en procédant à un recensement des définitions du concept de « communauté » pour identifier leurs caractéristiques communes; A cet effet, ils ont identifié trois éléments qui caractérisent ces définitions : **les interactions sociales, les liens communs et la localité.**

Une deuxième approche définitionnelle du concept est de type constructiviste. Par exemple, en décembre 2001, la revue « American Journal of Public Health » a publié les résultats d'une recherche visant à définir la communauté dans le contexte de la santé publique. Comme il résulte des définitions fournies par les participants à l'étude qui appartiennent à différents groupes, cinq mots-clés ont émergé: le lieu (locus), le partage, l'action, les liens sociaux et la diversité. Sur la base de ces mots-clés, la définition suivante a été forgée. « Un groupe de personnes qui sont liées par des relations sociales, partagent une perspective commune et s'engagent dans des actions collectives, dans des lieux ou des cadres géographiques» (MacQueen).

Ces mots-clés se retrouvent aussi dans la définition de l'OMS suivante : « groupe de personnes qui vivent souvent dans une zone géographique bien définie en partageant une culture, des valeurs et des normes ; et ont une place dans une structure sociale qui est conforme à des relations que la communauté a créées au cours d'une certaine période. Les membres d'une communauté acquièrent leur identité personnelle et sociale en partageant des convictions, des valeurs et des normes qui ont été conçues dans le passé par la communauté mais susceptibles d'évoluer avec le temps. Ils sont, dans une certaine mesure, conscients de leur identité de groupe et ont des besoins communs qu'ils souhaitent satisfaire ». (OMS, 1999). Cette définition est très usitée en santé publique.

2. Participation communautaire

Selon White (1994), le concept de participation présente un nombre de difficultés en termes de définition. Cela se traduit par une multitude de définitions et une abondante littérature qu'il nourrit. Il s'agit donc, d'un concept extrêmement populaire mais qui a besoin de clarté selon Cohen Uphoff (1977).

Dulani (2003) décrit l'image de la participation comme étant "kaleidoscopique », en référence à son caractère fragile, insaisissable et changeant d'un moment à l'autre. Cornall (2008) parle d'un concept « infiniment malléable », un « buzzword » adopté dans le langage par un large spectre d'institutions allant des ONG radicales à la Banque Mondiale, en passant par des entités des gouvernements locaux. Giddens (2001) explique la confusion autour du concept de participation par le fait qu'il est déterminé par les interactions entre les individus qui relèvent de comportements humains ou organisationnels. C'est donc, à juste titre, que Cohen Uphoff affirme que se demander qu'est-ce que la participation est une fausse question car, cela suppose que la participation soit un phénomène singulier.

C'est pourquoi définir la participation communautaire relève d'une véritable gageure (Fournier et Potvin, 1995). Pour preuve, la revue d'un échantillon de résumés de près de 600 articles scientifiques ayant utilisé ces termes durant ces vingt dernières années, débouche sur le constat de la nette tendance à l'augmentation de la fréquence de l'utilisation de ces terminologies, sans pour autant permettre d'identifier les fondements qui sous-tendent ces concepts (Brannstom et al. 1994).

Il existe de nombreuses définitions dans les domaines de la santé et du développement en général. Si l'on se réfère au domaine de la santé, nous pouvons citer les définitions suivantes :

- « un processus social où des groupes définis qui partagent les mêmes besoins et qui vivent dans une région géographique circonscrite, poursuivent activement l'identification de leurs besoins, prennent des décisions et établissent des mécanismes pour répondre à leurs besoins» (Rifkin et al, 1988);
- «l'implication de la communauté dans l'administration et le financement des services de santé. Une pareille implication suppose que la communauté participe à la planification, l'organisation, l'exécution et au contrôle des soins de santé primaires, utilisant au maximum les ressources locales et nationales et d'autres ressources disponibles» (Agudelo, 1983);
- «un processus par lequel les individus et les familles, d'une part, prennent en charge leur propre santé et leur propre bien-être comme ceux de la communauté, d'autre part, développent leur capacité de concourir à leur propre développement, comme à celui de la communauté» (UNICEF-OMS, 1978).
- «un processus d'échanges volontaires entre une organisation qui accorde un certain degré
 de pouvoir aux personnes qu'elle touche et ces mêmes personnes qui acceptent, en retour,
 un certain degré de mobilisation en faveur de l'organisation. Pour constituer un phénomène
 stable, la participation suppose un équilibre entre pouvoir et mobilisation.» (Godbout,
 1986)

Nous pouvons ajouter la définition des Nations unies : «la création d'occasions qui permettent à tous les membres de la communauté et à la société, en général, de contribuer activement au processus de développement, de l'influencer et de partager équitablement les bénéfices qui y sont tirés». (Midgley, 1981)

Les définitions, ci-haut citées, sont de nature instrumentale, c'est-à-dire, visant à atteindre des objectifs établis. A cet effet, des auteurs ont établi des cadres logiques de la participation avec des contenus variables afin d'étudier la participation. Parmi ces derniers, l'on peut citer:

- le modèle d'Arnstein (1969) qui identifié 8 échelles de participation, en fonction du niveau de pouvoir de la communauté, selon un gradient allant de la non-participation (manipulation) au contrôle citoyen, en passant par des formes de participation symbolique telles que la consultation;
- le modèle de Pretty (1995), dérivé de celui d'Arnstein, qui compte 7 niveaux allant de la participation manipulatrice à l'auto-mobilisation ;
- le modèle de White (1996), aussi dérivé de celui d'Arnstein, qui comprend quatre niveaux allant de la participation nominale à la participation transformative. Ce modèle prend en compte aussi bien les motivations des participants que celles des agences chargées de promouvoir la participation.
- le modèle de Cohen et Uphoff (1980) qui établit clairement une distinction entre le contexte et les dimensions de la participation, au nombre de trois, qui sont traitées sous forme de rubriques ; (le premier comprend des facteurs endogènes et exogènes).

Il cherche à déterminer:

- les genres de participation qui se déroulent ou qui sont désirés. Cette point prend en compte la participation dans la prise de décision, la mise en œuvre, les bénéfices et l'évaluation);
- o les acteurs de participation ;
- o la manière dont se déroule le processus de participation. Ce point prend en compte l'initiative de la participation, les incitations à la participation (volontaire ou coercitive), les canaux de la participation, la durée de la participation, l'intensité de la participation, l'étendue de la participation et le niveau de capacitation requis pour que la participation soit effective.

- Le modèle de Bracht et Tsouros (1990) qui interpelle les bases conceptuelles et les implications des citoyens, au moyen de cinq questions: le qui, le quoi, le où, le pourquoi et le comment ?
- Le modèle de Rifkin et al. (1988) qui vise surtout à mesurer la participation communautaire par des indicateurs spécifiques. Il identifie cinq dimensions à partir desquelles est analysée la participation: l'identification des besoins, le leadership, l'organisation, la mobilisation des ressources et la gestion.

ANNEXE III

PRESENTATION DE LA REGION DE THIES

(Extrait du rapport 2017 de la Région médicale de Thiès)

I. PRESENTATION DE LA REGION DE THIES

I.2. Situation géographique

Située à 70 km de Dakar, la Région de Thiès est l'une des 14 régions administratives du Sénégal. Elle couvre une superficie de 6 670 km2, soit 3,4% du territoire national et est limitée au Nord par la région de Louga, au Sud par la région de Fatick, à l'Est par les régions de Diourbel et de Fatick et à l'Ouest par la région de Dakar et l'Océan Atlantique.

I.2. Organisation administrative et locale

Sur le plan administratif, elle comprend trois (03) départements (Mbour, Thiès et Tivaouane) douze (12) arrondissements et cinquante-trois (53) collectivités locales.

I.3. Démographie et répartition cibles

La population de la région est estimée à 1.995.038 habitants. Les cibles des programmes prioritaires sont :

- les grossesses attendues : 71.023

- les femmes en âge de reproduction représentent 482.799 soit 24,2% de la population totale

- les enfants de 0 à 11 mois : 71.023

- les enfants de 0 à 5 ans : 375.865

La population de la région de Thiès est majoritairement composée de wolof (54%), suivent les serer, les al pulaar et les autres ethnies.

II. ETAT DES LIEUX

II.1 Ressources humaines

TABLEAU I: RESSOURCES HUMAINES PAR CATEGORIE ET PAR DISTRICT SANITAIRE

DISTRICTS	C	CATEGORIES SOCIO PROFESSIONNELLES							
DISTRICTS	AI	IDE	Médecin	SFE	TSS	Total			
Joal	4	8	2	12	3	29			
Khombole	15	9	2	8	2	36			
Mbour	13	20	2	27	3	65			
Méckhé	8	14	2	10	3	37			
Popenguine	2	6	2	4	4	18			
Pout	4	6	1	13	2	26			
Thiadiaye	4	6	2	5	3	20			

Thiès	11entat	27	2	40	7	87
Tivaouane	6	11	2	11	1	31
EPS Thiès	10	29	34	26	45	144
HSJD	0	54	15	6	16	91
EPS Mbour	16	10	18	21	21	86
EPS Tivaouane	2	5	10	12	7	36
Région Médicale	0	1	3	2	5	11
Total général	95	206	97	197	122	717

<u>Légende</u> :

AI : Assistant Infirmier, IDE : Infirmier Diplômé d'Etat, SFE : Sage-femme d'Etat, TSS : Technicien Supérieur de Santé

NB: Cette situation ne prend pas en compte le personnel qui est dans les cabinets et cliniques privés.

Tableau II: ratio du personnel soignant par catégorie

Catégorie	Nombre	Ratio	Normes/ratio
Médecin	94	1 médecin/20654 hbts	Selon le niveau de la structure (1 Médecin/10000 hbts-OMS)
Infirmier Diplômé d'Etat	210	1 IDE/9245 hbts	1 IDE/5000 hbts (PNDS)
Sage-femme d'Etat	191	1 SFE/2459 FAR	1 SFE/1500 à 3000 FAR (PNDS)

Ce tableau montre que la résorption du déficit en matière de ressources humaines se poursuit toujours dans la région grâce à l'effort combiné de l'Etat et des comités de santé. Ces derniers ont pris des initiatives allant dans le sens du renforcement des ressources humaines en procédant à des recrutements de personnel qualifié, notamment des sages-femmes.

II.2 Infrastructures

La région de Thiès est relativement pourvue en matière d'infrastructures sanitaires. En 2017, la situation est la suivante :

- 01 Etablissement Publics de Santé de niveau 02 (CHR Thies),
- 02 Etablissements publics de santé de niveau 01 (Mbour et Tivaouane)
- 02 hôpitaux privés (Saint Jean de Dieu et Barthimée),
- 01 centre de santé mentale Dalal Xél.
- 09 centres de santé,
- 168 postes de santé publics,

- 335 cases de santé fonctionnelles
- 73 structures privées (cabinets et postes de santé privés)
- 27 cabinets médicaux,
- 09 cliniques privées,
- 165 officines privées environ,

La région dispose, en plus des établissements orientés dans la prise en charge des malades, d'autres structures qui s'activent dans la prise en charge préventive, promotionnelle, la formation et l'approvisionnement en médicaments. Il s'agit de la Brigade régionale d'Hygiène, du Service Régional de l'Action Sociale et ses CPRS, de la Pharmacie Régionale d'Approvisionnement, du Centre Régional de Formation en Santé, des écoles privées de formation qui sont au nombre de neuf (09), de l'Institut de Pédiatrie Sociale et la section Hygiène de l'ENDSS à Khombole.

Par ailleurs la région médicale a noué un partenariat avec l'université de Thiés qui se traduit par la mise à disposition de spécialistes au niveau des hôpitaux de la région.

TABLEAU III: REPARTITION DES INFRASTRUCTURES PAR DISTRICT

Districts sanitaires	Population	EP S	Centr e de santé	PS	Ratio pop/PS	Cliniqu es Privées	PS privé	Nbre Total de PS
Joal	89644	00	01	9	1PS/11206	00	3	11
Khombole	155382	00	01	16	1PS/9711	00	0	17
Mbour	404569	01	01	28	1PS/144493	06	40	68
Méckhé	176372	00	01	20	1PS/9282	00	00	19
Popenguine	81090	00	01	11	1PS/9000	00	03	12
Pout	134358	00	01	9	1PS/14895	00	01	10
Thiadiaye	170666	00	01	11	1PS/189627	00	02	11
Thiès	455040	01	01	35	1PS/13383	04	24	58
Tivaouane	327912	01	01	29	1PS/113075	00	02	31
Total RM	1 995 038	3	9	168	1PS/12391	10	75	237

Au plan de la couverture en centre et poste de santé où la norme fixée dans le cadre du PNDS était de 1 centre de santé pour 50.000 habitants et de 1 poste de santé pour 10.000 habitants en zone urbaine et 1 poste de santé pour 5.000 habitants en zone rurale, la région est loin d'atteindre ces objectifs.

On note des disparités, en effet les districts de Thiès, Thiadiaye Tivaouane, Mbour, Pout et Joal sont moins pourvus en infrastructures que ceux de Popenguine, Méckhé et Khombole.

II.3 Partenaires de la Région

La région de Thiès compte plusieurs partenaires qui accompagnent la mise en œuvre des différents programmes de santé.

TABLEAU I: PARTENAIRES ET DOMAINES D'INTERVENTION

Partenaires	Domaines d'intervention
Coopération Belge	 Renforcement du système de santé Infrastructures et équipements, Amélioration offre de services Référence/ contre référence
USAID (Abt)	 Renforcement du système de santé, Appui aux programmes (Santé de la mère et de l'enfant) Renforcement des prestations de services Financement de la santé et mutuelles de santé
Fonds Mondial	- Appui à la mise en œuvre des programmes prioritaires (paludisme, tuberculose, VIH)
UNICEF	 Investissements (équipement), Amélioration offres de service et référence Survie de l'enfant
PRN	- Renforcement de la nutrition communautaire
Plan international	Appui aux programmes de santéSanté communautaire
Croix Rouge	- Appui à la gestion des grands rassemblements
AMREF	 Appui aux programmes de santé Renforcement des capacités du personnel
UNFPA	- Santé de la mère et de l'adolescent
Nutrition Internationale	 Survie de l'enfant Renforcement des capacités des prestataires
RTI/ENVISION	- Lutte contre les MTN
SIGHTSAVERS	- Santé oculaire