

UNIVERSITÉ GASTON BERGER DE SAINT-LOUIS



UFR DES LETTRES ET SCIENCES HUMAINES

SECTION DE SOCIOLOGIE

PARCOURS : FAMILLE, ÉDUCATION ET SOCIALIZATION

MÉMOIRE DE MASTER 1

THÈME : INTERVENTION DES ONG DANS LA SANTÉ EN MILIEU RURAL

SUJET : ANALYSE DE L'IMPACT DE L'INTERVENTION DES ONG SUR LES PRATIQUES FAMILIALES ET COMMUNAUTAIRES POUR LA PROMOTION DE LA SANTÉ INFANTILE EN ZONES TRANSFRONTALIÈRES : LE CAS DE L'INTERVENTION DES ONG À DIAOBÉ (DÉPARTEMENT DE VÉLINGARA)

Présenté par :

FAMORA GASSAMA

sous l'encadrement de :

FATOU DIOP SALL

Année académique 2014-2015

TABLEAU DES MATIERES

DEDICACES	3
REMERCIEMENTS	4
LISTES DES TABLEAUX	5
INTRODUCTION.....	6
<u>PREMIERE PARTIE : CONTEXTE SOCIO-HISTORIQUE ET CADRE THEORIQUE</u>	9
<u>CHAPITRE I : CONTEXTE SOCIO-HISTORIQUE</u>	10
1. <u>Au niveau international</u>	10
2. <u>Au niveau national</u>	11
3. <u>Au niveau local</u>	12
<u>CHAPITRE II: CADRE THEORIQUE</u>	14
1) <u>Etat de la question</u>	143
2) <u>Question de recherche</u>	20
3) <u>Objectif de recherche</u>	20
4) <u>Hypothèse de recherche</u>	21
5) <u>Conceptualisation</u>	21
6) <u>Opérationnalisation</u>	25
7) <u>Le modèle d'analyse</u>	25
7.1. <u>Le recours au schème actanciel</u>	26
7.2. <u>Le paradigme de l'individualisme méthodologique</u>	26
<u>DEUXIEME PARTIE : PROBLEMATIQUE ET CADRE METHODOLOGIQUE</u>	28
<u>CHAPITRE III : PROBLEMATIQUE DE RECHERCHE</u>	29
<u>CHAPITRE IV : LES APPROCHES METHODOLOGIQUES</u>	30
1. <u>Histoire de la collecte</u>	30
1. 1. <u>Exploration</u>	30
: <u>La pré-enquête ou entretien exploratoire</u>	30

-	<u>La recherche documentaire</u>	30
1.	<u>2. L'enquête de terrain</u>	31
2.	<u>L'échantillonnage</u>	32
	<u>3. Les outils de la collecte</u>	32
3.1.	<u>Le questionnaire</u>	32
3.2.	<u>Le Guide d'entretien</u>	33
3.3.	<u>L'observation directe et les discussions</u>	33
4.	<u>Les techniques d'exploitation</u>	35
<u>TROISIEME PARTIE : DELIMITATION DU CADRE D'ETUDE ET PRESENTATION DES RESULTATS DE RECHERCHE</u>		36
<u>CHAPITRE V : PRESENTATION DU CHAMP D'ETUDE</u>		37
1.	<u>Situation géographique de Diaobé</u>	37
2.	<u>Composition ethnique</u>	37
3.	<u>Secteurs d'activité</u>	38
4.	<u>Dynamique économique de Diaobé</u>	38
5.	<u>Dynamique démographique</u>	38
6)	<u>Présentation du poste de santé de Diaobé</u>	40
<u>CHAPITRE VI : LES CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES DE L'ECHANTILLON</u>		40
2.	<u>Structures par sexe de la population enquêtée</u>	40
3.	<u>Structure par âge de la population de l'échantillon</u>	41
4.	<u>Situation matrimoniale de la population de l'échantillon</u>	42
5.	<u>Structure par niveau d'instruction</u>	45
6.	<u>Structure par ethnie des populations enquêtées</u>	46
<u>CHAPITRE VII. ANALYSE DES DONNEES</u>		48
1)	<u>Les avis du personnel de santé et représentant d'ONG de la localité</u>	48
2)	<u>Les avis des membres du comité de santé et des relais</u>	50
3)	<u>Les avis de la population considérée comme les bénéficiaires</u>	52

<u>CONCLUSION</u>	55
<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	56
<u>ANNEXES</u>	58

DEDICACES

Je dédie ce mémoire :

- ✚ A ma mère pour son amour, sa tendresse, ses encouragements, son soutien sans faille pour la réussite de mes études.
- ✚ A tous les membres de ma famille qui m'ont permis de surmonter toutes les épreuves de la vie.

Que ce modeste travail soit à la hauteur de tant d'efforts et de sacrifices consentis pour mon éducation.

REMERCIEMENTS

Je voudrais remercier toutes celles et tous ceux qui ont bien voulu apporter leur contribution à la réalisation de ce travail et particulièrement :

- ✚ Mon professeur encadreur Fatou diop sall.
- ✚ Egalement au docteur Alpha BA dont la rigueur et l'esprit critique m'ont sans cesse guidé. Je le remercie pour la confiance qu'il m'a accordée et lui suis reconnaissant pour son soutien sans faille tant sur le plan scientifique que personnel ;
- ✚ Tous les habitants de Diaobé principalement à tous ceux qui n'ont ménagé aucun effort pour la réalisation de ce travail.

Liste des tableaux

Tableau 1 : Les éléments de l'échantillon

Tableau 2 : La population recensée dans la commune par l'ICP dans le cadre de la distribution des moustiquaires

Tableau 3 : L'effectif des agents de santé selon le sexe

Tableau 4 : La répartition selon le sexe de la population interrogée

Tableau 5 : La part en pourcent des représentants d'ONG selon le sexe

Tableau 6 : La part en pourcent des membres du comité de santé et des relais selon le sexe

Tableau 7 : L'âge de la population bénéficiaire interrogée

Tableau 8 : L'âge des membres du comité de santé et des relais

Tableau 9 : La part en pourcent des cibles selon la situation matrimoniale

Tableau 10 : La situation matrimoniale selon l'effectif

Tableau 11 : Le niveau d'instruction des bénéficiaires selon l'effectif

Tableau 12 : Le niveau d'instruction des membres du comité de santé et de relais

Tableau 13 : La répartition des bénéficiaires selon l'ethnie

Tableau 14 : La répartition par ethnie des membres du comité de santé et des relais

INTRODUCTION

L'objet de cette recherche est d'analyser l'impact de l'intervention des ONG dans le domaine de la santé dans la localité de Diaobé. Rappelons qu'au Sénégal, malgré d'importants progrès réalisés au cours des dernières décennies, la santé des populations est encore précaire. Le taux de morbidité et de mortalité sont restés élevés du fait des maladies infectieuses et parasitaires et surtout de l'état de pauvreté des populations. Par ailleurs, en plus des politiques gouvernementales pour promouvoir l'accès aux soins pour tous les citoyens, il y a la présence des ONG surtout dans les zones rurales. En effet, leur intervention était plus orientée vers les actions d'urgence et humanitaires.

Au niveau local, l'Etat est peu présent dans le secteur de la protection sociale qui est relativement récent dans les préoccupations nationales mais aussi il n'existe pas presque une forte communication entre les structures étatiques dédiées à la santé et le monde rural. Soucieuses des problèmes sociaux, les ONG mènent des actions de prise en charge ou de sensibilisation auprès des populations vulnérables dont l'accès aux besoins de premières nécessités reste difficile mais aussi pour les prévenir contre certains risques sanitaires. C'est dans ce contexte qu'il est constaté de plus en plus des journées de sensibilisation organisées par les ONG dans la localité en vue d'attirer l'attention des habitants sur certains risques sanitaires.

La méthode privilégiée des ONG est la démarche participative qui vise à favoriser un développement à la base. Et pour cela, ces ONG optent au-delà des campagnes de vaccination, des dons de moustiquaires et de la réhabilitation des structures de santé, une valorisation de la communication entre les populations et les agents de santé mais également entre les populations même et ceci à travers des journées de sensibilisation qu'elles organisent. Après tous ces efforts déployés par les ONG dans la localité, la question qu'on se pose est justement de savoir l'impact de ces dernières sur les conditions de vie pratiques de la population bénéficiaire. Autrement dit, il s'agit de savoir si les valeurs véhiculées par les ONG sont prises en compte par les habitants dans leur vie pratique.

Le contexte d'étude de cette recherche tient au fait de la particularité du milieu d'étude. En effet, Diaobé se situe dans le département de Vélingara (région de Kolda) qui partage la frontière avec trois pays à savoir la Gambie et les deux Guinées. Grâce à son rôle économique (marché hebdomadaire), les flux migratoires ne cessent d'accroître. Ce qui fait que la localité

est marquée par une diversité culturelle. Donc, ces réalités socioculturelles différentes ne sont-elles pas des aspects spécifiques qui marquent la vie de cette population.

En outre, la promotion de la santé vise, au-delà de la diffusion des connaissances, les facteurs facilitateurs et de renforcement que sont la motivation, la participation et la responsabilisation des individus ; mais aussi insiste sur la nécessité de créer un environnement socioculturel, politique, économique favorable pour accompagner le développement sanitaire.

L'étude est menée dans le village de Diaobé. Ce dernier se situe dans la région de Kolda, département de Vélingara et plus précisément dans la toute nouvelle commune de Diaobé-Kabendou. Rien ne fait sa popularité si ce n'est sa capacité d'accueil dans la sous-région.

La méthodologie de recherche que nous avons utilisée, est basée sur l'enquête sociologique.

Elle comprend une phase exploratoire avec une recension documentaire, une identification des personnes ressources et des entretiens exploratoires. Dans sa seconde phase, une enquête à partir d'un questionnaire a été effectuée auprès de la population considérée ici comme principale bénéficiaire. Ce procédé a été complété par des entretiens structurés auprès des personnels de la santé, des agents de santé communautaire de la localité et des agents d'ONG.

L'étude comporte trois parties. Chaque partie est divisée en chapitres qui à son tour seront subdivisés en différentes sous-parties selon la richesse de leur contenu.

En effet, dans la première partie qu'est la contextualisation théorique et socio-historique du champ d'étude, nous avons deux chapitres dont le premier est le contexte socio-historique qui regroupe en son sein trois sous-parties à savoir les contextes international, national et local de notre thème d'étude. Et dans le second chapitre, on a l'état de la question. Ici, au-delà de la revue littéraire, nous avons présenté notre question de recherche, hypothèse de recherche, la définition des concepts et le modèle d'analyse.

En suite, dans la seconde partie, nous avons également deux chapitres. Le premier chapitre est appelé la problématique de recherche. Comme son nom l'indique, dans ce chapitre, on a fait montrer notre problème de recherche. Et dans le second chapitre qui est la méthodologie de recherche, nous avons présenté la phase d'exploration à travers la recension documentaire, les entretiens exploratoires et la phase d'enquête avec l'élaboration des questionnaires et des entretiens auprès de nos unités d'enquête.

En fin, la troisième partie est la présentation du cadre d'étude et l'analyse et interprétation des résultats du terrain. Ici, on a trois chapitres qui sont : la présentation du cadre d'étude, les caractéristiques sociodémographiques des individus de l'échantillon et l'analyse des données du terrain. Le premier chapitre regroupe la situation géographique, la dynamique économique, la dynamique démographique, la composition ethnique et la présentation du poste de santé. Ensuite, dans le chapitre caractéristique sociodémographique, on a caractérisé nos individus selon l'âge, le sexe, le niveau d'instruction et l'ethnie d'appartenance. Et enfin, dans l'analyse des données du terrain, on a regroupé nos unités d'enquête sous trois groupes. Ce qui nous conduit d'analyser leurs avis sous trois niveaux regroupés.

PREMIERE PARTIE : CONTEXTE SOCIO-HISTORIQUE ET CADRE THEORIQUE

Cette première partie de ce travail est composée de deux chapitres à savoir le contexte socio-historique de notre phénomène à étudier et le cadre théorique ou encore la revue littéraire qui sera suivie de notre question de recherche, objectifs de recherche, de l'hypothèse et de la conceptualisation.

CHAPITRE I : CONTEXTE SOCIO-HISTORIQUE

Les programmes de santé publique et les campagnes importantes ont bénéficié de la participation des ONG à la collecte des fonds, à la mobilisation des bénévoles et aux activités de sensibilisation. Dans les pays en situation d'urgence, des ONG et collectivités religieuses ont veillé à l'accès des populations aux services de santé et aux médicaments. Très souvent, les ONG donnent à l'OMS le seul accès possible aux populations locales dans le besoin. Ainsi, les ONG ont joué un rôle important pour le respect des droits de l'homme en santé publique. Elles ont contribué à l'élaboration de politiques et contrôlé les résultats de leur application au niveau, national et international.

1. Au niveau international

Une étude menée par 42 bureaux de l'OMS sur les organisations impliquées dans le secteur de la santé donne une idée de l'état de la société civile en Afrique.¹

En effet, on remarque de nombreuses ONG nationales actives en Afrique sont relativement récentes : elles ont été créées dans les années 90 et tentent à se concentrer dans les capitales et leur voisinage. En général, les ONG nationales représentent entre 50 et 75% des ONG opérant dans les pays en situation d'urgence. Au Togo, 62% des ONG interviennent directement ou indirectement dans la promotion du droit de la santé.

Ces dernières années, les relations entre les ONG et les autorités se sont beaucoup améliorées. Néanmoins, on constate en général un manque de coordination des ONG par les gouvernements et entre les ONG elles-mêmes. De nombreux pays n'ont pas de politique spécifique et les systèmes d'enregistrement de ces organismes varient d'un pays à l'autre.

Lorsqu'il y a une politique, les ONG participent rarement à son élaboration. Peu de pays ont mis en place des structures pour permettre cette participation. Le rapport fait de nombreuses recommandations pour améliorer de la circulation de l'information ; mise en place de réseaux de coordination ; création de programmes de financement. Déjà 14 Etats africains ont organisé de forums nationaux des ONG pour étudier comment concrétiser les recommandations de cette enquête et on espère arriver bientôt à des améliorations.

Par ailleurs, il faut signaler le contexte d'action de ces ONG en Afrique. En effet, traditions douloureuses, maladies anciennes ou récentes, les Africains ont bien du mal à rester en bonne santé. Les soins coûteux, souvent difficiles d'accès et le seul recours reste souvent le

¹ Séna ALOUKA ; « Rôle de la société civile dans la promotion du droit de la santé en Afrique », 2005

guérisseur tradi-praticien qui soulage ou le charlatan qui fait espérer une guérison miraculeuse. C'est dans cette condition parfois pitoyable aggravée par les guerres, les catastrophes, la pauvreté (le pourcentage des dépenses publiques affectées à la santé varie entre 0,8 et 2,6% du PIB, le Sénégal a connu une diminution de 20% entre 1980 et 1991), l'inaccessibilité des centres de soins, et les pesanteurs socioculturelles qui renforcent la vulnérabilité de la femme, qu'intervient l'action des organismes de la société civile.

Ce ne sont pas les seuls, le droit à la santé est aussi une question de responsabilité politique de la part des gouvernements. Mais au-delà des insuffisances des politiques nationales, le phénomène de la mondialisation économique multiplie les situations où ce droit est bafoué. Le gouffre se creuse. Les dépenses publiques par personne et par an s'élèvent au Nord à 2500euros alors qu'elles sont 2,5 euros au Sud. La santé devient progressivement un service marchand : la privatisation des systèmes d'accès aux soins, l'absence d'assurance-maladie, le blocage de la production de médicaments génériques s'intensifient. Ce qui entraîne que les pauvres ont de moins en moins accès aux soins et chaque semaine des praticiens de la santé abandonnent leurs patients pour des grèves.

Voilà autant de facteurs qui ont facilité l'émergence des organisations de la société civile sur la scène médicale.

2. Au niveau national

Au Sénégal, malgré d'importants progrès réalisés au cours des dernières décennies, la santé des populations est encore précaire.² En effet, selon le rapport de l'OMS de 2000, l'espérance de vie à la naissance a connu une augmentation entre 1988 et 1998, passant de 47 à 51 ans pour les hommes et de 49 à 53 ans pour les femmes. La mortalité infantile a également baissé au cours de cette période de 86 pour mille à 64 pour mille.

Toutefois, malgré des efforts déployés, les taux de morbidité et de mortalité sont restés élevés du fait des maladies infectieuses et parasitaires et surtout de l'état de la pauvreté des populations.

Dans les années 1990, l'analyse de la situation sanitaire des populations a mis en lumière :

² Abdoul Karim GUEYE et Pape Salif SECK, « Etude de l'accessibilité des populations aux soins hospitaliers au Sénégal » ; 2009

-une tendance à la hausse de la mortalité juvénile surtout en milieu rural du fait de la diarrhée, des maladies respiratoires, du paludisme et de la faible couverture vaccinale

-une mortalité maternelle encore élevée surtout dans les régions périphériques (Kolda, Tamba) avec comme cause, entre autres, les hémorragies, les infections, la faiblesse du suivi pré et postnatal. En réponse à ces préoccupations, l'Etat a conçu pour la période de 1998 à 2007 un plan national de développement sanitaire avec comme objectifs prioritaires la réduction de la mortalité infanto-juvénile et maternelle, la baisse de l'indice de fécondité, et la réduction de l'invalidité et des problèmes sociaux.

En d'autres termes, la situation de l'évolution de la prise en charge de la grossesse, de l'accouchement, du nouveau-né et de la période postnatale connaît une progression lente ou même pas du tout. En effet, la proportion des femmes enceintes ayant effectué au moins une consultation prénatale auprès de personnel de santé qualifié est passée de 87% en 2005 à 94,7% en 2009. Le taux d'achèvement (4consultations prénatales) quant à lui a baissé de 40% en 2005 à 28,4% en 2009.³

De 1997 à 2005, la population de femme dont l'accouchement s'est déroulé dans une structure sanitaire est passée de 48% à 62% avec 52% d'accouchement assistés par un personnel qualifié.

Des disparités importantes selon le milieu de résidence existent pour ce qui concerne le lieu d'accouchement. En effet, si en milieu urbain, 88% des accouchements se sont déroulés dans une formation, cette proportion n'est que 47% en milieu rural où plus d'une femme sur deux (52%) a accouché à domicile. Selon l'EDS IV, les accouchements à domicile sont également fréquents dans les régions de Tambacounda (65%), Kolda (65%), Kaolack (53%) et Fatick (50%)⁴. Le pourcentage d'accouchement dans les structures sanitaires a régressé, passant de 70% à 65%.

3. Au niveau local

Dans la région de Kolda, on assista depuis plus d'une dizaine d'années à une recrudescence des projets et ONG qui se lancent dans les activités multiples de développement grâce aux financements qu'ils disposent. L'ambition de toutes ces structures est de contribuer de façon significative à l'amélioration des conditions d'existence des populations locales à travers la

³ « Santé maternelle et néonatale au Sénégal, succès et défis » ; 2011, Lalla TOURE et al.

⁴ EDS IV, 2005

réalisation d'activités productrices, la mise en place d'infrastructures et d'équipements, la facilitation de l'accès aux services sociaux de base, la promotion de la micro-finance etc.

Aujourd'hui, selon le Rapport final de l'Etude Diagnostique dans les cinq régions d'implantation des projets du millenium challenge account (M.C.A) ; Février 2009, la région de Kolda bénéficie de plus de trente ONG et projets auxquels s'ajoutent les associations et les organisations communautaires de base assez dynamiques qui entretiennent des partenariats féconds dans le cadre du développement local.

L'objectif global est de mettre en place les conditions de satisfactions des besoins fondamentaux des populations à travers des activités dans le secteur de la sécurité alimentaire, de la santé, de l'éducation, de l'environnement, de l'entrepreneuriat et de la culture. Les réalisations enregistrées dans le domaine des partenariats avec les projets et ONG sont énormes ; dans le secteur de la santé sont principalement la construction et la réhabilitation des postes de santé, équipement en matériels et logistiques, amélioration de la gestion des structures de santé, formation du personnel et des bénéficiaires, information et sensibilisation, dotation de médicaments etc.

CHAPITRE II: CADRE THEORIQUE

Dans ce chapitre, nous nous proposons de dégager la revue littéraire ainsi que les objectifs que nous ambitionnons de poursuivre dans cette étude. Ensuite, nous allons procéder à la définition des concepts, et enfin construire le modèle d'analyse.

1) Etat de la question

Il est quasiment, pour ne pas dire tout à fait impossible, pour un chercheur d'être le premier à écrire sur un thème ou un sujet donné. Donc, le chercheur doit, avant toute chose prendre connaissance de ce qui a été fait ou écrit sur son thème ou sujet avant lui. Ceci dit, notre sujet est composé principalement de l'intervention des ONG dans la santé qui, la production écrite est moins abondante. C'est-à-dire le thème de la santé en rapport avec l'intervention des ONG n'a pas fait l'objet de nombreux écrits. Toutefois, l'accès aux travaux réalisés en milieu rural sénégalais sur la thématique de notre recherche a été très difficile. Par ailleurs, notons que d'autres travaux existant ont abordé les problématiques de la santé et de l'intervention des ONG séparément. Or, il s'agit d'une problématique liée. Donc, procédons à la manière.

Santé

Le bien être des enfants est un enjeu social important. Depuis longtemps, on se préoccupe d'éduquer les enfants à la santé mais les efforts sont particulièrement importants aujourd'hui avec le développement des connaissances en santé publique et en épidémiologie. Toutefois, il faut signaler que la notion de « santé » fait l'objet d'importantes conceptions dans le milieu intellectuel.

Les conceptions de la santé

Les perceptions liées à la santé ont été étudiées de diverses façons, auprès des adultes comme des enfants. Elles ont parfois été cernées en relation avec les perceptions liées à la maladie, comme dans la célèbre étude de Claudine Herzlich (1969). A partir d'entretiens en profondeur, Herzlich a étudié les représentations de la santé et de la maladie chez les français. On a aussi étudié de la santé pour ce qu'elle est en elle-même, sans renvoyer ou l'opposer à la notion de maladie ; c'est le cas des travaux D'Houtaud (1976).

L'objet perceptuel le plus étudié est probablement la définition même de la « santé » (incluant la notion de maladie le cas échéant), que les sujets soient des adultes ou des enfants. Hors du cadre psychosociologique des représentations sociales, les notions de concept, de conception ou de représentation de la santé sont peu définies. Ahlawat et Baydoun (1984-1985) étudient la « conception globale » du mot santé. Pour Williams (1983), le concept de santé renvoie à l'état de santé ou de maladie et non aux notions plus larges comme les conditions ou les conséquences de ces états.

D'autres encore soutiennent que la distinction entre concepts et représentations n'est pas très claire et ne pourrait pas, du reste, être utile dans les études qui s'intéressent au développement des enfants (Markova et Wilkie, 1987).

Dans une recension des écrits sur l'acquisition chez les enfants des attitudes et des comportements en matière de santé, Tinsley (1992) traite de la compréhension des concepts liés à la santé (children's understanding of health-related concepts) pour renvoyer aux études d'orientation psychogénétique⁵.

⁵ La conception de la santé chez les enfants de 5 à 12 ans. Quelques clés pour la promotion de la santé
Article : Sylvie Jutras, Jocelyn Bisson ; Sciences sociales et Santé 1994 Vol 12 pp 5-37

Bref, en l'absence d'une définition homogène, circonscrite et bien établie de la notion de concept de santé, la CNRS définit la notion de la conception de la santé comme :

« Le résultat, à un moment donné, de l'activité perceptuelle d'un sujet lié à un ensemble de concepts qui ont pour objet commun la santé »

Plusieurs chercheurs ont étudié le développement du concept de santé chez l'enfant en fonction des stades identifiés par Piaget. Selon Natapoff (1978), à six ans la santé est vue comme une série de pratiques de santé spécifiques (manger de la bonne nourriture, faire de l'exercice), à neuf ans les enfants se préoccupent davantage des états corporels (être en forme, se sentir bien). Ce n'est qu'à dix ans que l'enfant ayant acquis un certain niveau de pensée abstraite, parlerait de santé mentale. Selon Natapoff, les enfants définissent la santé comme un bien-être, une possibilité d'accomplir ce que l'on désire et un sentiment d'énergie⁶.

L'OMS (1946) définit la santé comme « un état de complet bien être physique, mental et social... (Qui) ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».⁷

La situation de la santé au Sénégal

Après l'indépendance, l'amélioration de l'état de santé des populations était flagrante avec la disparition des grands fléaux. L'espérance de vie est passée entre 1960 et 1988 de 38 à 48 ans (EDS1, 1986). A cette même période, la mortalité a diminué de 25 à 18 pour 1000. Entre 1981-1986, le taux de mortalité infantile (TMI) pour les enfants de moins d'un an était de 86 pour 1000 et pour ceux de 0 à 5 ans, le taux de mortalité infanto-juvénile (TMIJ) était à 191 pour 1000 (EDS1, 1986).

Cependant, grâce à l'amélioration du cadre de vie et la mise en place du programme élargi de vaccination (PEV), les taux de mortalité infantile (TMI) et les taux de mortalité infanto-juvénile (TMIJ) ont baissé de 68 pour 1000 et de 131 pour 1000 en zone urbaine et 248 pour 1000 en zone rurale (EDS2, 1993).

Selon un rapport de l'Unicef (Fonds des Nations Unies pour l'enfance) sur la situation des enfants au Sénégal, le taux de mortalité infantile des enfants de moins de 5 ans est plus élevé dans les régions dites défavorisées. Bien que le taux de mortalité des enfants de moins de 5

⁶ La conception de la santé chez les enfants de 5 à 12 ans. Quelques clés pour la promotion de la santé
Article : Sylvie Jutras, Jocelyn Bisson ; Sciences sociales et Santé 1994 Vol 12 pp 5-37

⁷ OMS (1946) In « Une géographie de la santé de la reproduction : De l'offre de soins aux pratiques spatiales des femmes à Dakar (Sénégal), F. M. Dramé, 12 juin 2006

ans ait chuté de 121 pour mille naissances en 2005 à 72 en 2010-2011, de fortes inégalités régionales et sociales persistent. Selon ce document, les taux de mortalité sont deux fois plus élevés dans les zones dites défavorisées comme Kolda, Kédougou, Matam et Sédhiou. Au niveau national, explique l'Unicef, 6 enfants sur 10 âgés de 12 à 23 mois ont reçu tous les vaccins. Cette performance masque de grandes disparités qui persistent. Par exemple dans la région de Kédougou, seulement 4 enfants sur 10 sont vaccinés et à Matam c'est 1 enfant sur 10.

La particularité de la région de Kolda réside dans sa situation sanitaire dont la moitié de sa population est rurale. Le taux de mortalité maternelle et infantile est très élevé avec pour le premier 12 morts pour 1000 naissances vivantes et le second 137 morts pour 1000 naissances. La situation est encore aggravée par la difficulté de rejoindre certains villages pendant la période des pluies. Ce qui fait que ces villages ne peuvent pas se rendre dans les structures de santé au moment voulu. En plus, avec une forte pluviométrie dans la région, le paludisme est devenu la cause principale de mortalité. Malgré cette forte incidence, la prévention de cette maladie et le taux de vaccination contre les principales maladies de l'enfance sont encore très bas.

Même si le Sénégal a fait des progrès dans l'offre des soins de santé infantile qui lui a valu d'être déclaré pays sans tétanos néonatale depuis 2010 ; même si le système de santé est présent à tous les niveaux de la vie pour conscientiser les individus et leur assurer des soins corrects dans un cadre approprié, adapté aux réalités locales, il reste beaucoup à faire dans les zones rurales.

Durant ces dernières décennies, des efforts ont été consentis pour améliorer la situation sanitaire. Cependant face à la croissance démographique et à l'étendue des besoins, l'insuffisance des ressources nationales allouées à la santé est frappante. Cette situation a fini par déstabiliser le système de santé du pays. Celui-ci souffre d'un profond déséquilibre lié à l'inégale répartition des services surtout entre milieux urbain et rural, à la pénurie du personnel sanitaire, et aux déficits des ressources financières.

Il existe une surmortalité des enfants des zones rurales et les enfants de cinq ans des familles les plus pauvres pour tous les indicateurs considérés. Le taux de mortalité infanto-juvénile estimé par l'EDS 4 de 2005 en zone rurale (160 décès pour mille naissances vivantes) est près de deux fois supérieur au chiffre estimé en zone urbaine (91 pour mille). De même, les enfants du quintile le plus pauvre meurent 2,5 fois plus que ceux du quintile le plus riche. De plus, ces

inégalités semblent dans le temps, même si les groupes ont connu une amélioration de leurs situations aux cours des deux décennies écoulées. Par ailleurs, l'écart entre la région de Dakar et les autres régions pauvres est particulièrement important. Ainsi, à Kolda, les estimations de l'ESIS suggèrent qu'environ un enfant sur cinq mourra avant d'atteindre son cinquième anniversaire. Ce risque est estimé à un sur douze dans la région de Dakar.⁸

Le taux de retard de croissance observé en 2005 est inférieur à la moyenne africaine (38%)⁹ mais il reste élevé et touche près d'un enfant sur cinq. Il est passé de 22 pour cent en 1992 à seulement 16,4 % en 2005, soit une réduction moyenne de 0,28 par an sur 13ans. Toutefois, sur la période 1992-2005 on note une baisse importante de l'insuffisante pondérale qui est passée de 22% en 1992 à 17 pour cent en 2005, ce qui porte à croire qu'il existe un espoir d'atteindre les OMD pour la nutrition si le soutien aux programmes de nutrition est maintenu et si celui-ci permet de poursuivre la baisse observée les cinq dernières années.

Selon le même Rapport Analytique Santé et Pauvreté, en matière de la production de la santé et la consommation des soins :

« Le niveau d'utilisation des services de santé infantile et des suivi des pratiques favorables à la santé est en général supérieurs aux moyennes observées en Afrique subsaharienne mais il reste insuffisant en particulier dans le domaine du paludisme, pour enclencher une véritable dynamique durable d'amélioration de la santé des enfants ».

L'allaitement des enfants est très répandu au Sénégal et elle est en hausse. Les données récentes rapportent un taux d'allaitement de 99 pour cent chez les enfants de moins de six mois (EDS IV). Concernant la prise en charge des maladies diarrhéiques, l'EDS IV de 2005 suggère que plus de la moitié des enfants souffrant de diarrhée bénéficie de réhydratation orale (TRO). La comparaison de ces résultats avec ceux des autres pays d'Afrique de l'Ouest montre que le Sénégal a des résultats dépassant la moyenne : les taux d'utilisation de la TRO en cas de diarrhée sont de 46 pour cent au Ghana en 2003 et de 27 pour cent au Burkina Faso en 2003.

En matière de prévention du paludisme, les résultats sont beaucoup moins insuffisants ; seulement 15 pour cent des enfants de 0 à 59 mois dorment sous une

⁸ Rapport Analytique Santé et Pauvreté, Sénégal, 2006

⁹ *ib.*

moustiquaire, dont 1,67 pour cent sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide. De plus seulement 38 pour cent des mères déclarent avoir demandé un traitement auprès d'un service de santé lorsque leur enfant souffrait de fièvre et de toux.

D'une manière générale, si des progrès certains ont été enregistrés pour la couverture en DTC3, on note aussi que seulement 59 pour cent d'enfants sont complètement vaccinés. Les inégalités constatées entre les différentes régions et les différents quintiles socioéconomiques sont minimes, suggérant que la majorité de la population n'a pas encore adopté des comportements promoteurs de bonne santé alors que dans certaines régions (Dakar en particulier) l'accessibilité ne peut être mise en avant pour justifier ces résultats. Les enfants issus des régions riches, des milieux urbains et des ménages riches ont plus de chance d'être soignés en cas de maladies. L'utilisation des services préventifs est également plus élevée pour ces groupes. De même, les enfants des femmes plus éduquées ont plus de chance d'être protégés et d'être soignés.

En plus, l'utilisation des services de santé de la reproduction est généralement très faible avec une forte différence entre zone urbaine et rurale. Une proportion relativement élevée de femmes a des besoins non satisfaits de contraception, ce qui témoignant d'une possibilité notoire d'amélioration de la réponse. Selon l'EDS IV, le niveau d'utilisation des méthodes contraceptives (toutes méthodes confondues) est de 12 pour cent chez les femmes en union de 15-49 ans. Le taux d'utilisation des méthodes modernes est de 10,3 pour cent chez les femmes en union. Au cours des 10 dernières années, la croissance annuelle moyenne de la prévalence contraceptive n'a pas dépassé 2 pour cent, tout en partant d'un niveau très bas. On note une prévalence contraceptive moderne chez les femmes en union similaire dans une région comme Ziguinchor (21 pour cent) et à Dakar (19 pour cent).

En revanche, la différence entre les milieux urbains et ruraux est particulièrement élevée. Le taux d'utilisation des méthodes contraceptives modernes est de 18 pour cent en zone urbaine chez les femmes en union alors qu'il est seulement de 15 pour cent dans la même catégorie des femmes en zone rurale. Ce constat apporte quelques éléments d'explications aux différences de fécondité. Il faut noter par ailleurs que chez les femmes sans instruction, l'utilisation des méthodes de contraception moderne est particulièrement basse (5,4 pour cent).¹⁰

¹⁰ Rapport analytique santé et pauvreté Sénégal, juin 2006

Ainsi, les études ont montré que la santé de l'enfant est tributaire du niveau de vie de la famille. Et il a été constaté qu'au Sénégal et dans d'autres pays comme le Mali, la probabilité de décès entre 1 et 5 ans est plus grande que celle de décès au cours de la première année de vie. Selon F. M. Dramé¹¹, si la mortalité juvénile (1-5 ans) apparaît fortement corrélée au niveau de vie de la famille, à l'hygiène de vie individuelle et collective, la mortalité infantile (avant 1ans) est largement fonction de l'alimentation du bébé. Il apparaît donc que l'amélioration de la santé de l'enfant est un des facteurs de développement du Sénégal.

O.N.G (Organisation Non Gouvernementale)

Le mouvement des ONG est apparu au début du 19^esiècle surtout par suite de calamités provoquées par la première guerre mondiale.¹² En fait, dans un premier temps, les organisations non gouvernementales étaient pour la plupart des organisations caritatives ; c'est-à-dire apportant des aides aux victimes des catastrophes de la guerre.

C'est par la suite qu'entre la première guerre mondiale et la seconde, que beaucoup d'ONG vont naître ; le cas notamment des ONG américaines dont le plus gros nombre fut créé après la deuxième guerre mondiale et au cours des années 1950- 1960 ; une période décisive qui marque la naissance de nouvelles nations indépendantes en Afrique et en Asie.

La période des indépendances en Afrique va jouer un rôle déterminant dans l'univers des ONG en leur donnant une autre tournure. C'est-à-dire ne se limitant pas seulement à l'intervention caritative ; mais intègre d'autres facteurs comme le développement des pays nouvellement indépendants. C'est ce que semble dire Ousseynou Touré¹³ en ces termes :

« Les indépendances ont développé et approfondi cette approche qui est passée progressivement du caritatif à l'aide au développement. Leur intervention vise à permettre aux groupes défavorisés de recevoir une partie des fruits de la croissance ».

La présence des ONG remonte aux années 60, mais leur développement a été surtout le résultat de l'acceptation par les Etats de leurs limites en matière d'action de développement et la nécessité perçue par eux d'ouvrir des possibilités d'interventions à des acteurs autonomes. La méthode privilégiée des ONG, aujourd'hui, c'est la démarche participative qui vise à

¹¹ F. M. Dramé ; Une géographie de la santé de la reproduction : de l'offre aux soins aux pratiques spatiales des femmes à Dakar, juin 2006

¹² Boubacar Diop, « le mouvement ONG en Afrique : Rôle, Responsabilité et Perspectives de développement », In : Mémoire de sociologie (2006-2007) de Ousmane Bâ

¹³ Ousseynou Touré, « Etude descriptive, diachronique et problématique des ONG opérant au Sénégal » ; In : Mémoire de Ousmane Bâ (2006-2007)

favoriser un développement à la base. Ceci verra augmenter le nombre d'ONG avec un développement des activités diversifiées.

Les actions de ces nouvelles vagues d'ONG ne se limitant pas uniquement à l'assistance, aux besoins immédiats et concrets, mais allait au-delà en essayant de permettre aux populations de se prendre en main et de mieux répondre aux besoins par le biais des actions locales.

Certaines analyses s'appuient sur la crise de l'Etat-providence qui ne peut plus remplir sa fonction de régulation sociale, pour voir l'intervention des ONG dans les pays africains. Car, pour eux les secteurs clés (la santé, l'éducation...) sont paralysés. Les Etats finissent par laisser un vide institutionnel et face à cela, se développant des liens de solidarité, la montée en puissance de la société civile, des mouvements associatifs et des ONG. C'est ce que nous pouvons lire sur les pages des cahiers du CONGAD en ces termes :

« Face aux conséquences de l'ajustement structurel et aux conflits politiques, des associations et des ONG ont continué à mettre en œuvre des actions avec des populations, à dénoncer les causes de l'exclusions et des violences et à tisser des solidarités sociales et des liens plus équitables avec des sociétés du nord ».

Au Sénégal, la prolifération des ONG aussi bien nationales qu'internationales manifeste une volonté d'occuper l'espace libre laissé par l'Etat ou faiblement investi par ce dernier à des prises d'initiatives susceptibles de produire une utilité publique dans divers domaines de la vie des populations.

2) Question de recherche

Toute recherche en sciences sociales, est une investigation qui vise à donner une réponse à une question précise en rapport à une réalité sociale. De ce point de vue, l'on doit avant tout déterminer de quoi il sera question avant de descendre sur le terrain pour recueillir des données. Ainsi, notre question de recherche est la suivante :

Quelles sont les incidences de l'intervention des ONG sur les pratiques familiales et communautaires (conditions sanitaires de vie) pour la santé infantile à Diaobé ?

3) Objectif de recherche

L'étude est guidée par plusieurs objectifs dont le principal vise à savoir l'incidence de l'intervention des ONG sur le changement des conditions sanitaires de vie à Diaobé. En

d'autres termes, il s'agit de comprendre et de restituer les différentes interventions des ONG et de mesurer son incidence sur les pratiques familiales de la population. Par conséquent, nous allons au-delà nous intéresser à la population pour tenter d'atteindre notre objectif principal et à travers les objectifs secondaires essayer de :

- comprendre les types d'interventions des ONG portant sur la santé infantile
- leurs impacts sur les pratiques familiales.
- savoir en quoi ces interventions sont-elles pertinentes en termes d'efficacité et d'efficience ?

4) Hypothèse de recherche

Dans le cadre de ce travail, notre hypothèse de travail est la suivante : l'intervention des ONG à Diaobé a permis à la population d'adopter des comportements promoteurs de santé ; surtout dans le domaine de la santé infantile.

5) Conceptualisation

E. Durkheim insistait sur la nécessité pour le chercheur de définir les choses dont il traite afin que l'on sache et qu'il sache de quoi il est question ; « une théorie ne peut être contrôlée que si l'on sait reconnaître les faits dont elle doit rendre compte »¹⁴

Ainsi, pour ne pas trahir cette règle méthodologique, il est question ici, d'expliciter les différentes notions clés que renferme notre sujet d'analyse qui sont pour nous celles d'**impact ou incidence, intervention d'ONG, pratiques familiales et communautaires et santé infantile.**

Impact

Le mot *impact* revêt essentiellement deux sens :

Dans le premier sens, il signifie heurt, collision. Cette définition est utilisée dans le jargon militaire et en balistique où le point d'impact signifie l'endroit où le projectile vient frapper, et par extension la trace qu'il laisse.

Dans le second sens par contre, l'impact a plutôt une acception fonctionnelle et signifie le rôle, l'influence ou l'action qu'exerce une chose, une situation sur quelqu'un ou quelque chose.

¹⁴ E. Durkheim, les règles de la méthode sociologique, 1895

Ainsi, dans le cadre précis de notre étude, nous optons pour la seconde définition qui cadre plus avec nos préoccupations. En effet, dans notre entendement, le concept de l'impact de l'intervention des ONG est l'influence de leurs réalisations sur les pratiques ou habitudes familiales et communautaires ; surtout leurs effets sur les comportements des familles promoteurs de santé infantile.

Intervention des ONG

Ce terme est composé de deux mots à savoir intervention et ONG.

D'abord l'intervention, est selon notre entendement, toute action ou aide entreprise par les organisations non gouvernementales pour soutenir la population ; que ce soit matériel, financier, ou autres valeurs véhiculées par ces derniers.

Ensuite le terme ONG a été consacré par les nations unies, repris ensuite dans les études des relations internationales, rendu enfin visible par des programmes d'aide au développement et par les médias. *« Pour le milieu onusien, il peut dans son sens le plus strict se limiter aux seules organisations internationales reconnues par l'institution en question »*¹⁵

Selon A. NIANG, les ONG sont *« des associations d'appui pour le développement à la base dont les moyens d'interventions, financiers et logistiques sont fournis le plus souvent par les bailleurs de fonds occidentaux ou américains »*¹⁶

D'après Ives B., il conviendrait d'entendre par ONG,

*« Toute association non lucrative fondée par un groupe de personne partageant les même idéaux et résolues d'atteindre certains objectifs sans se référer ni à l'Etat ni au gouvernement du pays où elle a été créée. Que les pouvoirs publics soient à la base du projet de création ou qu'ils financent l'association à hauteur d'un certain pourcentage n'enlève en rien le caractère non gouvernemental de l'association »*¹⁷

Par contre A.M.B. THIANE la définit comme une *« association en dehors de toute initiative de l'Etat et qui échappe à tout contrôle du gouvernement du pays dont les membres sont*

¹⁵ Ives. Beidbeder : le rôle international des ONG, bruyland-Bruxelles, LGDJ, paris, collection AXES SAVOIR, 1992 p25 In mémoire de F. Cissé, impact socioéconomique de l'intervention des ONG sur les GPF du Moyen Delta du Fleuve Sénégal, 2004-2005 p14

¹⁶ A. Niang, les associations en milieu dakarais, classification et capacité développant ; in Africa et développement

¹⁷ Ives Beidbeder op. cit

ressortissants »¹⁸. Considérée autrement, une ONG « peut être définie comme étant des associations bien préparées pour aider les pauvres, à identifier leur problèmes et besoins les plus pressants et qui à même de les aider directement ».¹⁹

Ainsi, dans le cadre de cette recherche, l'intervention des ONG serait considérée comme l'ensemble des actions menées par les organisations non gouvernementales dans la localité en vue d'améliorer les conditions de vie mais aussi et surtout dans la pérennisation des comportements promoteurs de bonne santé.

Santé infantile

Le terme santé est complété ici par le qualificatif infantile qui renvoie à tous ceux qui touche ou évoque de l'enfant.

En effet, la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. Cette définition est celle du préambule de 1946 à la constitution de l'organisation mondiale de la santé (OMS). Elle implique que tous les besoins fondamentaux de la personne soient satisfaits, qu'ils soient affectifs, sanitaires, nutritionnels, sociaux ou culturels et du stade de l'embryon, voire des gamètes à celui de la personne âgée. Elle représente donc plutôt comme un objectif, que certains jugeront d'utopique.

Pour nous donc, la bonne santé c'est un état qui résulte du respect d'un certain nombre de comportement et de pratiques sanitaires. Du coup, la santé infantile ici évoquée concerne l'ensemble des paramètres à mettre en place pour un meilleur épanouissement sanitaire de l'enfant.

Pratiques familiales et communautaires

Ce terme est composé d'un noyau qu'est les pratiques et des qualificatifs (familiales et communautaires) pour rendre compte de quelles genres de pratiques qu'il est question ici. Ainsi, dans notre recherche, nous considérons **pratiques familiales et communautaires**, comme l'ensemble des comportements adoptés par les familles et d'une manière générale par la communauté surtout dans le domaine des attitudes liés à la santé infantile. Ici, autrement

¹⁸ A.M.B. Thiané, les ONG une panacée...? 1996 In Mémoire de F. Cissé op. Cit

¹⁹ Groupe sur la participation et les ONG : développement et lutte contre la pauvreté et la politique sociale, BM mai 1996

dit, l'ensemble des paramètres à prendre en compte pour une meilleure promotion de la santé infantile.

6) Opérationnalisation

Concepts	Mode d'intervention des ONG	Pratiques familiales et communautaires
Dimensions	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Approche et logique d'action ➤ Valeurs véhiculées ou transmises ➤ Appui financier et matériel ➤ Assistance en médicament 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Approche vers les services de santé ➤ Motivation des acteurs communautaires ➤ Mise en place d'un comité de santé ➤ Mobilisation vers l'information
Indicateurs	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sensibilisation ✓ Rencontres et discussion ✓ Causerie par quartier ✓ Plaidoyer au près des leaders sur les bonnes pratiques ✓ Don de moustiquaire 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Communication entre les services de santé et la communauté ✓ Consultations des grossesses pour les femmes ✓ Accès à l'information ✓ Compréhension de l'utilité de la santé des enfants ✓ Soins de santé

7) Le modèle d'analyse

Selon Jean Michel BERTHELOT²⁰, « *le social n'est ni un ensemble de variables ou de systèmes physiques, ni un ensemble de significations, de représentations et de langages, ni la*

²⁰ BERTHELOT J. M., L'intelligence du social, PUF, 1990, 249p

scène unique et toujours recommencée où les hommes jouent le quotidien de leur destin, mais cela à la fois ».

7.1. Le recours au schème actancier

Le schème actancier implique la reconnaissance de l'intentionnalité de l'action et son irréductibilité à une détermination causale.

Sa forme logique est la suivante ;

$$(A \text{ p } B) = (B \in S, S \{ \sum a \rightarrow \sum e \} \rightarrow B \rightarrow S)$$

$\sum a$ = ensemble des acteurs

$\sum e$ = ensemble des effets de leurs actions

B = la résultante des comportements des acteurs impliqués

S = une situation, un champ ou un système d'action.

Cette forme logique signifie qu'un ensemble d'acteurs adoptent des comportements individuels ou collectifs dont l'agrégat produit un phénomène émergent B qui à son tour rétroagit sur le système.

Ainsi, dans le cadre de cette recherche, nous pouvons la schématiser comme suit :

$$(A \text{ p } B) = (B \in S, S \{ \sum a \rightarrow \sum e \} \rightarrow B \rightarrow S)$$

$\sum a$ = l'ensemble de la population de Diaobé

$\sum e$ = ensemble des pratiques familiales et communautaires

B = comportement promoteurs de santé

S = la santé infantile

7.2. Le paradigme de l'individualisme méthodologique

Dans cette présente recherche, le schème actancier est appliqué à travers le paradigme de l'individualisme méthodologique de Raymond BOUDON. En effet, pour ce dernier, les

déterminations sociales sont les résultantes des libertés individuelles et du pouvoir des acteurs.

Les comportements humains peuvent être considérés comme des stratégies ou des éléments de stratégie d'acteurs désirant atteindre certains résultats, c'est la poursuite des résultats escomptés qui représente le moteur de l'action. BOUDON en arrive à la conclusion que pour expliquer un phénomène social quelconque, il est impératif de reconstruire les motivations des individus concernés par le phénomène en question et de concevoir ce phénomène comme le résultat de l'agrégation des comportements dictés par ces motivations.

DEUXIEME PARTIE : PROBLEMATIQUE ET CADRE METHODOLOGIQUE

Dans cette partie, il est question d'évoquer notre problématique de recherche ainsi que la méthodologie utilisée pour accéder à l'information. Dans cette deuxième sous-partie de la deuxième partie, il sera exposé l'histoire de la collecte, l'échantillonnage et les outils de la collecte des informations.

CHAPITRE III : PROBLEMATIQUE DE RECHERCHE

Pour comprendre et pouvoir bien cerner notre sujet de recherche, il nous a fallu d'abord de faire une lecture préalable de quelques écrits des auteurs sur cette question même si il semble difficile de trouver des écrits qui traite sous une même problématique ; problématique consistant à mettre en rapport l'intervention des ONG et la santé surtout infantile. Cette lecture préalable nous a permis d'améliorer des pistes de réflexion. Ainsi, au cours de ce travail préparatoire, nous avons rencontré des travaux soit sur la santé, soit sur l'intervention des ONG en Afrique ou au Sénégal. Tout compte fait, il conviendrait à nous de faire dans notre recherche un travail qui mettrait en rapport ces deux notions centrales. Pour ce faire, 2qu'est-ce qu'on peut retenir des écrits précédents ?

Nombreux, sont ceux qui traitent de la santé sous une approche descriptive. Au Sénégal, le nombre de document qui parle de la situation sanitaire des populations sont énormes et font une description et une comparaison entre les milieux rural et urbain. Dans ce cas, les travaux de F.M. Dramé²¹ ne sont pas en rades. Selon M. Biaye 1994 cité par l'auteur, des études montrent qu'au Sénégal (et dans d'autres pays d'Afrique de l'ouest comme le Mali) la probabilité de décès entre 1 et 5ans est plus grande que celle de décès au cours de la première année de vie, contrairement à ce qui est généralement observé. Selon l'auteure F.M. Dramé, « *si la mortalité juvénile (1-5ans) apparait fortement corrélée au niveau de vie de la famille, à l'hygiène de vie individuelle ou collective, la mortalité infantile (avant 1an) est largement fonction de l'alimentation du bébé* ».

D'autres vont au-delà d'une simple description des indicateurs de la santé. Car le bien être des enfants est un enjeu social important. Depuis longtemps, on se préoccupe d'éduquer les enfants à la santé mais les efforts sont particulièrement importants aujourd'hui avec le développement des connaissances en santé publique et épidémiologique. C'est dans ce sillage que certains auteurs vont se donner la tâche de comprendre la notion même de santé auprès des enfants mais aussi des adultes ; en étudiant leurs perceptions de la santé.

Selon Natapoff (1978)²², « *à six ans la santé est vue comme une série de pratiques de santé spécifiques (manger de la bonne nourriture, faire de l'exercice), à neuf ans les enfants se préoccupent davantage des états corporels (être en forme, se sentir bien). Ce n'est qu'à deux ans que l'enfant ayant acquis un certain niveau de pensée*

²¹ Fatou Maria dramé « Une géographie de la santé de la reproduction : De l'offre de soins aux pratiques spatiales des femmes à Dakar (Sénégal), 12juin 2006

abstraite, parlerait de santé mentale. Selon Natapoff, les enfants définissent la santé comme un bien-être, une possibilité d'accomplir ce que l'on désire et un sentiment d'énergie. »²³

L'amélioration de la santé de l'enfant apparaît donc comme un des facteurs de développement du Sénégal, le ministère de la santé définit son plan de développement sanitaire en proposant de « *créer les conditions de développement harmonieux de l'homme dans un cadre qui favorise la participation et la responsabilisation effectives à l'effort de santé et à chacune des étapes du processus gestionnaire de la santé...* »²⁴

En plus des politiques gouvernementales, il y a la présence des ONG. L'existence de celle-ci remonte aux années 60, mais leur développement a été surtout le résultat de l'acceptation par l'Etat de ses limites en matière d'action de développement et la nécessité d'ouvrir les possibilités d'interventions à des acteurs autonomes.

Toutefois, il faut signaler qu'un pays ne peut accéder au développement si sa population est exposée aux maladies. D'où l'importance du rôle des ONG dans le secteur de la santé au Sénégal. Au Sénégal, il existe une disparité entre les différentes couches surtout en matière d'accès aux soins sanitaires. Le milieu rural est plus exposé à la vulnérabilité car, la pauvreté qui est un facteur déterminant de l'accès aux soins, est beaucoup plus marquant dans cette zone.

Cependant, au-delà de la pauvreté, il existe d'autres facteurs comme l'importance du taux d'analphabétisme, surtout chez les femmes rurales, peut aggraver la situation voire les comportements en matière de la santé. D'où la célèbre remarque d'Hassan ZAOUL²⁵ en soutenant que les individus adaptent toujours leurs comportements à leur site d'appartenance et à la situation dans laquelle ils se trouvent. Le « comportement adapté » apparaît comme un principe de rationalité. Les stratégies qu'élaborent les atomes sociaux (individus, organisations...) cherchent à se réaliser à partir des informations que recèle leur milieu et en fonction de leurs buts particuliers.

Ainsi, la particularité de cette recherche portant sur l'intervention des ONG dans la santé infantile en milieu se situe dans le contexte et le milieu d'où l'étude se fera. En effet, le cas de

²³ La conception de la santé chez les enfants de 5 à 12 ans. Quelques clés pour la promotion de la santé
Article : Sylvie Jutras, Jocelyn Bisson ; Sciences sociales et Santé 1994 Vol 12

²⁴ Ministère de la santé et de la prévention médicale, Equité et mutualité au Sénégal, octobre 2004

²⁵ Hassan ZAOUL, in mémoire de DEA de Fatou NDIAYE ; « les inégalités dans le domaine de la santé », oct 2006

Diaobé se manifeste par son importance d'accueil des familles de la sous-région à travers son « louma » et l'importance d'intervention qu'ont accordée les ONG surtout dans la santé. Donc, dans ce travail, il conviendrait de saisir les différentes interventions des ONG sur le domaine de la santé ainsi que l'impact ou l'incidence qu'elles peuvent avoir sur les comportements des familles en matière des dispositions pour la santé infantile.

CHAPITRE IV : LES APPROCHES METHODOLOGIQUES

Ce chapitre retrace la démarche empruntée en décrivant l'ensemble des techniques d'investigations utilisées. Il retrace aussi les différents moments qui l'ont rythmés partant de la phase exploratoire, en passant par la construction de l'échantillon jusqu'à l'analyse des données.

La méthodologie est un préalable épistémologique qui confère à la recherche son caractère scientifique. Ce chapitre nous permet de mettre en exergue les différentes étapes que ce projet de recherche commandait ainsi que les procédés méthodologiques qui vont nous permettre de récolter les informations dont on a besoin et de les traiter. De ce fait, nous aurons à parler de l'histoire de la collecte, de l'échantillonnage, des outils de collecte, et des techniques d'exploitation des données.

1. Histoire de la collecte

Cette phase comprend deux grandes étapes : l'exploration et l'enquête de terrain. Elles sont fondamentales pour la recherche et l'une ne peut pas se faire sans l'autre. Il s'agira pour l'enquêteur de se familiariser avec son thème en récoltant et en étudiant tous les documents qui en parlent, afin de pouvoir élaborer une problématique, une question de recherche et des hypothèses avant d'aller sur le terrain pour les vérifier.

1. 1. Exploration

Il est quasiment, pour ne pas dire tout à fait, impossible pour un chercheur d'être le premier à écrire sur un thème ou sujet donné. Donc, le chercheur doit, avant toute chose, prendre connaissance de ce qui a été fait ou écrit sur son thème avant lui. Cette étape comprend deux moments qui peuvent se faire en même temps. Il s'agit de la pré-enquête ou entretiens exploratoires et de la lecture ou recherche documentaire.

- La pré-enquête ou entretien exploratoire

Dès la formulation de notre projet de recherche, nous nous sommes mis à la recherche des informations sur ce sujet. Ce qui nous a permis de déceler les contours et les pourtours de ce projet et de mesurer la valeur et l'actualité de ce thème. Ce travail d'exploration n'est possible que grâce à l'appui de certaines personnes à qui nous nous sommes rapprochés pour recueillir les premières informations sur notre thème. De ces entretiens exploratoires, la faisabilité de notre projet est aussi évoquée.

- La recherche documentaire

Pour mener à bien notre étude, nous allons avoir recours à une recherche documentaire qui consistait, à analyser la production écrite portant sur le thème de notre étude. Nous avons alors ciblé des ouvrages généraux, des mémoires de recherche, des rapports d'études, des articles scientifiques et l'internet également. Nous nous sommes intéressés à la fois aux travaux s'intéressant aux problématiques de protection sociale. Nous avons brisé dans notre recherche toutes les barrières disciplinaires en ce sens que nous nous sommes intéressés à tous les travaux scientifiques qui tournent autour de notre thème. L'objectif recherché était de mieux appréhender notre sujet d'étude. De ce fait, la durée de la recherche documentaire peut être assimilée à celle de l'étude en général car, elle ne prendra fin qu'au terme de notre analyse. Toute fois, on a eu à collecter des premières informations se portant sur notre thème de recherche au niveau de la bibliothèque centrale de l'Université Gaston Berger de Saint-louis, au niveau des centres de documentation de l'UFR LSH de l'UGB, mais également aussi au niveau des laboratoires de la dite UFR particulièrement au niveau du CIERVAL et LEIDI.

1. 2. L'enquête de terrain

Cette étape est plus qu'importante dans le processus de recherche. En effet, c'est le moment idéal et incontournable qui permet au chercheur de vérifier les hypothèses posées et de justifier de ce fait sa problématique de recherche. Il s'agira pour l'enquêteur de collecter des données relatives aux informations recherchées. Cette collecte d'information se fait avec certains outils, spécifiques pour chaque type d'étude, qualitative ou quantitative.

Pour notre part, notre recherche nécessitant à la fois une approche quantitative et qualitative du phénomène étudié, nous avons utilisé comme outils de collecte d'informations le questionnaire, le guide d'entretien et les discussions au près des personnes. Notons que les unités d'enquête peuvent être des agents de l'Etat, les travailleurs d'ONG, les habitants de la localité ou encore comme n'importe quelle autre personne.

2. L'échantillonnage

Echantillonner c'est prélever à l'intérieur d'une population appelée base de sondage un certain nombre d'individus afin de les observer systématiquement à l'aide d'instruments. Donc notre base de sondage est l'ensemble de la population rurale de Diaobé ; car le programme vise à couvrir les enfants de cette localité. Pour ce faire, l'échantillon doit inclure, au-delà des comités de santé, que ce soit étatique ou privé, les personnels travaillant dans les ONG de même que les parents et leurs enfants. Pour plus d'exhaustivité, il va falloir qu'on s'intéresse également aux agents de la santé, aux administrateurs et autres parties prenantes dans le domaine de la santé. Ce qui serait une entreprise difficile du fait que nous ne pouvons pas avoir une base de sondage plus représentative de nos unités d'enquête évoquées. Pour contourner ce problème méthodologique d'échantillonnage, nous avons procédé au choix des individus de l'échantillon par leur disponibilité tout en veillant la présence des individus de chaque unité d'enquête.

Tableau 1 : Les éléments de l'échantillon

Personnes interrogées	Nombre
Agents de santé	5
Population ciblée ou bénéficiaire	30
Représentants d'ONG	3
Membres du comité de santé et relais	13
Total	51

Sources : données du terrain

3. Les outils de la collecte

Il s'agit ici de savoir les techniques à utiliser pour avoir ou recueillir des informations auprès des enquêtés. Pour cela trois techniques seront utilisées pour cette collecte d'informations. Il s'agit entre autre de l'utilisation d'un questionnaire qui, pour rendre compte de notre sujet de recherche doit pouvoir englober tous les indicateurs de notre projet de recherche, ensuite un guide d'entretien sera confectionné sur des thèmes bien centrés sur l'objet de la recherche et enfin l'utilisation des discussions formelles ou informelles puis l'observation seront d'une importance capitale pour compléter ce qui n'a pas été dit durant les entretiens et les questionnaires qui seront administrés au près des enquêtés.

3.1. Le questionnaire

Administrés à la population locale surtout les femmes et les relais de santé, les questionnaires sont composés de questions ouvertes et fermées. Ils ont été confectionnés à la suite d'une pré-enquête très enrichissante qui nous a permis de nous entretenir avec de nombreuses personnes ressources.

Les sections qui les composent sont :

- Questionnaire destiné aux femmes et aux hommes :
 - Section 1 : Identification sociologique
 - Section 2 : Connaissances des soins de santé de l'enfant
 - Section 3 : Pratiques sanitaires ou recours aux soins
 - Section 4 : Comportements pour une meilleure santé
- Questionnaire destiné aux relais ou agent communautaires
 - Section 1 : Identification sociologique
 - Section 2 : Recours aux soins
 - Section 3 : Rôle des parents pour la santé des enfants
 - Section 4 : Pratiques et comportements

3.2. Le Guide d'entretien

Des entretiens centrés sur des thèmes bien précis ont été organisés avec les personnels de la santé et ceux des ONG. Deux guides d'entretien ont été ainsi élaborés dont un pour chacun des deux groupes sociaux ciblés. Ils comprennent, chacun, des thèmes bien précis. Ils nous ont permis de recueillir l'avis de personnes extérieures. Les thèmes privilégiés dans ces entretiens sont entre autres les suivants :

- Les ONG et leurs différentes interventions
- Les domaines d'intervention
- Les méthodes d'intervention
- Les valeurs véhiculées
- Leurs impacts sur la vie des populations

3.3. L'observation directe et les discussions

Elles nous ont permis d'être en contact direct avec notre terrain d'étude afin d'y recueillir des informations dont nous avons besoin. Aussi, avons-nous parcouru la localité, pour observer mais surtout discuter avec les gens sur l'intervention des ONG dans la santé, son impact sur les pratiques de la population. Dans cette phase, il faut noter que nous avons

ciblé beaucoup plus des femmes pour voir ou mesurer leur relation avec les centres de santé et les différentes perceptions qu'elles ont des différentes valeurs véhiculées par les ONG en matière des dispositifs à prendre pour une bonne santé infantile.

4. Les techniques d'exploitation

C'est la phase de dépouillement et de traitement de données. La première phase, c'est-à-dire le dépouillement, sera manuel et va nous permettre de recenser et d'isoler les variables qui semblaient pertinentes pour notre analyse et interprétation. Quant à la seconde phase, c'est-à-dire la phase de traitement de données, ici, il faut noter que deux sortes de données seront obtenues : celles quantitatives et celles qualitatives. Les premières seront consignées dans un tableau à EXCEL pour une meilleure exploitation et les secondes feront l'objet d'une analyse de contenu rigoureuse.

TROISIEME PARTIE : DELIMITATION DU CADRE D'ETUDE ET PRESENTATION DES RESULTATS DE RECHERCHE

Ici, il est lieu de faire, dans un premier chapitre, de la présentation du cadre d'étude ; autrement dit notre site d'investigation et dans un second chapitre, d'analyser et d'interpréter nos résultats du terrain.

CHAPITRE V : PRESENTATION DU CHAMP D'ETUDE

1. Situation géographique de Diaobé

L'étude est menée dans le village de Diaobé. Il se situe sur la nationale 6, à 40 km de Vélingara en allant vers Kolda. Selon nos interlocuteurs, le village de Diaobé est créé en 1847 par Colyel Diao. Ce village est situé dans le département de Vélingara plus précisément dans l'ancien arrondissement de Kounkané. Rien ne fait sa popularité, si ce n'est son marché hebdomadaire « louma » connu sous l'angle international. Le « louma » de Diaobé est créé ou inauguré précisément le 25 décembre 1974 par le feu ministre d'Etat, Ministre de l'intérieur monsieur Jean Colin accompagné de plusieurs personnalités de la région dont l'ancien député de Vélingara, Monsieur Ousmane Seydi.

Le village a connu 12 chefs de village, de Colyel Diao fondateur en 1847 jusqu'en 2009, date de la création de la commune de Diaobé-Kabendou où le dernier chef de village est l'un des 12 délégués de quartier. Littéralement, Diaobé (mot pular) signifie fief des Diao.

2. Composition ethnique

Vu l'importance de son « louma », le village de Diaobé est devenu un carrefour international de convergence de plusieurs ethnies. Le prestige de son « louma » fait de cette localité un creuset d'ethnies de la sous-région. Même si les données statistiques n'étaient pas disponibles lors de notre passage, étant donné que c'est un village qui vient d'être érigé en commune et l'autorité locale n'avait pas toutes les informations requises en ce sens. Ainsi, nous nous sommes appuyés sur nos interlocuteurs et le peu de connaissance que nous avons de notre terrain. A cet effet, les ethnies les plus représentatives de notre champ d'étude sont présentées ici par ordre de représentativité. Ainsi nous avons en premier lieu les Peulh avec ses composantes à savoir les « les foulacoundas ou peuls du firdou » parmi lesquels on a les fondateurs, les peuls fouta communément appelés les « foutanké » qui majoritairement sont des guinéens de Conakry et la famille des peuls du nord. C'est-à-dire des toucouleurs, des peuls du Mali etc. Ensuite viennent les mandings qui sont eux aussi très représentatifs dans cette localité. Ils sont principalement regroupés à Diaobé 1, un des anciens quartiers de la localité. Ces derniers seront suivis par les wolofs qui principalement sont des immigrés à cause du « louma ». Mais également on trouve d'autres ethnies telles que les Bambara venus du Mali, les Soussou de la Guinée Conakry, des Ballantes, etc.

3. Secteurs d'activité

La connaissance des activités pratiquées au niveau de la commune de Diaobé-Kabendou en général et du village de Diaobé en particulier est essentiel, si l'on veut comprendre le véritable problème de notre recherche. En effet, l'ancrage socio territorial du « louma » a fait que majoritairement toutes les activités quotidiennes des habitants y sont concentrées. Avec le taux de chômage élevé, enfants, femmes et jeunes se sont toujours occupés de leurs activités de subsistance. L'inexistence des zones d'activités industrielles et de services fait que ce genre d'activité (subsistance) est toujours d'actualité et qui favorise le développement d'activités marchandes locales.

4. Dynamique économique de Diaobé

Comme nous l'avions tantôt souligné, rien ne fait la popularité de Diaobé si ce n'est son « louma » à ciel ouvert. Donc son dynamisme économique repose sur ce marché hebdomadaire, qui du fait de son importance dans la sous-région offre à cette localité un potentiel économique non négligeable. En effet, des camions venus de partout déchargent des produits divers. Cela va du riz appelé « bara bara », cultivé en haute Guinée et apprécié par la population, à l'arachide, des ignames, des fûts d'huile de palme, du miel, etc. Un rapport de la CDEAO de 2001 estimait à 700 millions de flux financier hebdomadaire de Diaobé.

Aussi à côté de ces gros-porteurs, des véhicules de transport en commun, surtout des bus, se disputent-ils une clientèle nombreuse composée de marchands venus s'approvisionner, mais aussi de personnes provenant de la Guinée et du sud du pays en partance pour Tamba, Kaolack ou Dakar. Du fait du « louma », ces bus arrivent le mardi (matin) pour reprendre la route le mercredi l'après-midi. Ce qui fait que la nuit du mardi est chaude et grouillante à Diaobé, une localité qui a fini de devenir un terreau fertile pour le SIDA. Car le nombre de personnes qui passent la nuit du mardi à Diaobé permet aux prostituées de booster leurs chiffres d'affaires. Pour se résumer, nous pouvons dire que le dynamisme économique de Diaobé repose sur sa capacité d'accueil d'échange commerciale dans la sous-région.

5. Dynamique démographique

Depuis sa création, la localité n'a cessé de s'agrandir. Avec le bitumage de la route nationale numéro 6 (RN6), puis la création du « loumo » en 1974, la localité a connu une poussée démographique. De quelques centaines d'âmes, il y a 40 ans, Diaobé est devenu le plus grand village de la région de Kolda. Aujourd'hui selon les nouvelles autorités municipales, la

commune de Diaobé-Kabendou compte 26 000 habitants composés en majorité de femmes et de jeunes. Cette population connaît une importante fluctuation à la veille et au lendemain des jours de « loumo » (du lundi au jeudi).

La commune s'étend sur une superficie d'environ de 12 km² avec une densité moyenne de 2200 habitants par kilomètre carré. Cette densité est la plus importante dans la région car Kolda compte une densité de 26 habitants au kilomètre carré²⁶. Beaucoup de commerçants arrivent, au fil du temps, s'établir à Diaobé, tout en ayant des attaches dans leur pays d'origine. Ainsi de nombreux enfants guinéens et maliens fréquentent les écoles élémentaires de Diaobé. C'est donc dire que l'une des caractéristiques première de la localité est le brassage de sa population. La commune est un véritable creuset des populations de la sous-région. Les dernières statistiques démographiques de la commune proviennent d'un recensement effectué en mars 2010 par l'infirmier chef de poste de Diaobé, dans le cadre de la préparation d'une campagne de distribution des moustiquaires imprégnées. Ces données couvrent l'ensemble de la commune et se présente comme suit ²⁷:

Tableau 2 : Population recensée dans la commune par l'ICP dans le cadre de la distribution des moustiquaires

Population communale de Diaobé : quartiers et villages polarisés	Population recensée
Diaobé 1, 2, 3 et 4	17 071
Kabendou 1 et 2	7301
Saré sadiogou, kolda molo	388
Aidara	68
Saré bassi	143
Maréwé	719
Saré Guéladio	46
Total	25 736

SOURCES : Birane BA 2012 ; ICP de Diaobé

²⁶ Birane Thierno D. BA , « VIH/SIDA dans les marchés hebdomadaires: le cas de Diaobé dans le département de Vélingara », Mémoire de Master 1, 2012

²⁷ *Ib.*

6) Présentation du poste de santé de Diaobé

Le poste de santé de Diaobé est une ancienne case de santé érigée en poste en 1999. Cette case jouait un rôle prépondérant dans le tissu sanitaire de la zone. Très vite avec l'accroissement démographique, la case de santé montra ses limites, dans la couverture médicale des populations. Ainsi, l'érection de la case de santé en poste de santé a permis une plus grande couverture. Le poste couvrait au total 38 localités jusqu'en janvier 2012. Avec la naissance du poste de kabendou, qui couvre 26 localités, le poste de Diaobé couvre aujourd'hui 12 localités en plus du territoire communal.

Sur le plan de l'organigramme, le poste de santé de Diaobé est dirigé par un infirmier chef de poste. Cet infirmier est aidé dans la tâche par une sage femme, un vendeur de médicament « pharmacien », des aides soignants, quatre matrones et un gardien. Mais aussi, il existe des relais (OCB). Le poste est équipé de trois (3) bâtiments distincts dont un qui abrite les consultations générales, une maternité et le logement de l'infirmier chef de poste. La structure dispose de quatorze (14) lits pour les hospitalisations générales, de dix autres lits pour la maternité et une ambulance.

CHAPITRE VI : LES CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES DE L'ECHANTILLON

1. Structures par sexe de la population enquêtée

➤ Structures par sexe des agents de santé enquêtés

Dans ce tableau qui suivra, sera consigné l'effectif selon le sexe des agents de santé rencontrés au cours de notre terrain. C'est-à-dire le personnel travaillant au poste de santé et qui ont répondu aux différentes questions qu'on leur a adressé. Ainsi, on voit que 80% des agents de santé interrogés sont de sexe masculin ; contre 20% pour le sexe féminin.

2Tableau 3 : l'effectif des agents de santé selon le sexe

Sexe	Effectif	Part en pourcentage
Masculin	4	80%
Féminin	1	20%
Total	5	100%

Sources : données du terrain

➤ Structure par sexe de la population interrogée

Le tableau suivant met en évidence le sexe des personnes interrogées que nous considérons comme bénéficiaires de l'aide ou de l'intervention des ONG. Elles sont au nombre de 30 personnes interrogées. Ce tableau permet aussi de présenter la part en pourcent de cette unité d'enquête selon le sexe. Ainsi, la lecture de ce tableau révèle que 18 personnes de cette unité d'enquête (soit 60% des enquêtés) sont de sexe féminin ; contre 12 personnes (soit 40%) pour le sexe masculin. Voir tableau

Tableau 4 : Répartition selon le sexe de la population interrogée

Sexe	Nombre	Part en pourcentage
Masculin	12	40%
Féminin	18	60%
Total	30	100%

Source : données du terrain

➤ Structure par sexe des représentants d'ONG interrogés

Dans ce tableau, sera consignée la part en pourcent des représentants d'ONG selon le sexe. Ainsi, de ce tableau, nous retenons que les trois (3) personnes que constitue cette unité d'enquête sont essentiellement constituées que de sexe masculin (avec 100%) contre (0%) pour le sexe féminin. Ce que le tableau suivant nous permet de constater, est la domination masculine dans la gestion et la représentativité des ONG dans la localité.

Tableau 5 : la part en pourcent des représentants d'ONG selon le sexe

Sexe	Nombre	Part en pourcentage
Masculin	3	100%
Féminin	0	0%
Total	3	100%

Sources : données du terrain

➤ Structure par sexe des membres du comité de santé et relais

Ici, il s'agit de consigner dans un tableau pouvant indiquer le sexe et la part en pourcent des membres du comité de santé et des relais rencontrés pour le recensement des données du

terrain. A travers ce tableau, on constate que le sexe masculin est plus représenté que celui féminin. Avec 61,5% contre seulement 38,5% pour le sexe féminin.

Tableau 6 : la part en pourcentage des membres du comité de santé et des relais selon le sexe

S2exe	Nombre	Part en pourcent
Masculin	8	61,5%
Féminin	5	38,5%
Total	13	100%

Source : données du terrain

2. Structure par âge de la population de l'échantillon

➤ Structure par âge de la population considérée comme bénéficiaire

Dans ce tableau, il sera consigné les tranches d'âges et l'effectif de la population que nous considérons comme bénéficiaire. Cet effectif sera représenté aussi en pourcent selon les tranches d'âges.

Tableau 7 : l'âge de la population bénéficiaire interrogée

Tranches d'âges	Effectif	Part en pourcent
15-20 ans	02	06%
20-25 ans	05	16,6%
25-30 ans	08	26%
30-35 ans	12	40%
35-40 ans	02	06%
40 et plus	01	03,3%
Total	30	100%

Source : données du terrain

La lecture profonde de notre tableau montre que les tranches d'âges 25-30 et 30-35 sont les plus représentées avec respectivement 8 personnes (soit 26%) et 12 personnes (soit 40%). Ces tranches d'âges seront suivies par celle de 20-25 avec un effectif de 05 personnes (soit 16,6%). Les tranches d'âges 15-20 ; 35-40 et plus de 40 sont les moins représentées avec

successivement pour les deux premières 2 personnes (soit 6%) pour chacune et pour la dernière tranche, 40 et plus, on a qu'une seule personne (soit 3,3%).

➤ Structure par âge des membres du comité de santé et des relais interrogés

Ici, il est question de recenser dans un tableau, les tranches d'âges, l'effectif et la part en pourcentage des personnes membres du comité de santé et des relais de Diaobé. Le tableau suivant nous permet de faire ce travail.

Tableau 8 : l'âge des membres du comité de santé et relais interrogés

Tranches d'âges	Effectif	Part en pourcentage
15-20 ans	00	0%
20-25 ans	02	15,3%
25-30 ans	09	69%
30-35 ans	01	07,6%
35-40 ans	01	07,6%
40 ans et plus	00	0%
Total	13	100%

Source : données du terrain

Le regard attentif du tableau de cette unité d'enquête montre que les personnes se situant entre 25 et 30 ans sont les plus nombreuses avec 9 personnes sur un total de 13, soit 69%. Cela sera suivi de la tranche d'âges 20-25 ans avec un effectif de 2 personnes, soit 15,3%. Les tranches d'âges 30-35 et 35-40 ne sont qu'une personne pour chacune soit 7,6%. Le reste des tranches ne sont pas du tout représenter.

3. Situation matrimoniale de la population de l'échantillon

➤ Situation matrimoniale des personnes considérées comme cibles

Dans ce tableau, il sera mis en rapport la situation matrimoniale des enquêtés de cette unité d'enquête et leur effectif. En plus, nous allons représenter cet effectif en pourcentage. Donc, le tableau suivant nous permet de faire ce travail.

Tableau 9 : la part en pourcent des cibles selon la situation matrimoniale

Situation matrimoniale	Effectif	Part en pourcentage
Célibataire	05	16,6%
Marié	25	84,4
Total	30	100%
Polygame	11	44%
Monogame	14	56%
Total	25	100%

Source : données du terrain

La lecture profonde de notre tableau reflétant la situation matrimoniale de cette unité d'enquête montre en premier lieu que 25 personnes des enquêtés (soit 84,4%) sont des mariés ; contre seulement 05 personnes (soit 16,6%) célibataires. Ainsi, en regardant encore de plus près, on voit dans ces mariés que 14 personnes (soit 56%) sont des monogames contre 11 personnes (soit 44%) pour ceux qui sont des polygames.

➤ Situation matrimoniale des membres du comité de santé et des relais

Il sera consigné dans un tableau pouvant mettre en rapport la situation matrimoniale, l'effectif et la part en valeur relative des personnes membres du comité de santé et des relais rencontrés lors de la phase de terrain. Voir tableau

Tableau 10 : situation matrimoniale selon l'effectif

Situation matrimoniale	Effectif	Part en pourcentage
Célibataire	08	61,5%
Mariés	05	38,5%
Total	13	100%
Polygame	00	0%
Monogame	05	100%
Total	05	100%

Source : données du terrain

Ce2 tableau qui met en rapport la situation matrimoniale, l'effectif et la part en pourcentage de cette unité d'enquête montre que 8 personnes sur 13 des enquêtés (soit 61,5%) sont des célibataires ; contre seulement 05 personnes (soit 38,5%) qui sont des mariés. Encore, pour ceux qui concernent ce dernier sous groupe, on a que des monogames.

4. Structure par niveau d'instruction

- Structure par niveau d'instruction de la population interrogée considérée comme bénéficiaire

Dans ce tableau, sera consigné le niveau d'instruction des personnes interrogées que nous considérons dans cette étude comme des bénéficiaires. C'est-à-dire notre population cible. Voir tableau

Tableau 11 : le niveau d'instruction des bénéficiaires selon l'effectif

Niveau d'instruction	Effectif	Part en pourcentage
Pas scolarisés	21	70%
Primaire	08	26,7%
Moyen	01	03,3%
Secondaire	00	0%
Supérieur	00	0%
Total	30	100%

Source : données du terrain

La lecture profonde du tableau ci-dessus montre que dans cette unité d'enquête, il y a une part importante des personnes non scolarisées. Elles sont au nombre de 21 pour un total de 30 personnes et représentent 70% de cette unité d'enquête. Cet ensemble est composé d'âge variable et regroupe les hommes et les femmes. Tandis qu'on compte pour cette même unité 08 personnes qui ont eu la chance de fréquenter l'école primaire, soit 26,6% du total. Une seule personne a fréquenté le moyen, soit 03,3% de l'effectif.

- Structure par niveau d'instruction des membres du comité de santé et des relais

Le tableau suivant va nous permettre de consigner l'effectif du personnel du comité de santé ainsi que les relais en fonction de leur niveau d'instruction. Ce que nous essayerons de présenter sous forme de valeur absolue. Cette unité d'enquête est constituée de 13 personnes interrogées. Voir tableau suivant

Tableau 12 : le niveau d'instruction des membres du comité de santé et relais

Niveau d'instruction	Effectif	Part en pourcentage
Pas scolarisés	00	0%
Primaire	08	61,5%
Moyen-secondaire	05	38,5%
Supérieur	00	0%
Total	13	100%

Source : données du terrain²

Le tableau ci-dessus révèle que les personnes composant cette unité d'enquête ont tous fréquenté l'école. Cependant, à en croire notre tableau, le niveau le plus élevé reste le moyen-secondaire qui regroupe un effectif de 05 personnes des 13 au total, soit 38,5%. Ainsi, le niveau du primaire est plus représentatif avec 08 personnes sur 13 soit 61,5%.

5. Structure par ethnie des populations enquêtées

➤ Structure par ethnie des populations considérées comme bénéficiaires

Ici, il s'agit de consigner dans un tableau pouvant indiquer l'effectif de cette unité d'enquête en fonction de leur ethnie. C'est-à-dire, de répartir les 30 personnes enquêtées de cette unité selon l'ethnie d'appartenance. Voir tableau suivant :

Tableau 13 : la répartition des bénéficiaires selon l'ethnie

Ethnie	Effectif	Part en pourcentage
Peuls	14	47%
Mandingues	11	37%
Wolofs	00	0%
Autres	05	16%
Total	30	100%

Sources : données du terrain

Une lecture approfondie de notre tableau révèle qu'il est majoritairement constitué de peuls avec 14 des 30 personnes, soit 47% du total enquêté. Cela, sera suivi de la communauté mandingue qui est représentée ici, par 11 personnes, soit 37%. Les wolofs ne sont pas représentés dans cette unité d'enquête. Les autres ethnies constituées de bambara, des sousous

de la Guinée, et entre autre..., ne sont que 5 personnes pour cette unité d'enquête soit 16% de l'effectif total.

➤ Structure par ethnie des membres du comité de santé et des relais

Le tableau suivant permet de mettre en exergue l'effectif du personnel du comité de santé et des relais en fonction de leur ethnie d'appartenance. Leur effectif sera présenté en pourcentage. Voir tableau ci-dessous.

Tableau 14 : Répartition par ethnie des membres du comité de santé et des relais

Ethnie	Effectif	Part en pourcentage
Peuls	07	54%
Mandingues	05	38%
Wolofs	01	08%
Autres	00	0%
Total	13	100%

Sources : données du terrain

La répartition des ethnies dans cette unité d'enquête montre les Peuls sont dominants avec 07 personnes des 13 en tout, soit 57% de notre unité d'enquête. Cela n'est pas fortuit du fait que la population est dominée dans son ensemble par cette ethnie. Les mandingues représentent 5 personnes des 13 soit 38% de cette unité. Et enfin viennent les wolofs avec 08%. Il faut noter que les autres ethnies ne sont pas représentées dans cette unité d'enquête. Ce phénomène s'explique par le fait qu'elles sont moins impliquées dans les comités comme celle-ci.

CHAPITRE VII. ANALYSE DES DONNEES

L'objectif de cette recherche est de rendre compte d'une manière générale de l'intervention des ONG dans les zones rurales, plus spécifiquement dans la localité de Diaobé. Autrement dit, c'est de voir s'il peut exister une relation entre l'intervention des ONG et les pratiques sanitaires de la population de cette localité, caractérisée par un brassage culturel du fait de sa capacité d'accueil à travers son « louma ».

Il convient de souligner que le domaine de la santé est très vaste ; mais pour ce qui concerne cette recherche, nous avons ciblé pour la santé infantile. C'est dire donc, que l'objectif c'est de procéder à une analyse d'impact de l'intervention des ONG sur les pratiques familiales et communautaires, comme dispositifs à entreprendre, en matière de la santé infantile.

Pour ce faire, il suffit de confronter l'hypothèse à la réalité afin qu'on puisse se prononcer sur la dessus avec une certaine précision. Rappelons que nous sommes partis de l'hypothèse selon laquelle : l'intervention des ONG dans la localité a permis à la population d'adopter de comportements promoteurs de santé, surtout dans le domaine de la santé infantile.

Donc, toute la recherche revient à infirmer ou à confirmer notre hypothèse de recherche.

Ainsi, après les entretiens avec nos interlocuteurs, des discussions formelles et informelles et après avoir administré notre questionnaire aux individus de l'échantillon, les résultats ont été consignés sous trois niveau constituant les réponses de nos trois unités d'enquête constituées par le personnel de santé que nous avons appelé ici comme agents de santé et représentant d'ONG, l'unité d'enquête constituée par les membres du comité de santé et des relais et enfin l'unité d'enquête constituée par la population considérée comme bénéficiaire et autres.

Donc, les avis sont regroupés selon les unités d'enquête et sont les suivants :

1) Les avis du personnel de santé et représentant d'ONG de la localité

Avec ces deux unités d'enquête à savoir les agents de santé et les représentants d'ONG regroupées en une unité ici, nous avons organisé des entretiens centrés sur des thèmes précis. A l'issue de ces entretiens, les idées que nous avons pu relever, montrent à combien de fois ces ONG jouent un rôle décisif pour la recherche de la santé dans cette localité. Leurs domaines d'intervention sont nombreux mais pour ce qui est de cette localité la priorité est accordée au domaine de la santé et du bien être de la population.

Par ailleurs, l'ensemble des personnes enquêtées pour ces deux unités d'enquête ont magnifié le rôle des ONG dans la localité. Autrement dit, selon l'échantillon pris, la population apprécie à 100% le rôle joué par les ONG. Écoutons à ce propos ce qu'avance un représentant d'ONG qui, par ailleurs avait travaillé pour le poste de santé de la localité. Selon ce dernier,

« la présence des ONG à Diaobé est dû au fait que la localité est devenue de plus en plus le foyer de plusieurs ethnies de la sous-région et cela du fait que son louma(marché hebdomadaire) a fait d'elle un carrefour où des milliers de personnes convergent ; et que d'autres finiront par s'y installer tout en gardant des liens forts avec les familles d'origines. Ce qui ravive la mobilité entre cette localité et d'autres de la sous-région. C'est ce qui explique ce privilège du domaine de la santé par les ONG dans la localité. On voit avec l'exemple du virus ébola, la mobilisation et le rôle des ONG pour le bien être de la population ».

Ainsi si les ONG assurent un rôle très important dans cette localité, les différentes méthodes utilisées pour venir en aide à la population ne manquent pas. Les ONG ont procédé dans la localité à aider les habitants de prendre soient-même à travers des journées de réflexion surtout à l'approche de l'hivernage mais elles procèdent aux aides humanitaires dans la localité. A ce propos le même interlocuteur souligne en ces termes :

« Les ONG ont procédé à l'organisation de plusieurs journées de sensibilisation dans différents quartiers de la localité. En effet, elles sensibilisent la population à travers les dispositifs à prendre surtout à l'approche de l'hivernage pour être à l'abri de certaines maladies comme le paludisme. A cela, il faut noter que différentes actions ont été menées par ces ONG dans la zone que ce soit les dons de moustiquaires jusqu'aux campagnes de vaccination en passant par la mesure du poids des enfants, technique consistant à évaluer au delà du poids, la qualité nutritionnelle des enfants et entre autres. Ainsi, il sera procédé à la prise en charge des enfants nécessitant par l'ONG pour les soins mais aussi à la sensibilisation des mamans sur la composition des aliments du bébé pour son bien être. Mais aussi, les femmes enceintes sont bien concernées pour ce qui est de l'alimentation ».

L'intervention des ONG dans cette localité est notoire sur le domaine de la santé. Même si les domaines tels que le bien être des enfants, des femmes enceintes ont été les plus évoqués ici, il convient de noter que la santé sexuelle dans cette zone est au cœur de l'intervention des

ONG, à travers la sensibilisation de toutes les couches de la population des dispositifs à prendre pour éviter certaines maladies sexuellement transmissibles.

La santé sexuelle et reproductive couvre la santé et le bien-être au niveau des questions liées aux rapports sexuels, aux grossesses et aux naissances. Elle traite des aspects les plus intimes et privés de la vie des gens, en faisant un thème sur lequel il est difficile d'écrire et de discuter en public. En conséquence, les nombreuses questions relatives à la santé sexuelle et reproductive sont souvent méconnues dans cette localité. Par ailleurs, les sensibilités culturelles et les tabous entourant la sexualité empêchent souvent les gens de s'informer sur la santé et les soins en matière de santé sexuelle et reproductive dans cette localité, qui est devenue le creuset de plusieurs ethnies et avec une forte mobilité des gens, était l'une des caractéristiques de cette localité. Cependant avec l'aide des ONG, des valeurs véhiculées à travers des journées de réflexion et de sensibilisation, ce problème devient de moins en moins inquiétant, surtout que les ONG ont très tôt compris du rôle et de l'implication des jeunes pour remédier à certain fléau.

A ce propos, voyons les avis du personnel de la santé de la localité. Pour ces derniers,

« L'intervention des ONG dans la localité est notoire non seulement pour la structure sanitaire mais aussi pour la population en tant que telle. En effet, pour le poste de santé, les ONG viennent en aide en matière d'équipement mais aussi de dotation de médicament. Leur rôle est à saluer surtout aux différentes actions menées auprès de la population. A travers les sensibilisations faites, on voit de plus en plus la population de se débarrasser de leurs anciennes pratiques pour s'en rapprocher des structures sanitaires. (...) quant aux pratiques anciennes, on fait référence aux traitements traditionnels qu'elle adopte pour certaines maladies ».

Ensuite pour ce qui concerne du comportement de recours aux soins, l'assistante à la sage femme nous a fait remarquer que ce n'est pas une entreprise facile de vouloir changer les pratiques de toute une population et surtout si la part d'analphabète est élevée mais également si les réalités culturelles sont toujours d'actualité. Mais toute fois, il faut saluer le rôle des ONG. En ces termes, elle affirme :

« Il est toujours difficile de changer les comportements d'une population du jour au lendemain. Pour ce qui est du recours aux soins de santé à savoir les accouchements, les consultations, les vaccinations des enfants, des consultations des enfants et autres,

on peut dire qu'il existe des améliorations quand on se réfère du nombre de demande. Cependant, il existe jusqu'à présent des réticents dont les causes sont à chercher dans leur propre vision des choses ».

Pour ce qui est des consultations chez les femmes, notre interlocutrice a encore souligné de l'importance de celle-ci qui s'avère notoire mais inégalement prises en compte chez les femmes de la localité. Elle avance en ces termes l'idée selon laquelle :

« On a constaté que la demande de consultation des femmes enceintes, (je veux dire des consultations prénatales), sont beaucoup plus fréquents qu'après l'accouchement ; c'est-à-dire les consultations postnatales ».

Donc, nous pouvons retenir dans cette partie que les opinions du personnel de la santé et des représentants des ONG à propos de l'intervention des ONG dans la localité et en rapport aux comportements des populations surtout dans le domaine de la santé infantile ont été de magnifier cette intervention. Autrement dit, l'intervention des ONG, selon nos différents interlocuteurs de cette unité d'enquête, à travers les journées de réflexion et de sensibilisation qu'elle a tenu et qu'elle tiendra davantage a permis et permettra encore de briser les pesanteurs culturelles de cette communauté au profit des réalités et valeurs sanitaires véhiculées par ces ONG.

2) Les avis des membres du comité de santé et des relais

Nos entretiens avec les composantes de cette unité d'enquête ont été très riches en information. C'est l'unité d'enquête qui nous a le plus fourni d'information sur nos différents thèmes d'entretiens, même si parfois on note des discrétions dans ce qu'ils avancent. C'est l'unité d'enquête caractérisée non seulement par les différents contacts qu'ils ont avec la population que nous considérons comme population cible ; mais également ils servent d'intermédiaire pour véhiculer, exécuter le message des ONG. Ceci justifie le choix de cette unité d'enquête. Dans toutes les activités menées par les ONG dans cette localité, ce groupe faisait toujours partir des acteurs clés pour le bon fonctionnement de l'activité.

Ainsi, nous nous sommes entretenus avec ces personnes sur des thèmes bien précis pouvant nous indiquer les différents messages qu'ils essayent de faire transmettre à la population. C'est ainsi que L. D. une trentaine, président du comité de santé de Diaobé, nous a fait le point d'une manière ramassée sur l'ensemble des actions dont ils ont servi pour les ONG présentes dans la localité. En ces termes, il soutient les propos suivant :

« Les différentes interventions des ONG sont multiples et variées. Nous, en tant que membre du comité de santé et ou relais de santé, nos actions dépendent de l'ONG en question et sur quel secteur de santé que le message doit prendre en compte. Moi, personnellement, j'ai eu à animer pas mal de causerie portant sur le paludisme dans différents quartiers de la localité sous l'appui des ONG. On a organisé des rencontres et discussions auprès des vieillards (pères, mères, tantes...) sur le thème de l'excision (mutilation génitale féminine) et ses conséquences. C'était l'offre du projet dénommé TOSTAN. Egalement des sensibilisations ont été organisées sur les mariages précoces qui étaient à la une des missions dans la localité pour pas mal d'ONG présentes. A cela, il faut noter que j'avais pris place dans beaucoup de séminaires organisées par les ONG pour sensibiliser la population surtout les jeunes sur les risques encourus lors des rapports sexuels quelconques non protégés ».

A la suite, on s'intéresse également à une de nos interlocutrices du groupe. A cette dernière, on lui demande des aspects significatifs de l'intervention des ONG sur les pratiques familiales. Autrement dit, les effets notoires de ces valeurs véhiculées par les ONG. Selon elle, c'est-à-dire M. B une vingtaine, les effets ne sont que positifs et le rôle des ONG ne doit être que salué. A cet effet, voyons ce qu'elle avance :

« Les ONG ont joué un rôle décisif dans cette localité. La marque de leurs différentes interventions n'est que positive selon moi. Car, pas mal de pratiques des gens ont améliorées et d'autres ne sont que délaissées pour plus que jamais. Pour ce qui est de l'amélioration des pratiques, nous pouvons prendre l'exemple des consultations prénatales chez les femmes et de constater encore pour certains hommes d'obliger leurs épouses de faire toutes les consultations prénatales. Ce sont des actes à saluer. Cependant pour ce qui est des pratiques délaissées, nous pouvons prendre le cas de la pratique de l'excision dans la localité. Presqu'on entend plus cette problématique d'excision comme elle était au début ».

Pour avoir suffisamment de données pour ce que nous cherchons à connaître, nous avons multiplié des méthodes de collecte de Données. Ainsi entre autres méthodes, nous avons utilisé les discussions et les observations même si ces méthodes ont été utilisées de manière informelle. Tout compte fait, l'essentiel est d'avoir des informations fiables sur le domaine à étudier. De ces discussions et observations, nous pouvons comprendre les propos d'un de nos interlocuteurs à savoir K. F, un enseignant d'une quarantaine en ces termes :

« La situation sanitaire de la population en matière des prédispositions à prendre contre certains risques est moins inquiétante dans l'ensemble ; même s'il reste des efforts à faire passer certaines bonnes pratiques. Car, il faut le noter, on constate des familles réticentes face aux différentes actions menées par les ONG dans notre localité. (...) je veux dire par exemple que certaines familles refusent de faire vacciner leurs enfants lors des campagnes de vaccination. Mais, il faut comprendre qu'il n'est pas facile de faire délaisser à toute une population de certaines de leurs anciennes pratiques qu'elle considère culturelle voire même religieuse. Avec les différentes interventions des ONG dans la localité, des progrès ont été notés dans pas mal de domaine de la vie sociale. Certaines de nos pratiques qui nous exposent aux risques sanitaires sont en voie ou presque disparues ».

L'intervention des ONG au près de la population passe par l'intermédiaire des relais recrutés pour faciliter la compréhension des messages et de différentes sortes d'aide. Selon ces intermédiaires, l'intervention des ONG auprès de la population est soit d'ordre humanitaire à travers les dons de moustiquaire, d'aliments riches en vitamine, la prise en charge des nécessiteux, mais aussi par la formation des mères pour le bien-être des enfants ; soit l'intervention par les différentes sortes de sensibilisation sur 'ensemble de la localité pour les dispositions à prendre contre certains risques leurs exposant aux maladies.

3) Les avis de la population considérée comme les bénéficiaires

Sont considéré ici comme bénéficiaire, l'ensemble des hommes et femmes qui peuvent nous renseigner sur notre question de recherche. C'est la population bénéficiaire des différentes interventions des ONG dans cette localité. Il a été administré un questionnaire pour cette unité d'enquête afin de pouvoir mesurer les aspects significatifs des comportements et pratiques qui peuvent nous renseigner sur la vie de nos cibles dans le domaine de la santé infantile. Entre autres thèmes abordés dans ce questionnaire, il s'agit de savoir les différentes pratiques des femmes mais également des hommes à travers des questions pouvant indiquer les comportements de recours aux soins de la population. Au menu, il s'agit d'interroger sur les lieux d'accouchement, les consultations, la sollicitation des structures de santé, la vaccination des enfants, la consultation des enfants et autres.

Ainsi, au cours de notre interview avec F.S, une vieille mère, une de nos interlocutrices, nous pouvons retenir de ce qu'elle nous a confié, les propos suivants :

« Avant, nous les femmes, une fois enceinte, on fait recours au traitement avec des médicaments traditionnels. C'est-à-dire, ce sont des vieilles mères qui s'occupent de la grossesse jusqu'à l'accouchement. Maintenant, ce n'est plus le cas. Les femmes préfèrent se rapprocher de « l'hôpital » pour suivre la progression de leur grossesse ».

Autrement dit, selon cette interlocutrice, nous pouvons comprendre qu'auparavant les gens s'intéressent aux médicaments traditionnels pour contrôler leur grossesse. En effet, d'après elle, on utilise des feuilles d'arbres qu'on va bouillir pour en faire des boissons pour les femmes enceintes. Cette technique joue un rôle thérapeutique pour le nouveau né mais également pour la maman. Cependant, pour cette même interlocutrice, c'est une technique traditionnelle qui est finie par oubliée depuis l'avènement de la médecine moderne.

Cette déclaration semble être confirmée par nos autres enquêtés dans cette unité d'enquête. Cependant, les consultations prénatales et postnatales semblent ne pas être respectées si l'on prend de part et d'autres de ces deux sortes de consultations. En effet, les propos de cette interlocutrice permettent de voir la différenciation entre les deux catégories de consultations. Voyons ce qu'a tenu B. D une mère de famille :

« Durant toutes mes grossesses, je parviens, au minimum, à faire trois consultations au près des structures de santé. Mais après l'accouchement, je ne m'y rends pas faire ces consultations. Encore faudrait-il ajouter que si l'accouchement a eu lieu à domicile, on amène souvent la mère et l'enfant à l'hôpital pour les derniers soins ».

Si l'on croit aux propos de cette dernière, les femmes de la localité suivent presque les consultations prénatales que celles de postnatales. Les rares consultations qui se font après l'accouchement sont dues au fait que généralement c'est un accouchement non assisté par les spécialistes des structures de la santé. Donc, elles font recours aux derniers soins. Ces soins concernent souvent des soins en rapport aux maux de ventre de la maman.

En résumé, l'intervention des ONG dans cette localité a fait un impact positif sur leurs modes de pratiques et comportements surtout dans le domaine de la santé. Cependant, il reste des efforts à faire surtout pour ce qui sont des consultations postnatales. Pour ce qui est des relations entre les structures de santé et la communauté, on note une parfaite sollicitation de la part des dernières ; ce qui révèle qu'il existe une confiance entre ces deux entités.

CONCLUSION

Dans cette recherche, il a été question d'évaluer l'impact de l'intervention des ONG sur la vie pratique surtout en matière de la santé infantile de la population de Diaobé. Nous étions partis du constat selon lequel la situation sanitaire de la population a connu une légère amélioration durant ces dernières années.

Ainsi, comme dans toute recherche scientifique il faut une question de recherche, nous sommes partis d'une question de recherche qui s'annonce comme suit : quelles sont les incidences de l'intervention des ONG sur les pratiques familiales et communautaires (conditions sanitaires de vie) pour la santé infantile à Diaobé ? Et face à cette question de recherche, nous avons formulé une hypothèse qui est la suivante : l'intervention des ONG dans la santé à Diaobé, a permis à la population d'adopter des comportements promoteurs de la santé ; surtout dans le domaine de la santé infantile.

Au bout de notre analyse, nous pouvons admettre que les résultats de l'enquête confirment notre hypothèse. Cependant, il reste à signaler que certaines familles restent réticentes face aux différentes interventions des ONG surtout pour ce qui est de la vaccination des enfants.

Par ailleurs, les données du terrain nous a permis d'atteindre certains d'objectifs comme :

- ✓ Les types d'interventions des ONG dans la santé à Diaobé
- ✓ En quoi ces interventions sont-elles bénéfiques pour la population de Diaobé ?

Toutefois, ce travail reste très limité dans la mesure où on n'a pas eu une population mère fiable pouvant nous permettre de faire d'une manière méthodique notre échantillonnage. Ainsi, pour contourner ce problème, nous nous sommes basé sur la disponibilité des enquêtés.

Au terme de notre recherche, une question nous traverse l'esprit. Autrement dit, quels sont les facteurs explicatifs de la réticence de certaines familles face aux différentes interventions des ONG à Diaobé ?

BIBLIOGRAPHIE

➤ Les ouvrages méthodologiques

Berthélot, J. M. : « *l'intelligence du social* », 1990 ; 249p

Durkheim, Emile : « *les règles de la méthode sociologique* », 1895

Grawitz, Madeleine : « *Méthodes des sciences sociales* », 1993 ; Dalloz 1019p

Mace, Gordon : « *Guide d'élaboration d'un projet de recherche* », 1997 ; 119p

Quivy, Raymond : « *Manuel de recherche en sciences sociales* », 1988 ; 271p

➤ Les ouvrages spécialisés

ALOUKA, Séna : « *Rôle de la société civile dans la promotion du droit de la santé en Afrique* », 2005

DRAME Fatou M. : « *Une géographie de la santé de la reproduction : De l'offre de soins aux pratiques spatiales des femmes à Dakar (Sénégal)* », 2006

GUEYE, Abdoul K. et SECK, Pape S. : « *Etude de l'accessibilité des populations aux soins hospitalières au Sénégal* », 2009

PEREZNIETO, P. : « *La protection sociale des enfants en Afrique de l'Ouest et du centre : cas du Sénégal. Implication en termes de politiques et les opportunités pour un engagement au niveau des politiques* », 2009 ; 129p

CNRS : « *Sciences sociales et santé* », 1994

TOURE, Lalla et al. « *Santé maternelle et néonatale au Sénégal, succès et défis* », 2011

VIDAL, Laurent; FALL, Abdou S. et GADOU, Dakouri : « *Les professionnelles de la santé en Afrique de l'Ouest entre savoirs et pratiques* », 2005

➤ Les articles scientifiques

Enquête Démographique de la Santé phase IV, 2005

Groupe sur la participation et les ONG : *Développement et lutte contre la pauvreté et la politique sociale*, BM, mai 1996

Ministère de la santé et de la prévention médicale, *équité et mutualité au Sénégal*, oct 2004

NIANG, A. : *Les associations en milieu dakarois, classification et capacité développant ; in Africa et développement*

➤ Les mémoires

BA, Birame T. D. « *VIH/SIDA dans les marchés hebdomadaires : le cas de Diaobé dans le département de Vélingara* », 2012

BA, Ousmane : mémoire de sociologie, 2007

CISSE, F. « *impact socioéconomique de l'intervention des ONG sur les GPF du moyen delta du fleuve Sénégal* », 2005

NDIAYE, F. « *les inégalités dans le domaine de la santé* », 2006

ANNEXES

OUTILS DE COLLECTE

Guide d'entretien pour le personnel de santé

I- Identification sociologique

Prénom.....Nom.....Sexe.....

Age.....rôle dans la structure..... Niveau d'instruction.....

II- Intervention des ONG dans la santé

- Les différents types d'interventions
- Les domaines spécifiques d'interventions
- Les méthodes d'interventions
- Les valeurs véhiculées dans leur intervention
- Les résultats escomptés
- Les difficultés rencontrées

III- Sur les comportements dans le domaine de la santé de la population locale

- Le rapport des services de santé et la communauté
- Sur les consultations sanitaires de la population
- Sur le recours aux soins de santé de la population
- Sur les consultations chez les femmes
- Les conditions actuelles de vie de la population dans le domaine de la santé
- Amélioration ou non des qualités de vies de la population
- Sur les risques de prévalence de certaines maladies
- Sur la compréhension de la population des messages véhiculés par les ONG
- Sur la prise en compte des facteurs de risques de la population

Guide d'entretien des membres du comité de santé et représentants d'ONG

I- Identification sociologique

Prénom.....Nom.....Sexe.....

Age.....Niveau d'instruction.....Situation matrimoniale

Ethnie.....fonction dans la structure.....

II- Intervention des ONG dans la santé

- Les différentes interventions
- Les domaines spécifiques d'interventions
- Les méthodes d'interventions
- Les consultations des femmes enceintes
- Les valeurs véhiculées
- Les résultats escomptés

III- Impacts sur la vie de la population

- La cause des interventions
- La communauté locale et l'information sanitaire
- Sur l'accès aux soins
- Les pratiques sanitaires
- Les risques sanitaires
- La fragilité de la localité face aux maladies
- Les attentes des intervenants de la part de la population
- Sur l'amélioration ou non des comportements
- Sur la prise en compte des informations données

Questionnaire destiné à la population

I- Identification sociologique

Prénom Nom..... Age.....

Sexe.....situation matrimoniale.....

Niveau d'instruction..... Ethnie.....

II- Les interventions des ONG

1) Quelles sont les différentes ONG que vous connaissez dans la localité ?

2) Selon vous, les ONG jouent –ils un rôle dans la localité ? oui ou non

Si oui, dites pourquoi... ?

Si non, dites pourquoi... ?

3) Quelles sont les différentes activités menées par les ONG dans la localité ? choisissez les activités :

- a) journées de sensibilisation b) journées culturelles c) campagnes de vaccination
et d) autres activités

4) Est-ce-que vous avez pris part dans une de leurs activités ? OUI ou NON

Si oui, qu'est-ce-qui a été dit ?

III- Comportements de recours aux soins de santé

1) Connaissez-vous des consultations ? oui ou non (pour les femmes)

Si oui choisissez lequel des précités : a) prénatales b) postnatales

Et combien de fois vous le faites par grossesse a) 1 fois b) 2 fois c) 3 fois d) 4 fois

2) Connaissez-vous des consultations pour des femmes ? oui ou non (pour les hommes mariés)

Si oui, choisissez lequel des précités a) prénatales b) postnatales

3) Allez-vous demander à votre femme de les faire ? Oui ou Non

Si oui, dites pourquoi ...

Si non, dites pourquoi...

4) Faites- vous vacciner vos enfants ? Oui ou Non

Si oui, dites pourquoi

Si non, dites pourquoi

5) Faites- vous consulter vos enfants dans les structures de santé ? Oui ou Non

Si oui, dites pourquoi

Si non, dites pourquoi

6) Quelles sont, selon vous, les dispositions à entreprendre pour le mieux être sanitaire de l'enfant ?



This work is licensed under a
Creative Commons
Attribution – NonCommercial - NoDerivs 3.0 License.

To view a copy of the license please see:
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>

This is a download from the BLDS Digital Library on OpenDocs
<http://opendocs.ids.ac.uk/opendocs/>



This work is licensed under a
Creative Commons
Attribution – NonCommercial - NoDerivs 3.0 License.

To view a copy of the license please see:
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>

This is a download from the BLDS Digital Library on OpenDocs
<http://opendocs.ids.ac.uk/opendocs/>