

Recherche

La santé au prisme du genre: le programme « Badien Gox », une alternative à la prise en charge de la santé au niveau communautaire : exemples à Louga et Saint-Louis

Health through the prism of gender: the “Badien Gox” program, an alternative to community-based health care: examples in Louga and Saint Louis

Diop Sall Fatou

UFR Lettres et Sciences Humaines, Université Gaston BERGER de Saint Louis, Sénégal

Email : fatou.diop-sall@ugb.edu

Résumé

Les représentations et pratiques autour de la santé intéressent de plus en plus les sciences sociales. La santé est abordée du point de vue du déficit d'accès à des services de qualité. La dimension genre apporte un éclairage intéressant sur la compréhension des inégalités en matière de santé. Cet article s'intéresse à l'approche communautaire du « PROGRAMME BADIENU GOX » c'est-à-dire les marraines de quartiers dans la prise en charge de la santé reproductive. Les manquements observés dans l'accès et la qualité des services de santé reproductive ont conduit à la mise en place de ce programme. Les contraintes et les forces du programme sont analysées au niveau local. Il ressort que les défaillances de prise en charge relèvent à la fois des rôles de gentedes rapports de pouvoir mais aussi des insuffisances dans la mise en œuvre des initiatives autant du point de vue des effectifs, de l'équipement et des outils de travail que du financement.

Mots-clés : « Badien Gox » ; Femme ; Santé maternelle ; Santé reproductive ; initiative locale

Abstract

Representations and practices about health are of increasing interest to the social sciences. Health is approached from the point of view of the lack of access to quality services. The gender dimension sheds interesting light on health inequalities. This article looks at the community approach of the "BADIENU GOX PROGRAM", that is to say, the neighborhood godmothers in reproductive health. The shortcomings observed in the access and quality of reproductive health services led to the implementation of this program.

The article presents the results of this initiative at the local level, emphasizing the strengths and constraints. It appears that failures in maternal health care stem from both sociological factors linked to gender roles and power relations, as well as shortcomings in the implementation of local initiatives.

Keywords: “*Badienu Gox*”; Woman; Maternal health; Reproductive health; local initiative

1. Introduction

Les recherches sur la santé ont longtemps été le domaine réservé des sciences médicales alors que le sexe, l'âge, la classe sociale, le niveau socio-économique, les castes, le milieu de résidences sont autant de facteurs à considérer pour la compréhension des multiples dimensions de la santé. Ainsi, la santé en général et celle des femmes en particulier interpelle autant pour les décideurs politiques, les populations, les organismes et partenaires au développement ainsi que les chercheurs. Au cours des vingt dernières années, la santé de la reproduction est devenue une des priorités des Etats avec divers programmes de réduction de la mortalité maternelle et d'amélioration de la santé sexuelle et reproductive. À l'issue de la Conférence internationale sur la population et le développement tenue en 1994 au Caire, la santé reproductive est définie comme :

Le bien-être général tant physique que mental et social de la personne humaine pour ce qui est relatif à l'appareil génital, à ses fonctions et à son fonctionnement. Cela suppose qu'une personne peut mener une vie sexuelle satisfaisante en toute sécurité, qu'elle est capable de procréer et libre de le faire aussi souvent et aussi peu souvent qu'elle le désire.¹

Cet engagement pour une amélioration de l'offre de santé a conduit à l'adoption d'une loi sur la santé sexuelle et reproductive. Avant d'arriver à la loi sur la santé de la reproduction, diverses initiatives ont vu le jour allant dans le sens d'améliorer le statut de la femme.

Les premières politiques publiques identifiées ont tenté de développer une dimension « femmes » par le biais de l'animation rurale. Cependant, comme le souligne P. Fougeyrollas, ces politiques publiques ont contribué à enracer les femmes dans l'exécution des tâches ménagères et dans la gestion de l'espace domestique, comme dans la période coloniale.

Le cadre législatif a permis d'obtenir des avancées remarquables pour ce qui est du statut de la femme de même que le paradigme de l'autonomisation. Il en est ainsi du préambule de la Constitution sénégalaise du 22 janvier 2001, maintes fois modifiée, qui réaffirme l'attachement du pays au respect des libertés fondamentales et des droits du citoyen comme le droit à la santé. De plus, le protocole facultatif se rapportant à la Convention pour l'élimination de toute forme de discrimination à l'égard des femmes (CEDEF) a été signé par le Sénégal depuis juillet 2000. On peut citer entre autres le Code de la famille (1972), la loi contre les discriminations et les violences faites aux femmes et aux filles (1999), la Constitution de 2001, la loi sur la parité (2010) ou encore la loi sur la nationalité promulguée le 29 juillet 2013. Récemment le Comité des Nations Unies a exhorté le Sénégal à réviser sa législation pour dé penaliser l'avortement et l'autoriser légalement en cas de danger pour la vie ou la santé de la femme enceinte victime de viol, d'inceste ou de déficience fœtale

¹ T. Locoh et Y. Makdassi, 1996, *Politiques de population et baisse de la fécondité en Afrique sub-Saharienne*, Les dossiers du CEPED n°44, 1996, p 24.

grave. Un appel que les ONG de défense des droits de l'homme félicitent. L'association des sages-femmes en partenariat avec une vingtaine d'associations de femmes a mis en place une task force pour sensibiliser la communauté sénégalaise sur l'importance de la loi. Il a par ailleurs, adopté, en 2005 la loi n° 2005-18, relative à la santé de la reproduction. Cette loi consacre, le droit à la maîtrise de la fécondité comme partie intégrante des droits reproductifs.

Plusieurs documents stratégiques de développement prennent en compte la dimension genre à l'image de la Stratégie nationale de protection sociale (SNPS), de la Stratégie Nationale de Développement Économique et Social (SNDES), de la revue à mi-parcours de la Stratégie Nationale d'Équité de Genre (SNEEG), du Document de Politique Economique et Sociale (DPES). À l'instar de beaucoup de pays, l'État du Sénégal a introduit le concept d'équité en santé dans le programme national de développement sanitaire (PNDS).

Malgré un cadre juridique et réglementaire international, et national favorable et des avancées notables dans la gouvernance de la santé, le système de santé et la qualité des services, les droits reproductifs ne sont pas encore effectifs. Les politiques centrées sur la reproduction sont orientées par des cadres sociaux, culturels, religieux et politiques contraignants. La reproduction reste encore aujourd'hui fortement caractérisée par une imbrication de discriminations, de rapports de pouvoirs, de contraintes et d'obligations liés au genre, au groupe social et au milieu de résidence. Ainsi, il existe un écart important entre le cadre normatif et les réalités vécues par les femmes.

2. Méthodologie

La méthodologie est basée sur une approche qualitative. Des enquêtes ont été menées principalement dans les zones rurales et urbaines de la région de Louga et de Saint-Louis. Des entrevues ont été réalisés au niveau institutionnel avec le personnel médical (les Infirmiers Chefs Poste-ICP-, sages-femmes) dans les postes de santé et personnes intermédiaire du système de santé (*Bajenu Gox*). Une quinzaine d'entrevues semi-dirigées avec des ICP et des sages-femmes et *Badienou Gox* aux services de la santé sexuelle et reproductive et de la santé maternelle et infantile ont été également menées. Les entrevues se sont déroulées en wolof, langue locale et en français. Les données qualitatives collectées par le moyen d'enregistrement audio ont été transcrrites et épurées avant l'analyse des données par la technique de l'analyse de contenu. Pour chaque intervention les points de débat ont fait l'objet d'un traitement.

3. Résultats et Discussion

La santé reproductive des femmes en question

L'accès aux services de santé de qualité et de proximité est un des droits élémentaires des populations. Le taux élevé de mortalité maternelle indique qu'il s'agit d'un droit dont ne jouissent pas toujours les femmes enquêtées comme en témoigne les résultats. Selon les données émanant du Recensement général de la Population et de l'Habitat, de l'Agriculture et de l'Élevage (RGPHAE) 2013, le niveau de la mortalité maternelle demeure élevé mais varie selon les zones rurales ou urbaines. Le rapport de mortalité maternelle est de 434 pour 100 000 naissances vivantes (NV). L'indicateur révèle d'importantes disparités zonales et inter-régionales. En effet, il s'élève à 459 /100000 NV en milieu rural contre 397/100000 NV en milieu urbain. Au niveau régional, au niveau régional, Kédougou enregistre le maximum avec 921/100 000 NV; suivi de Matam 741/100 000 NV. Par contre, Thiès a enregistré le taux le plus bas avec 271/100 000 NV, suivi de Dakar avec 342/100

000 NV².

Les femmes issues des ménages les plus pauvres, bénéficient moins d'un accès aux services de santé. Elles sont 89,6% à avoir reçu des soins prénatals (contre 97,3% de femmes dont le niveau de vie est élevé). Quant à l'assistance lors de l'accouchement par un personnel qualifié, elle a concerné seulement 28,6% de femmes issues de ménages pauvres contre 80,9% pour les femmes des ménages les plus riches. Dans un contexte de forte mortalité maternelle et de faible prise en charge des nécessités et choix des femmes dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive, s'ajoute une résistance à l'utilisation des services de santé offerts.

Au Sénégal, Les enquêtes démographiques et de santé ainsi que les études sociologiques montrent qu'il existe un réel déficit d'appropriation des programmes à l'échelle locale. Un écart important est observé entre les cibles et les utilisatrices des services et un quasi-rejet des programmes à l'échelle locale par les femmes supposées en bénéficiar. Les taux d'utilisation de la contraception sont inférieurs à 20%. En 2015, environ 17 % des femmes sexuellement actives, utilisent une méthode contraceptive moderne ou traditionnelle ; 21% de celles en union utilise une méthode moderne dont la tendance à l'emploi est en progression : elle est passée de 16% en 2013 à 21% en 2015 ; soit un gain de 5 points. Le progrès est lié aux campagnes de sensibilisation menées autour du concept «Moytou Nef», terme Wolof qui signifie - éviter les grossesses multiples et rapprochés- et à l'amélioration de l'accès aux services de santé.

Ces données statistiques, révèlent des disparités des inégalités et une dégradation de la santé des mères et des enfants qui constituent un défi majeur en termes de droit à la santé. En effet les politiques publiques ne sont pas suffisamment articulées autour des nécessités et des besoins des individus d'où l'intérêt des recherches sur les pratiques autour de la santé.

Les anthropologues ont longtemps mis l'accent sur le caractère universel et symbolique de la reproduction, de la sexualité et de sa régulation sociale. La sexualité et la reproduction sont des faits sociaux marqués par les représentations liées au féminin et au masculin (Parini, 2006). Héritier de dire dans ce sens

Les femmes sont dominées non pas parce qu'elles sont sexuellement des femmes, non pas parce qu'elles ont une anatomie différente, non pas parce qu'elles auraient naturellement des manières de penser et d'agir différents de celles des hommes, non pas parce qu'elles seraient fragiles ou incapables, mais parce qu'elles ont ce privilège de la fécondité et de la reproduction des mâles (2001 : 90).

La reproduction comme fondement de la discrimination des femmes est critiquée pour le focus sur la dimension biologique. Parini rappelle que cette critique n'est valable que si on oublie que ce ne sont pas les caractéristiques biologiques, anatomiques, sexuelles ou reproductive différentes entre femmes et hommes en soi qui déterminent la forme des relations sociales, mais la façon dont ces caractéristiques sont transmises par des agents sociaux dans divers espaces. Les rapports sociaux qui organisent la reproduction sont ainsi un indicateur important de la forme de régime de genre dans une société donnée Parini (2006 :46). D'où l'intérêt d'aborder les représentations et les pratiques autour de la reproduction, l'impact du « régime genre » en partant d'une analyse statistique des

²RGPHAE 2013 /ANSD. En 2016 l'indicateur s'élève à 315/100 000 naissances vivantes (source Rapport de présentation du Budget 2017 du Ministère de la Santé à l'Assemblée nationale).

discriminations.³ En effet il est important de disposer de données sur la santé, les droits humains en rapport avec la reproduction. Ces données peuvent aider à analyser les déterminants, les conditions d'accès à la santé et les contraintes en matière de planification familiale.

L'inégalité dans le recours aux centres de santé

L'État du Sénégal a multiplié ces dernières années, les actions tendant à faire adhérer massivement les populations, surtout les femmes, aux méthodes de planification familiale. La qualité des services de santé de la reproduction et des soins gynécologiques et obstétricaux a été améliorée avec l'adoption de protocoles plus adaptés et un personnel compétent de plus en plus aguerri aux traitements des problèmes de santé liés à la maternité et aux complications gynécologiques et obstétricales. Les messages pour le mieux-être des femmes et des enfants ne cessent d'être diffusés à travers les boîtes à images visibles dans les structures de santé et par le biais des médias. Toutefois, l'observation du monde rural sénégalais permet de constater que ces initiatives ont un impact lent et faible sur les comportements reproductifs. Les droits en matière de reproduction qui, sont, entre autres, l'accès à l'information, l'accès aux soins et aux services de santé, la satisfaction des demandes de santé, le confort, la confidentialité, la sécurité et la dignité humaine, pour tous est un problème pour les femmes et restes à conquérir. Les barrières à l'utilisation restent liées aux interprétations religieuses qui fondent dans certains cas l'opposition de l'époux. L'approche fondée sur les droits humains n'existe que dans le principe et ne produit pas un véritable effet dans la pratique. Pourtant l'absence de contraception et de planification des grossesses et des naissances comportent de nombreuses conséquences néfastes, parmi lesquelles les risques liés aux cancers gynécologiques et mammaires et les décès maternels liés aux grossesses précoce, multiples, rapprochées ou tardives. Selon une gynécologue au Centre Hospitalier Régional de Louga, les cas de mortalité maternelle sont nombreux : en 2008, 26 cas ont été enregistrés, en 2009, 28 cas. En 2012, le service gynécologique a enregistré 1843 accouchements normaux, 807 cas de césariennes, 104 cas d'avortements et 30 cas décès maternel suites à des hémorragies et 8 parturientes décédées au cours de leur évacuation venant des villages. L'âge des parturientes varierait entre 13 ans et 45 ans. Les inégalités sociales de santé de la reproduction sont décrites comme des iniquités. Elles réfèrent aux disparités évitables observées dans l'accès à la santé des différents groupes sociaux. Elles démontrent une corrélation entre l'état de santé et l'appartenance à un groupe social. Aussi, les inégalités sociales de santé ne se réduisent-elles pas à la seule question de la pauvreté. Elles s'observent suivant le gradient social. Elles sont le résultat des inégalités produites par les sociétés et qui s'expriment dans les corps, comme l'atteste Didier Fassin⁴. Elles réfèrent aux possibilités et aux opportunités accrues pour un accès à une vie en bonne santé dont bénéficient certains groupes de population dont les niveaux de richesse et de pouvoir sont supérieurs aux autres. La contribution de

³Concept est emprunté à Parini, il est défini comme l'organisation des rapports sociaux de sexe autour d'enjeux cruciaux : contrôle de la reproduction, la division sexuelle du savoir et du travail, accès à l'espace politique. L'auteure nous enseigne que les différents régimes de genre sont le résultat de parcours historiques particuliers qu'il s'agit d'analyser d'une part en tant qu'agencements originaux et d'autre part en tant que variation sur des thèmes communs constituant le socle du système genre.

⁴Didier Fassin, 2000, « Le sens de la santé. Anthropologie des politiques de vie », In, Francine Saillant et Serge Genest, *Anthropologie médicale. Ancrages locaux, défis globaux*, Québec, PUQ, Chapitre 14, pp 383-399.

ces recherches sur les inégalités sociales de santé est de montrer que ces iniquités vont en augmentant. Ce qui a motivé plusieurs pays comme le Sénégal à introduire le concept d'équité en santé dans ses programmes nationaux de développement sanitaire (PNDS). Ainsi, la politique sanitaire nationale place les déterminants sociaux de la santé au cœur des interventions politiques. La santé de la reproduction devient alors une politique publique à fonder sur des recherches scientifiques sur les inégalités sociales de santé. En effet, la santé de la reproduction est liée au gradient social. Ce dernier est un baromètre qui sert à décrire le phénomène par lequel ceux qui sont au sommet de la hiérarchie sociale jouissent d'une meilleure santé que ceux directement en dessous d'eux, et qui eux-mêmes sont en meilleure santé que ceux qui sont juste en dessous et ainsi de suite, jusqu'aux plus bas échelons. Cela implique que la relation entre le niveau socio-économique et la santé est nivellée. Plus un individu se trouve au bas de l'échelle sociale, où les conditions quotidiennes de vie sont mauvaises, moins bonne sera sa santé. Les personnes défavorisées au plan socio-économique courent plus de risques à faire face à certaines maladies graves et à des morts prématurées que celles placées en haut de l'échelle sociale. Entre ces deux pôles, les indicateurs de santé montrent une augmentation continue du désavantage social. L'offre de service en Santé de la Reproduction ne couvre que faiblement les nécessités et choix en la matière. La couverture maladie reste aussi insuffisante. En 2011, au Sénégal, les besoins de planification non couverts représentent 32% en 2011. L'EDS-MICS de 2011 montre également qu'au Sénégal « 29 % des femmes en union ont des besoins non satisfaits en matière de planification familiale. Cette proportion comprend 22 % des femmes ayant des besoins non satisfaits pour espacer et 8 % pour limiter ». Ce qui montre que la couverture de la demande de planification est faible malgré les programmes de santé de la reproduction qui sont mis en œuvre depuis plusieurs décennies.

En ce qui concerne les naissances avec assistance qualifiée, le rapport du PNUD-2011 dévoile des inégalités préoccupantes entre les pays riverains du Sénégal : Mali (49%), Guinée (46%) et Guinée-Bissau (39%), Mauritanie (32%) et Gambie (57%). Au Sénégal, le pourcentage de naissances avec assistance qualifiée est 52% en 2011. L'EDS-MICS de 2011 montre également qu'au Sénégal, il y a des disparités nationales, car « En milieu urbain, neuf naissances sur dix sont assistées par un professionnel de santé contre une naissance sur deux (49 %) en milieu rural. » Ce qui montre qu'au niveau de la sous-région, l'assistance des naissances par un personnel qualifié est faible malgré les programmes de santé maternelle mis en œuvre depuis plusieurs décennies. Selon l'EDS de 2010-2011, le lieu d'accouchement, l'assistance lors de l'accouchement et le type d'accouchement sont dépendants du milieu de résidence, du niveau d'instruction et de la catégorie socioéconomique de la femme. Ce qui induit des disparités à plusieurs niveaux. La fréquentation des structures sanitaires et les accouchements assistés par un personnel qualifié ont certes augmenté dans les communautés rurales, mais les enquêtes montrent qu'en moyenne sur 17 accouchements mensuels, 10 se passent en milieu médical et 7 à domicile.

Les consultations prénatales et postnatales sont faiblement suivies. Cet état de fait résulte d'un déficit dans la couverture en personnel de santé qualifié explique ces pratiques.

Au moment des enquêtes, il y avait, dans les communes de CR de Kelle Guèye et Coki dans la région Louga respectivement une sage-femme pour 12.600 habitants et une pour 9800 habitants. À Ngueune Sarr, il y avait une sage-femme pour 14.252 habitants. À Léona la communauté rurale abrite le Projet des villages du Millénaire (PVM) et devrait avoir l'opportunité de renforcer son réseau sanitaire et la couverture médicale, mais tel n'est pas encore le cas.

Du point de vue des ressources, les collectivités locales allouent, en général, un fonds de dotation

faible qui varie annuellement entre 1.500.000 FCFA et 2.500.000 FCFA. Ce fonds est réservé à l'achat de médicaments. La participation communautaire au financement des soins ne garantit pas la qualité des soins. Cette faible couverture médicale induit des risques élevés de mortalité infantile. En effet, les taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans rapportés par le rapport du PNUD en 2011 sont élevés : Mali (191,1%), Guinée (141,5%) et Guinée-Bissau (192,6%), Mauritanie (117,1%) et Gambie (102,8%). Au Sénégal, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans est de 92,8% en 2011. L'EDS-MICS de 2011 au Sénégal « le risque de décès entre la naissance et le cinquième anniversaire est de 72 pour 1000 naissances, soit environ un enfant sur 14. ». Ces indicateurs présentent également des disparités au niveau national.

La santé Maternelle dans le programme *Badienu Gox*

La santé communautaire au Sénégal est confrontée à des défis majeurs. Des gaps persistent entre le nombre d'acteurs de santé communautaire présents sur le terrain et les objectifs fixés (gap de 226 cases fonctionnelles soit un déficit d'environ 450 ASC/ matrones). Le nombre de structures de santé décentralisées existantes (postes et cases de santé) ne permet pas à l'ensemble de la population du Sénégal de disposer d'une structure à moins de 5km de son lieu d'habitation. À ce déficit de structures s'ajoute celui des ressources humaines. Des inégalités sont observées également dans la répartition territoriale des acteurs communautaires de santé. Le Sénégal a développé la santé communautaire surtout au cours des dernières décennies. En 1972, le Sénégal a entrepris des réformes visant à faire participer davantage les populations à l'effort de développement et de santé. Avec l'avènement des Soins de Santé primaires (1978), le Sénégal a initié d'autres réformes visant à organiser et à renforcer la participation des populations à la résolution des problèmes de santé. Les innovations sociales sont de nouveaux usages et pratiques qui apportent une solution et un équilibre à un problème social.

Le Programme *Badienu Gox*⁵ (PBG), une initiative présidentielle, repose sur une approche communautaire qui s'inscrit dans la perspective de la feuille de route multisectorielle pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale au Sénégal et l'atteinte des OMD 4 et 5 en 2015. Ce programme national, lancé le 19 janvier 2009 à Kolda, a pour objectif principal d'accroître l'utilisation des services de SR pour les enfants de 0 à 5 ans et les femmes pendant la grossesse, l'accouchement et le postpartum.

C'est une initiative qui peut contribuer à la qualité de la prise en charge de la santé. Il est une stratégie novatrice qui vise à promouvoir des comportements responsables des populations en les responsabilisant dans la Santé de la reproduction. C'est une approche communautaire (multisectorielle) qui doit contribuer à accélérer la réduction de la mortalité et de la morbidité maternelle et néonatale. L'objectif était d'accroître la demande de soins en SR chez les femmes pendant la grossesse, l'accouchement, le post-partum et chez les enfants de 0 à 5 ans sur l'ensemble du territoire national de 2009 à 2015, en utilisant un système de parrainage fonctionnel basé sur le leadership féminin. À ce propos une *Badienu Gox* explique le processus d'intervention:

Si on voit une femme enceinte dans notre quartier, on entre en contact avec lui et on lui demande si elle a fait des visites médicales, si elle dit non, on

⁵La Badienu Gox est une femme leader, choisie au sein de la communauté pour ses qualités humaines.

doit s'il le faut l'accompagner au poste de santé pour qu'elle fasse des (CPN). Cette attitude est en quelque sorte ancrée en nous. Nous sillonnons aussi notre quartier pour discuter avec les femmes, les sensibiliser sur les maladies, nous discutons aussi avec elles sur la CPON, celles qui sont en état de grossesse qui doit faire ses visites, mais aussi les femmes qui ont déjà accouché. En effet, beaucoup d'entre elles ignorent certaines choses comme le CPON, à la suite de leurs accouchements elle ne retourne pas chez le médecin alors que les visites doivent continuer même après l'accouchement. Donc on essaye de discuter avec elles dans le cadre du CPON pour les encourager à retourner chez le médecin faire une visite médicale pour elles et leurs bébés.

Elle ajoute :

Il arrive aussi qu'on voit un enfant malade, on demande à sa mère si elle l'a amené au poste de santé, si telle n'est pas le cas en s'en charge. En fait, nous effectuons des visites à domicile (VAD), mais aussi des enquêtes individuelles parce que quand on voit un enfant malade on demande à sa mère à quand remonte la date de la maladie, ainsi que ses manifestations, s'il s'agit de diarrhée ou autre chose.

Les *Badienu Gox* constituent de nos jours un pilier essentiel de la santé communautaire. Elles se présentent comme le pont entre les communautés et les services de santé. L'approche utilisée est basée sur l'exploitation des valeurs traditionnelles d'entraide communautaire, dont le parrainage par des *Badienu Gox* implantées dans les quartiers et villages. Il permet d'impliquer au maximum les populations dans les activités de santé permettant d'accélérer la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelles, néonatales et infanto-juvéniles. Les propos de cette sagefemme interviewée illustrent l'importance du rôle des *Badienu Gox* :

*« Elles jouent vraiment un grand rôle dans la santé de la reproduction. Au paravent, on voyait beaucoup d'accouchements à domicile, mais maintenant c'est devenu très rare. On peut rester tout un mois sans avoir de cas noté. Il y'a également une nette amélioration de la fréquence des consultations par les populations si on se base sur les données recueillies. Surtout au niveau des accouchements à domicile qui ont presque disparu. Il y'a aussi un suivi régulier des vaccinations des enfants. À travers les *Badienu Gox*, les populations sont devenues plus proches des postes de santé. »*

Les *Badienu Gox* se présentent ainsi comme des acteurs stratégiques dans la promotion de la santé maternelle et infantile et jouent un rôle préventif, curatif et promotionnel en matière de santé, d'hygiène et d'assainissement. Pour ce faire, une collaboration entre les *Badienu Gox* et les agents de santé comme les sagefemmes constitue un élément déterminant du succès du programme. Les propos d'une sagefemme, recueillis lors d'un entretien individuel, illustrent l'importance de cette relation :

*« Si on veut réellement atteindre nos objectifs et nos cibles, on a vraiment besoin des *Badienu gox*. Elles peuvent intervenir au niveau des quartiers*

pour sensibiliser la population à venir au niveau des postes de santé, sur les risques d'accouchement à domicile, sur la nécessité de faire des visites prénatales, ou sur les espacements des naissances (planification familiale). Donc elles sont donc des communicatrices en général. Elles sont plus aptes à s'adresser à la population, liée au statut dont elles jouirent et leur ancrage communautaire. Donc elles sont notre organe de communication ; on leur charge cette mission lorsqu'on a un programme à mettre en œuvre. Elles nous aident vraiment, et leur travail est très efficace. ...Dès qu'elles reçoivent un cas, elles viennent nous le présenter. Et à partir de là, nous faisons tout ce qui est de notre possible pour le traiter convenablement. Parce qu'il devient en même temps notre cas. Par contre, il y'a des cas qui dépassent notre compétence et en ce moment, nous nous réfèrons à d'autres personnes ou structures (comme les hôpitaux ou les gynécologues). »

Impacts des initiatives locales selon le point de vue des Badienu gox

A travers un système de parrainage, les « *Badienu Gox* » font la promotion de la santé maternelle, néonatale et infantile au niveau individuel, familial et communautaire dans les quartiers et les villages. A cet effet, elles développent des stratégies pour une meilleure implication des hommes, des belles-mères/grand-mères et autres leaders communautaires dans l'identification rapide des problèmes de santé et leur résolution, la promotion de soins à domicile et la recherche précoce de soins en relation avec les autres acteurs communautaires. Pour rappel, le système sanitaire actuel est caractérisé par l'existence d'un dispositif communautaire (relais, ASC, matrones) dont la mission est centrée sur l'éducation et l'information des populations en matière de santé. Cette dynamique communautaire doit être renforcée par un système d'appui pouvant compléter l'action de ces acteurs et influencer la prise de décision au niveau familial.

Durant les trois années de mise en œuvre du Programme *Badienu Gox* (PBG), les services techniques du ministère de la santé ont tenté, avec l'appui des partenaires, à opérationnaliser ce programme communautaire en phase avec les orientations de la politique de santé de la reproduction et de la survie de l'enfant. Pour mieux asseoir l'ancrage institutionnel de l'initiative, le Ministre de la santé avait institué l'arrêté ministériel N° 07507 du 24 Août 2010 portant création et organisation du PBG. Il est à noter que les Ministères en charge de la famille et de la santé ont signé un protocole d'accord le 3 Février 2011 portant sur la formalisation de la collaboration sur les domaines de santé prioritaires dont le PBG. Cependant sur le terrain, il ressort que les *Badienu Gox* (PBG), ne disposent pas de moyens, même pas de motivation, alors qu'elles font fait un double travail dans les quartiers jour et nuit. Dans cet extrait une BG s'explique sur ce point et propose une solution :

Pour ça je propose de mettre en place un plan d'action qui permettra aux Badienus Gox, les ICP, les districts sanitaires d'y trouver leurs comptes. Et surtout de mettre en place un système d'identification qui permettra de reconnaître les Badienu Gox et leur marquer un respect. Parce que les badges mis à notre disposition ne sont pas efficaces. Les ICP doivent aussi

être comprises envers les Badien Gox parce que certains « Badien Gox » n'ont pas de bon rapport avec les ICP. Ce n'est pas mon cas, parce que j'ai de bonnes relations avec les ICP qui m'accordent l'accès dans tout le district. J'ai leurs numéros et ils m'appellent pour toute activité organisée et je me charge d'informer les autres « Badien Gox ».

Ces manquements sont aussi mentionnés par d'autres acteurs comme les sages femmes. Les propos de *L.M*, sages femmes, *en témoignent* :

Oui, c'est vrai. Tout travail à ses propres réalités ou besoins. Les Badien Gox travaillent au niveau des quartiers et elles ont nécessairement besoin d'assurer leurs charges et entretenir leurs ménages. Donc, quand elles viennent nous voir, nous devons leur donner quelques choses, au moins juste pour les encourager à faire correctement leur travail. On doit travailler un peu à ce niveau. Au niveau des Badien Gox, on doit les former et les motiver. ..On doit également renforcer le personnel au niveau des postes de santé.

Les formations permettent un renforcement de leurs compétences mais, elles sont de courte durée avec un contenu insuffisant. La synergie entre *Badien Gox* et les sages femmes est aussi un point fort qu'il faut souligner. Un groupe de 600 "Badien Gox" ont été formées en une journée et 570 autres l'ont été pendant trois jours dans les régions de Kolda, Saint-Louis, Thiès et Ziguinchor, et le programme est en train d'être élargi. (Ministère de la Santé et de l'Action sociale, 2011). Mais l'objectif d'au moins une *Badien Gox* pour 1000 habitants en milieu urbain et au moins une *Badien Gox* par village ou hameau en zone rurale est loin d'être atteint, des insuffisances en matière d'effectif et de couverture de couverture persistent encore à ce niveau. En effet, beaucoup d'actes ont été posés, en vue d'une amélioration des conditions sanitaires des populations, par rapport à l'utilisation appropriée des services de santé dévolus aux mères, aux nouveaux nés et aux enfants. Un ensemble de comportements liés à la persistance d'un ensemble de représentations et de pratiques et à la prise de décision qui ne dépend pas de la femme participent au faible succès des programmes. En effet, la nature des rapports de pouvoir au sein des familles et dans la société font que l'autorité et le pouvoir de décision sont entre les mains de l'homme, l'époux, ou les belles mères et les belles sœurs. Aussi certaines croyances favorisent la déclaration tardive des grossesses pour soi disant échapper au mauvais sort et protéger la future mère et l'enfant à naître.

4. Conclusion

Des avancées notables ont été certes notées dans la gouvernance de la santé et un cadre juridique et réglementaire international et national favorable, mais les droits reproductifs ne sont pas encore effectifs. Ils restent conditionnés par divers facteurs, politiques, économiques, sociaux et culturels entre autres. Les femmes et les hommes dans les communautés rurales visitées entretiennent des rapports de pouvoir inégalitaires, avec des discriminations et des privilégiés différenciés, qui sont défavorables aux femmes. Ces rapports inégalitaires affectent leurs activités, le projet conjugal, la

sexualité, la maternité, le nombre de grossesses, la santé, leur autonomie et en définitive leurs droits humains. La pénalisation de l'avortement, les pratiques sociales comme les mutilations génitales féminines, les mariages précoces des fillettes, les violences basées sur le genre, sont fréquentes et vont à l'encontre tant de la définition des droits reproductifs, que de leur reconnaissance et application. L'importance de mesures institutionnelles et politiques s'impose comme : l'application effective de la loi sur la parité votée en 2010 est importante et peut renforcer le processus de la décentralisation, la gouvernance locale, la représentation et la participation des femmes dans les instances de décisions notamment celles en charge de la santé. Le renforcement d'un système de santé décentralisé autant au plan matériel, qu'organisationnel, doit être considéré pour une participation des femmes dans la prise de décisions et les responsabilités. Le dialogue interdisciplinaire, entre la médecine, la santé et les sciences sociales, avec la mise en place de comité de suivi scientifique permettrait de fournir des données tout au long du processus d'intervention, et la valorisation de la recherche : de la planification à l'exécution de programme, dans le cadre de protocoles de recherche-action. Il conviendrait, dès lors, de monter des comités de suivi scientifique pour tous les programmes de santé, particulièrement, ceux qui visent à résoudre les inégalités de santé. La diffusion adéquate de la contraception pour prévenir les grossesses non désirées, et le recours à l'avortement clandestin qui contribue au taux de mortalité maternelle élevée. L'alphabétisation universelle, l'utilisation des langues nationales et la formation des ressources humaines favoriseraient, le changement de comportement et les bonnes pratiques.

L'institutionnalisation et la généralisation de l'initiative *Badienu Gox* est un enjeu majeur pour l'amélioration de la politique de proximité, la fréquentation des services de santé et l'appropriation des programmes de santé sexuelle et reproductive. D'où l'importance de leur sélection, qui doit reposer sur des normes et procédures. Il y a aussi la question de la formation et du renforcement de capacités mais aussi la mise à disposition d'équipement et d'outils de travail afin d'atteindre l'objectif d'efficacité de programme de santé.

Bibliographie

- Akoto E. M. et al., 2005, Sexualité, Fécondité et Pratique Contraceptive chez les Jeunes en Côte d'Ivoire, au Cameroun, au Togo et Burkina Faso, 25ème Congrès de la Population, Tours (France).
- Ba M. G. et al., 1999, «Connaissance, Pratique et Perspectives de la contraception des adolescentes», in Médecine d'Afrique noire, CHR Le Dantec de Dakar (Sénégal).
- Bernstein S. et Juul Hansen C., Choix Publics, Décisions Privées : La Santé Sexuelle et Reproductive et les Objectifs du Millénaire pour le développement. UK : Family Care International.
- Cochrane, Susan H., 1979. Fertility and Education: What Do We Really Know? Baltimore, Johns Hopkins University Press.
- CODESRIA, 2001. Surveiller et enquêter en matière de violence sexuelle, Dakar : CODESRIA.
- CRLP et GREFELS, 1997. Les femmes à travers le monde : lois et politiques qui influencent leur vie reproductive. L'Afrique francophone, New York : CRLP.
- Curtet N, 1995. Planning familial un lieu pour les hommes ? Bulletin N° 24 de la Fondation du centre médico-social Pro Familia, Novembre.
- De Koninck, M., R. Pampalon, et al, (2008). Santé : pourquoi ne sommes-nous pas égaux ? Comment les inégalités sociales de santé se créent et se perpétuent. Québec : INSPQ.
- Diallo Y. D. (2008). La mortalité maternelle à Saint-Louis. Analyse des logiques d'action des

- différents acteurs. Thèse de doctorat. UGB. 410p.
- Diop F., 2009. La maternité et la paternité en question : une étude de cas sur genre et stérilité au Sénégal, les actes du Colloque Recherches féministes sous la direction de Fatou Sow, Karthala.
- Diop N. J., 1994. La dynamique de la fécondité des adolescentes au Sénégal, Journal n°9.
- Diop N. J., 1995. La fécondité des adolescentes au Sénégal, UEPA-Rapport de synthèse n°1.
- Fall S., 2004. « Les déterminants de la pratique contraceptive au Sénégal : Analyse des données de l'enquête démographique et de santé de 1997 (EDS-III) », Dakar : GRIPPS.
- Faye S. L., 2011. « Quand les tradi-thérapeutes ouest-africains soignent l'infertilité conjugale à Dakar (Sénégal) : recompositions et dynamiques entrepreneuriales », Anthropologie & Santé [En ligne], 3 | 2011, mis en ligne le 28 novembre 2011.
- FNUAP, 1997b. Espoirs et réalités : éliminer l'écart entre les aspirations des femmes et leurs expériences en matière de procréation. New York: UNFPA.
- FNUAP, 1999a. La transition : Santé, sexualité et droits des jeunes en matière de reproduction. New York: UNFPA
- Fraisse G, 1999. « L'Habeas corpus des femmes : une double révolution ? », In, Étienne-Émile, Françoise Héritier et Henri Leridon (sd), Contraception : Contrainte ou liberté ? Paris, Éditions Odile Jacob : 53-62
- Françoise Héritier, 2002. Masculin / Féminin II. Dissoudre la hiérarchie. Paris, Odile Jacob, 433 p.
- Frenette L., 1983. «Facteurs explicatifs de la baisse de la fécondité : faits et commentaires», In, Démographie québécoise : passé, présent, perspectives. Québec, Bureau de la statistique du Québec.
- Gautier A, 2000, "Politiques démographiques et liberté reproductive", In Pilon Marc et Guillaume Agnès (éds), Maîtrise de la fécondité et planification familiale au Sud, Paris : IRD : 71-92.
- Gourgues, J.-H. 1974. Sexualité et planification des naissances en milieu défavorisé urbain québécois. Québec: Laboratoire de recherches sociologiques, cahier n° 6.
- Henripin, J., 1989. Naître ou ne pas être. Québec, Institut québécois de recherche sur la culture, coll. Diagnostic, no 10, 140 p.
- Hermalin, A. I., et William M. M., 1980. «A Strategy for the Comparative Analysis of WFS Data, with Illustrative Examples», dans The United Nations Programme for Comparative Analysis of World Fertility Survey Data. New York, United Nations Fund for Population Activities.
- Hibert, T., 1986. «Fécondité et niveau d'instruction», dans VIe Colloque national de démographie, «La fécondité dans les pays industrialisés». Paris, Éditions du CNRS.
- Katinka In 'T Zandt, janvier 2008. « Les droits sexuels et reproductifs », Cahier Santé conjuguée n°43, les violences liées au sexe, 64 pages in « Femmes : enjeux et combats d'aujourd'hui » Fédération des amis de la morale laïque, en décembre 2007
- Kim Bt, 1998. "Contraception Improves Employment Prospects". Network: Family Planning and Women's Lives, Caroline du Nord: Family Health International.
- Kuate D B, 1998. Sexualité et santé reproductive durant l'adolescence en Afrique avec une attention particulière au Cameroun, Montréal, Édiconseil in.
- Landry A., 1982. La révolution démographique – Études et essais sur les problèmes de la population, Paris, INED-Presses Universitaires de France
- Lebas J., Chauvin P., 1998. Précarité et santé. Paris : Flammarion.
- OMC, 1981. *L'évaluation des programmes de santé. Principes directeurs*. Genève : O.M.S., 49 p.
- PARINI, Lorena, 2006. Le système de genre. Introduction aux concepts et théories. Zurich: Seismo, (Questions de genre), 2006, 129 p.

-
- Pilon M et Guillaume A (eds), 2000. Maîtrise de la fécondité et planification familiale au Sud, Paris : Éditions de l'IRD.
- Pilon M et Guillaume A (eds), 2000. Maîtrise de la fécondité et planification familiale au Sud, Paris : Éditions de l'IRD.
- Pitshandenge N. A., 1982. De la nuptialité et fécondité des polygames : le cas des Yaka de Popokabaka, Zaire, - Tervuren : Musée royal de l'Afrique centrale.
- Sala-Diakanda M., 1981, «Problèmes d'infécondité et de sous-fécondité en Afrique centrale et de l'ouest », Actes du Congrès international de la Population, Manille, CIESP, Ordina Editions, Vol. 3.
- Sow F., 2004. Notre corps, notre santé : la santé et la sexualité des femmes en Afrique subsaharienne, Fatou Sow et Codou Bop (dir.). Paris, L'Harmattan
- Spencer B, Balthasar H et Addor V, 2003, Indicateurs de santé sexuelle et reproductive en Suisse : Monitorage. Lausanne : IUMSP, 212 p.
- Stycos, J. Mayone, 1968. Human Fertility in Latin America. Ithaca: Cornell University Press.
- Sylvain Landry Faye, 2012. *Responsabiliser les relais communautaires pour le traitement préventif intermittent saisonnier du paludisme (TPI) au Sénégal : enjeux, modalités, défis*, Autrepart /1 (N° 60), pages 129 à 146.
- Tabet P., 2004, La grande arnaque. Sexualité des femmes et échange économico-sexuel, Paris, L'Harmattan, Bibliothèque du féminisme.
- UNFPA, 2004, Programme d'action adopté à la Conférence internationale sur la population et le développement, Le Caire, 5-13 septembre 1994. New York : UNFPA, 76 p.
- Valentin MOTHO, 2012. Evaluation à mi- parcours du programme Badiene Gox. Cas de la commune de Diamniado au Sénégal, Ecole supérieure d'économie appliquée de Dakar (Sénégal) - Ingénieur des travaux en planification et gestion

© 2020 Diop, License BINSTITUTE Press. Ceci est un article en accès libre sous la licence the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>)