

The English version follows

ARTICLE DE RECHERCHE ORIGINALE

La Bajenu Gox actrice de mobilisation sociale et de transformation des normes sociales d'inégalités de genre pour une utilisation des services de santé maternelle, infantile et des adolescent-es au Sénégal

DOI: 10.29063/ajrh2021/v25i3s.11

Rosalie Aduayi Diop¹* Fatou Kébé Gassama², Samba Cor Sarr³, Cheikh Tidiane Athie⁴, Mbarka Ndaw⁵, Sagar Gassama Ndiaye⁶

Chercheuse Principale, Institut de population, Développement et santé de la Reproduction Université Cheikh Anta Diop Dakar (IPDSR/UCAD)¹; Chargée de Suivi des Processus (ONG /ACDEV)²; Chercheur Associé Coordonnateur, Ministère de la santé et de l'Action sociale (MSAS)³; Responsable des données issues de l'intervention⁴; ONG ACDEV⁵; Focal Point Bajenu Gox Direction de la santé de la mère et de l'enfant (DSME)⁶

*For Correspondence: Email: rosalie.diop@ucad.edu.sn; Téléphone: 221 775247391

Résumé

La mortalité maternelle et néonatale reste la plus grande disparité en matière de santé entre les pays à faible revenu et ceux à revenu élevé. Pour parvenir à améliorer la santé maternelle et infantile, il est important de prendre en compte les dimensions culturelles et de genre. Nous avons étudié le rôle des Bajenu Gox (BGs) dans la réduction de la mortalité maternelle et infantile par la mobilisation sociale et la transformation sociale au Sénégal. Des données quantitatives et qualitatives sur le genre et la santé ont été collectées à Dakar, Louga, Fatick et Kaolack, aux niveaux individuel, familial, communautaire et institutionnel selon une approche participative et inclusive. Les données ont été collectées auprès des autorités et des professionnels de santé (infirmiers en chef, sages-femmes), des familles et de la communauté (femmes enceintes, femmes allaitantes, enfants et adolescents, beaux-pères et belles-mères, maris, imams, prêtres,). Les résultats ont montré que les BG interviennent à trois niveaux : les bénéficiaires, les gardiens des us et coutumes ou des décisions, et les gardiens des obligations morales ou des décisions. Les BG ont amélioré les indicateurs de santé. De nombreux femmes, enfants et jeunes filles sont maintenant référés aux structures appropriées pour les soins prénatals et postnatals, le planning familial, la vaccination. En conclusion, les BG ont développé des méthodes efficaces de mobilisation sociale pour promouvoir la SMNI. Les BG sont des agents potentiels de transformation des normes sociales et de genre. (*Afr J Reprod Health 2021; 25[3s]: 105-122*).

Keywords: Bajenu Gox, travailleurs de la santé communautaire, genre, SMNI

Abstract

Maternal and new-born mortality remains the greatest existing disparity in health between low-income and high-income countries. To achieve improvement in maternal and child health, it is important to consider cultural and gender dimensions. We studied the role of Bajenu Gox women (BGs) in reducing maternal and child mortality through social mobilization and social transformation in Senegal. Quantitative and qualitative data on gender and health were collected in Dakar, Louga, Fatick and Kaolack, at the individual, family, community and institutional levels using semi-structured interviews, focus groups and community dialogues based on a participatory and inclusive approach. Data were collected from authorities and professionals working in the health sector (head nurses, midwives, Health Committee (CS), and family and community members who are directly concerned or have authority on the patient (pregnant women, breastfeeding women, children and adolescents, mothers and father's in-law, husbands, imams, priests). Results of our research showed that BGs intervene at three levels - beneficiaries, custodians of habits and customs or decisions, and custodians of moral obligations or decisions. The BGs contribute in the improvement of the main health outcomes, in particular: antenatal care, postnatal care for mothers and their children. Plus, many women and girls are now being referred to the appropriate structures for ante- and post-natal visits, family planning, etc. In conclusion, BGs have developed efficient methods of social mobilization to promote MCH, and BGs are potential social and gender norms' transforming agents. (*Afr J Reprod Health 2021; 25[3s]: 105-122*).

Mots-clés: Bajenu Gox, community health workers, gender, MNCH

Introduction

La mortalité maternelle et néonatale est la plus grande disparité existant entre les pays à faible revenu et les pays à revenu élevé dans le secteur de la santé. Au Sénégal, les femmes jouent un rôle crucial dans le secteur de la santé au niveau communautaire et notamment dans celui de la santé reproductive. "Les agents de santé communautaires sont largement utilisés dans les pays à faible et moyen revenu et peuvent constituer un outil important pour réduire la mortalité maternelle et infantile" (Guilmore, McAuliffe, 2013)¹. Au Sénégal, les Bajenu Gox (BG) sont des marraines traditionnelles influentes chargées de la promotion de la santé maternelle et infantile (SMI) au niveau communautaire. Leur contribution à l'amélioration de la SMI a conduit à la mise en place d'un programme gouvernemental, le Programme BG (PBG)² en 2009. Centré sur le leadership des femmes, ce programme concerne les quatorze régions du Sénégal avec pour objectif d'augmenter l'utilisation des services de santé par les enfants de 0 à 5 ans et par les femmes avant, pendant et après la grossesse. L'originalité et la pertinence des actions des BG ont été soulignées dans le cadre du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS-II)³ où l'appui aux acteurs communautaires était un objectif prioritaire. Les Bajenu Gox participent activement au développement communautaire par la mobilisation sociale principalement pour la santé maternelle et néonatale mais aussi pour les droits de l'homme et l'égalité des sexes.

Le taux de mortalité maternelle est une mesure importante du développement humain et social. C'est un indicateur révélateur du statut des femmes et en particulier de l'accès des femmes aux soins de santé et de la prise en compte de leurs besoins par le système de santé. Il nous informe sur les risques liés à la grossesse et à l'accouchement, mais il nous renseigne également sur la santé des femmes en général et indirectement sur leur situation socio-économique.

Malgré des progrès importants en matière de santé maternelle, néonatale, infantile et des adolescents (SMNIA) au Sénégal, le taux est supérieur à la moyenne avec 402 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes (EDS continue, 2005)⁴. Nonobstant, la marginalisation des femmes

dans les processus de décision se poursuit, même lorsque les décisions concernent leur santé et celle de leurs enfants. Cette marginalisation a des effets négatifs sur la santé dans le domaine de la SMI et tend à augmenter le niveau de pauvreté des ménages à faible revenu. Ceci entrave la capacité des pays à faible revenu à réaliser les objectifs de développement durable (ODD). Ce projet de recherche interventionnelle vise à aider le gouvernement sénégalais à atteindre les ODD pour la santé et la réduction de l'égalité des sexes en évaluant et en améliorant l'action du Programme Bajenu Gox (PBG) et donc des Bajenu Gox (BG).

L'objectif de cette étude est de comprendre comment les actions des BGs ont influencé les normes de genre dans les communautés ciblées et ont contribué à améliorer la promotion de la SMI?

Démarche méthodologique

Zone d'étude

Le choix des sites est fait de manière participative et collaborative coordonné par le Médecin-chef de chaque région et les Médecins Chefs des Districts au moment de la réalisation du projet. Il s'agit des districts des régions de (Louga, Fatick, Dakar périurbain et Kaolack). La stratégie de recherche utilisée est celle des études de cas. Ainsi, 4 cas ont été sélectionnés dans 4 zones périurbaines et rurales situées dans les régions de Dakar, Louga, Fatick et Kaolack, à savoir les Parcelles Assainies Unité 4 (Dakar), NDande (Louga), Diaoulé (Fatick) et les Abattoirs Ndagane (Kaolack). Et chacun des cas représentait un site de mise en œuvre du PBG coïncidant avec la zone de couverture d'un poste de santé dans un District de Santé.

La sélection des 4 sites a été faite par un échantillonnage intentionnel/ou raisonné en puisant dans le lot des postes de santé travaillant avec l'ONG 'Action et Développement' (ACDEV), qui est responsable de la mise en œuvre des interventions du projet de recherche, en étroite collaboration avec le médecin du district. En outre, la sélection a pris en considération l'aspect diversité des cas en termes d'urbanisation, d'accès aux services de santé,

de taux de mortalité maternelle, de degré d'efficacité du PBG, de l'état de fonctionnalité du Comité de Santé (CS), du niveau d'isolement des sites, de la présence de réseaux communautaires dynamiques et de l'appui ou non aux Projets de Développement Communautaire.

Le poste de santé des parcelles assainies unité 4 est situé dans la commune d'arrondissement de Golf Sud dans le département de Guédiawaye de la région de Dakar, la capitale sénégalaise. Il polarise les unités 3, unité 5, 4, 1 et une partie de Cambérène 1. La commune d'arrondissement de Golf Sud compte une population de 98041 habitants (ANSD, 2015)⁵.

Le poste de santé de Diaoulé se trouve dans le département de Fatick de ladite région. La région de Fatick est située au centre ouest du Sénégal et couvre une population de 761 710 habitants en 2015 (ANSD, 2015). La commune de Diaoulé, située dans l'arrondissement de Ndiob à elle seule compte 13 421 habitants.

Le poste de Santé des abattoirs Ndangane se trouve dans le département de Kaolack de ladite région. La région de Kaolack a un climat de type soudano-sahélien. La population de Ndangane est de 22949 19 habitants. Les températures y sont très élevées pendant une grande partie de l'année.

Le poste de Santé de Ndande se trouve dans le département de Kébémér dans la région de Louga. Ndande est en même temps le chef-lieu d'arrondissement et de commune de Ndande. La commune de Ndande compte 25351 sur 86595 habitants que compte l'arrondissement de Ndande (ANSD, 2015).

Population de recherche

La démarche de cette recherche interventionnelle repose sur le principe de recherche – action. Elle est inclusive, itérative et participative avec une implication des différents acteurs que sont les BG, le personnel du poste de santé, les familles, les acteurs communautaires, les autorités locales et des représentants des ONG de la localité. Tous ces acteurs ont été présents tout au long du processus de l'étude de la mise en œuvre à l'intervention. Cette construction d'initiatives novatrices pour un changement de comportement avec collecte des données de routine mensuelles pour suivre,

observer et rapporter l'intervention de la BG a pour finalité de permettre aux communautés et aux décideurs de s'approprier et d'utiliser les résultats scientifiques de la recherche.

Type d'étude

Quantitative study

- **Taille de l'échantillon**

L'échantillon de l'étude consiste en une sélection représentative de villages et de districts urbains (échantillonnage en grappes). La stratégie de cette étude d'intervention est basée sur quatre (4) sites pilotes (villages ou districts) répartis dans les zones urbaines et rurales, en tenant compte des différents taux de mortalité maternelle dans chaque endroit. En milieu rural, le site fait référence à la zone couverte par un BG, c'est-à-dire qu'il représente un village central et ses villages polarisés. Globalement, l'enquête quantitative a couvert (n=63) Bgs, y compris tous les BGs actifs impliqués dans le projet. Selon la zone d'intervention, le nombre de BGs interrogés a varié. Le maximum des BGs participants était situé (n=19) à Kaolack et un minimum (n=13) à Fatick.

- **Méthode de collecte et d'analyse des données**

Sur la base d'un questionnaire élaboré pour la collecte des données auprès des BG, un masque de saisie a été conçu sur le logiciel Stata pour faciliter la saisie des données. Ainsi, les 63 questionnaires issus du terrain ont été saisis sur world avant que la base de données ne soit exportée vers Stata puis, après l'apurement et la vérification de la base de données, les traitements et analyses statistiques ont été effectués à l'aide du même logiciel (Stata). Les données ont été complétées par l'exploitation de registre au niveau des postes de santé. Les analyses produites sont essentiellement de type descriptif (tris à plats) complétées par quelques croisements de variables pour analyser des variations selon certains paramètres sociodémographiques.

Etude qualitative

L'échantillonnage s'est fait de par choix raisonné. L'enquête qualitative a permis un total de (n=40) entretiens semi-structurés répartis comme suit : dont (n=8) discussions avec le personnel de santé

(infirmière en chef et sage-femme), (n=8) familles (personnes âgées et belles-mères/beaux-pères), (n=8) femmes en âge de procréer, (n=8) BGs et (n=8) jeunes de la communauté. En outre, il y a eu 12 groupes de discussion et 8 dialogues communautaires.

- **Méthode de collecte des données**

En utilisant des techniques de collecte de données qualitatives (entretiens semi-structurés (SSI) et entretiens de groupe (FGD)), des données plus approfondies ont été collectées pour fournir plus d'informations sur 1) les actions de leadership des BG ; 2) sur la perception des communautés du leadership des BG, 3) sur les conditions qui favorisent les actions de leadership parmi les BG et 4) les contraintes auxquelles elles font face. Les autres sources de collecte de données comprennent : le dialogue communautaire multipartite avec les parties prenantes institutionnelles, les acteurs communautaires, les équipes de recherche et les décideurs et la collecte de données actuelles à partir des registres des postes de santé.

- **Méthode d'analyse des données**

Le matériel collecté sous forme d'observations participantes et d'entretiens individuels mais aussi de groupe (focus group) ont été transcrits ; saisis et exportés sur NVIVO et sur QD miner. Une grille de codification a été conçue et a permis d'encoder tout ce matériau recueilli. Puis après l'encodage, des requêtes ont été faites à l'aide des mêmes logiciels (NVIVO et QDA miner) pour faciliter l'analyse.

Le processus d'analyse de ce matériau n'est ni différent ; ni loin des procédés classiques de l'analyse contenu de type thématique. Nous sommes partis des thématiques qui pouvaient nous permettre de répondre à nos questions de recherche et qui étaient en phase avec les thèmes centraux du projet : la capacité d'agir et rôle des BG ; la qualité des services SMI, la collaboration sectorielle et intersectorielle et la dynamique communautaire.

La triangulation

Afin d'atteindre nos objectifs, nous avons mis en œuvre une méthodologie de type étude de cas et ethnographique reposant sur diverses techniques d'échantillonnage et de collecte de données. Ces techniques complémentaires ont été utilisées afin d'obtenir un portrait général de la situation.

L'intégration de diverses sources assure le cumul des informations et la validité des données par triangulation.

Cadre théorique

En utilisant un cadre d'analyse de genre, l'étude explore le rôle des Bajenu Gox dans la mobilisation sociale et communautaire et plus spécifiquement dans la mobilisation autour de la santé maternelle et reproductive, y compris la contribution de cette dernière à la reproduction sociale de la division sexuelle du travail. En termes spécifiques, l'étude utilise un certain nombre de cadres analytiques de genre (théories), y compris - le genre et la théorie du changement et de la transformation sociale construite par le Harvard Gender Analytical Model et le modèle Practical and Strategic Gender Needs/Interests de Carolyn Moser⁶.

Plus précisément, la recherche s'appuie sur le cadre d'intégration de la dimension de genre⁷ pour explorer la mesure dans laquelle les activités menées par les BG dans les communautés respectives tiennent compte des normes et des comportements de genre. Les activités du projet ont été examinées dans une perspective de genre, en explorant dans quelle mesure les différentes communautés accordent du crédit aux préoccupations liées au genre pour les soins de santé et les résultats. Il est important de noter que la question centrale est de savoir comment les actions du BG sont liées au changement social et/ou à la transformation du genre.

Résultats

Caractéristiques socio-démographiques et économiques de Bajenu Gox

Le profil des BG et/ ou de l'association des BG est complexe et pas aisée à décrire. En cela, les éléments qui composent ce profil constitue un défi important difficile à schématiser. Nous sommes parties des différentes observations empiriques (entretiens, observation systématique) pour montrer que les BG ou l'association des BG des zones enquêtées est constituée de groupe cosmopolite composé d'actrices avec des trajectoires diversifiées et intervenant à des niveaux distincts et avec des réalités différentes. Par conséquent, il est

important de signaler que conformément à la démarche de l'approche qualitative et à la structuration de l'échantillon, les données peuvent être déclinées par zone et par génération de BG.

Profil individuel des Bajenu Gox

Dans cette partie, nous présentons les différentes actrices membres de l'association des BG. Pour rappel, notre approche est plus qualitative donc il nous est difficile d'aller très loin dans une description sociodémographique. Le profil des BG et de leur association a été une préoccupation des décideurs (bailleurs et État) des chercheurs. Aussi au cours des observations, divers entretiens ont permis de recueillir des informations relatives aux caractéristiques sociodémographiques comme l'âge, la situation matrimoniale, le niveau d'étude, la parité, la situation professionnelle, les motivations intrinsèques.

Au regard de l'âge, les résultats indiquent globalement une prédominance de la tranche d'âge 50-60 ans avec un effectif de 21, soit le tiers de l'effectif (conf: tableau 1). S'en suivent respectivement les groupes d'âges 40-50 ans (effectif de 16) et moins de 40 (effectif de 14). Les BG âgées plus de 60 ans sont au nombre de 12, soit le minimum observé. Bien entendu selon la zone d'intervention (urbain, semi urbain/rural/), quelques différences sont notées. Il est aujourd'hui difficile de fixer la limite d'âge supérieure ou inférieure pour être BG. En effet, nous avons remarqué une entrée progressive de plus en plus de jeunes femmes. La situation matrimoniale des BG constitue une variable importante dans le cadre de cette étude compte tenu du travail attendu des BG. Dans l'ensemble, comme l'indique le tableau 1, une bonne partie des BG sont dans un ménage polygame, soit 27 parmi les 63 BG interrogées et que 23 sont dans un ménage monogame. Si cette tendance générale s'observe en milieu urbain, semi urbain/rural/ (Kaolack, Fatick et Louga) où la polygamie l'emporte, ce n'est pas le cas pour Dakar (zone urbaine) où les femmes BG monogames sont majoritaires. De même cette tendance s'observe également chez les plus jeunes à savoir la catégorie 40-50 ans. Les célibataires sont au nombre de 3 et les veuves au nombre de 10 . Nous notons pas de divorcées chez les BG interviewées.

Globalement, nous notons que la majeure partie des BG ont atteint le niveau secondaire, soit un effectif de 30 (tableau 1) parmi les 63 BG, 9 parmi elles n'ont aucun niveau d'instruction. Au regard de la zone d'intervention, les mêmes tendances globales s'observent en milieu urbain (Kaolack et à Dakar), contrairement en milieu semi urbain/rural (Fatick et à Louga) où respectivement le niveau primaire et l'alphabétisation sont plus répandus. On observe également que les plus jeunes celles qui ont moins de 50 sont les plus instruites.

Dans l'ensemble des BG interrogées, il est apparu que la majorité ont plusieurs enfants. Il est observé que moins de la moitié (28) ont six enfants ou plus. Ces résultats ne sont pas loin des EDS IV et V où le taux de fécondité est en moyenne 5,5 enfants par femme. Les BG qui ont moins de 3 enfants représentent un nombre de 14 et ce sont les plus jeunes qui viennent de commencer leur entrée dans la vie de couple. Les résultats montrent que l'âge moyen du dernier enfant des BG interrogées se situe à 12,6 ans. Selon la zone d'intervention, les résultats sont différenciés. Les résultats varient avec un maximum observé à Dakar (19 ans) et un minimum de 6,6 ans à Fatick.

En ce qui concerne la situation économique, Il ressort des résultats qu'une part importante de femmes BG sont de niveau moyen. Des BG avec un niveau de vie relativement élevé ou riche (condition de vie et d'habitation) ne sont pas observées. Beaucoup parmi elles exercent l'activité de commerce dans le secteur informel, soit un total de 43 parmi les 63. Celles qui exercent le métier de matrone sont au nombre de 4 . Les ménagères constituent une population 5 femmes. Des résultats de l'enquête, on note que 11 parmi elles s'activent.

Problèmes liés à la dimension sexospécifique du genre et de la santé

Au niveau des zones enquêtées, le taux mortalité est encore élevé chez les mères et les enfants de 0 à 5ans . Ceci est dû en grande partie à des considérations sexospécifique et à la transgression des droits des femmes / jeunes filles. D'après nos observations des inégalités entre les hommes ou autres « détenteurs de pouvoir » persistent et sont fortement liées à la santé reproductive des femmes.

Tableau 1: Description des personnes interrogées selon leur âge, leur situation matrimoniale, leur niveau d'instruction, zone d'intervention

Variables	Effectifs	Total
Variables	Age Effectifs	Total
	Zone urbaine	Semi urbain/ rural
>40ans	9	5
40-50ans	6	10
50-60ans	12	9
<60ans	9	3
situation matrimoniale	Effectifs	Total
	Zone urbaine	Semi urbain/ rural
Monogame	14	9
Polygame	12	15
Célibataire	3	0
Veuve	7	3
Niveau d'instruction	Effectifs	Total
	Zone urbaine	Semi urbain/ rural
Aucun (9)	2	7
Alphabétisé	0	5
Primaire	7	10
Secondaire	25	5
Supérieur	2	0
Zone d'intervention	Effectifs	Total
Zone urbaine	36	63
Semi urbain/ rural	27	

Source: Collecte PBG, 2019

Tableau 2: Perception des infirmières chefs de poste

Les interviews avec le personnel de santé révèlent que les BG sont impliquées dans le fonctionnement du système de santé :	<ul style="list-style-type: none"> • Elles vont sur le terrain pour constater des problèmes de santé et rendre compte à l'ICP ou la sage-femme ; • Elles vont dans les maisons pour constater si les femmes enceintes respectent leurs CPN ou pas ; • Elles veillent à ce que les femmes malades prennent leurs médicaments correctement ; • Elles partent à la recherche des malades qui sont perdus de vue ; • Elles sont les intermédiaires entre le poste de santé et la communauté.
--	---

Source: Collecte PBG, 2019

Elles se caractérisent par la précarisation des conditions de vie de la plupart des femmes et des jeunes filles en en âges de procréer; leur manque d'autonomisation et de prise de décision, d'utilisation de méthodes contraceptives; de dépistage du VIH/SIDA ou du cancer du col de l'utérus; de gestion de vaccination et des visites pré et post natales. Tout ceci à cause des considérations socio-historiques, socio-culturels, socioéconomiques, géographique et politiques qui influencent les modes de réception, l'acceptabilité des différents moyens préventifs et de prise en charge proposés.

Concernant l'utilisation des services de planification familiale, la plupart des femmes en âge de procréer rencontrées lors de l'analyse situationnelle n'arrivent pas à satisfaire leur besoin en planification familiale; la différence est bien sûr plus importante en milieu urbain qu'en milieu rural ou les normes socioculturelles traditionnelles sont encore vivaces. C'est parce que, dans la plupart des postes de santé, les infrastructures et le plateau technique ne sont pas totalement appropriés et certaines prestataires ne sont pas tellement qualifiées pour faciliter la prévention, l'accueil et la prise en charge des femmes et des jeunes filles qui

désirent utiliser la contraception. Nous observons également une non disponibilité de toutes les gammes de contraception pour permettre aux femmes de faire des choix. C'est pourquoi certaines femmes enquêtées suggèrent aux autorités sanitaires de rendre disponibles les produits contraceptifs modernes de toute gamme, de mettre à la disposition du district et des postes de santé un bloc opératoire fonctionnel avec un gynécologue. Elles proposent également d'intensifier la sensibilisation afin d'amener les populations surtout celles des chefs de ménages à mieux connaître les avantages de la planification familiale.

De nombreuses femmes et même des maris rencontrés craignent les effets secondaires indésirables. D'autres pour des motifs religieux dû aux rumeurs la plupart craignent des châtements divins. Beaucoup de femmes se voient aussi interdire de faire recours à la PF parce que les maris ou les familles du mari et parfois de la femme souhaitent avoir plusieurs enfants. Certaines femmes affirment qu'elles ont eu l'autorisation de leurs maris lors de leur dernier recours à la contraception moderne. Ainsi, des pressions et des menaces réelles de renvoi ou de divorce sont exercées sur elles comme précisent ces verbatims :

« Nous n'osons pas à faire quelque chose sans l'accord de nos maris surtout dans le domaine de la planification familiale ».

« ...Dans notre village, il est difficile de pratiquer la contraception car les hommes n'adhèrent pas. Je vous prie de venir sensibiliser les populations surtout les chefs de ménages et les chefs religieux sur les avantages des méthodes contraceptives modernes afin de les amener à adhérer à la contraception moderne ». (Female FAR Ndande)

Donc pour la plupart le pouvoir de décision est détenu par le mari ou la famille. Un autre aspect non moindre est les rivalités entre coépouses. Pour des problèmes d'héritages, certaines femmes sont obligées de faire des grossesses rapprochées non désirées.

Les femmes et les jeunes filles dans les communautés rencontrées sont confrontées à des violences multidimensionnelles (sexuelle, physique, culturelle, symbolique, psychologique). Beaucoup de jeunes filles/adolescentes célibataires

sont activement sexuelles mais n'osent pas prendre la contraception. Certaines sont confrontées à des pratiques traditionnelles néfastes et nuisibles comme les viols, les incestes, les mariages et maternités précoces, qui impactent beaucoup sur leur santé et augmentent leur vulnérabilité aussi bien économique, social, psychologique et culturelle. En effet, même si nous ne notons pas d'infanticide durant notre passage, ces formes de violence entraînent très souvent de l'infanticide. Dans certaines zones enquêtées, les mariages et partant des grossesses précoces sont encore imposées de même que les mutilations génitales féminines. Nous observons dans ces zones enquêtées d'autres formes de violences comme les conflits familiaux et communautaires exacerbées par des questions de désobéissance, de punition, de jalousie, de rivalité et de violence des femmes envers des femmes, d'exclusion des plus vulnérables comme les personnes en situation d'handicap etc. Ces violences sont plus manifestes dans la sphère privée ou domestique de reproduction et elles illustrent les relations entre la santé reproductive et les droits des femmes et des jeunes filles ainsi que les effets de la position de subordinations qu'elles occupent dans la société.

Ces principaux problèmes sociaux et sanitaires communautaire ont toujours favorisé une conscience critique chez les femmes en tant que leaders communautaires mais plus encore en tant que BG choisie. La prise de conscience des problèmes qui touchent la communauté surtout sur le plan sanitaire est la cause de l'engagement des BG dans tous les sites. C'est une question de responsabilité sociale pour les BG de participer à la résolution des problèmes de santé de leur communauté: C'est aussi ce qui explique leur forte volonté d'agir pour améliorer la santé des mères et des enfants. L'intervention du projet a été citée comme facteur déterminant dans la volonté d'agir des BG dans les quatre sites ce qui est un impact positif sur la prise de conscience individuelle des problèmes de santé de la communauté.

« Oui j'ai une responsabilité sociale dans la résolution des problèmes de santé des populations parce que parfois certaines femmes quand elles veulent venir au poste de santé et qu'elles n'ont pas les moyens je peux les aider, si j'ai les moyens je les donne sinon

je les conduis au poste de santé pour qu'on la prenne en charge et après on cherche les moyens pour payer. Donc j'ai des responsabilités sociales, même quand un couple ou des voisins ont des problèmes, on fait appel à nous pour régler le conflit. On dépasse même notre travail on est au cœur de leur famille et de leur vie intime », (EBG1-Diaoue),

« L'intervention du projet a un impact dans notre volonté d'agir pour la communauté parce que le projet m'a beaucoup motivé pour que je fréquente davantage ma communauté et d'être l'intermédiaire entre elle et le poste de santé. Le projet a augmenté mes connaissances et mes relations avec ma communauté, ...On voudrait rassembler la communauté, le personnel de santé et tout le monde pour les expliqués de tout ce que le projet fait pour nous avant de dire au revoir », (EBG2-Abattoir),

Appréciation des interventions des BG et changements observables

L'approche utilisée est basée sur l'exploitation des valeurs traditionnelles d'entraide communautaire, dont la « marrainage » par les BG. Les résultats ont révélé que la mobilisation des BG se manifeste à travers l'orientation des femmes, des maris et autres personnes clés de la communauté autour: de la vaccination, des visites pré et postnatales, du dépistage, de la planification familiale, de l'hygiène, de la prévention des maladies infanto juvénile, des pratiques traditionnelles néfastes etc. D'après nos observations, les BG interviennent dans trois niveaux en ciblant trois (3) catégories d'acteurs sociaux à savoir les ayants-droits et les détenteurs d'obligations morales ou de décisions et les principaux détenteurs d'obligations morales ou de décisions.

En tenant compte de chaque catégorie sociales, les BG ont identifié et utilisé de manière intelligente et dynamique des stratégies d'interventions spécifiques pour influencer sur les comportements fondés sur des normes sexospécifique. Concernant, les ayant droits, les BG ont utilisé tantôt une approche accommodante tantôt une approche d'autonomisation et de mise en

confiance pour permettre aux femmes d'utiliser les services de santé.

Concernant les détenteurs d'obligations morales ou de décisions, les BG engagent les hommes et les femmes à modifier les normes de genre concernant la communication et la prise de décision dans le couple en les intégrant dans toutes les activités de sensibilisant ainsi que les membres de la famille, les gardiens de valeurs culturelles en tant que partenaires actifs et incontournables du changement de normes en le responsabilisant et valorisant. Cette approche à la fois d'autonomisation et d'accommodation a permis à certains; les hommes et les belles mères à laisser les femmes et les filles prendre des méthodes contraceptives, à dire non aux pratiques néfastes etc. Et enfin pour les principaux détenteurs d'obligation à savoir les décideurs l'approche est plutôt transformationnelle car ceux-ci ont contribué en quelque sorte à la « promotion sociale des BG en acceptant de coopérer avec elles mais en valorisant leur apport. En cela, il comble les barrières systémiques surtout en matière de ressources humaines en mettant l'accent sur la qualité des soins qui sont respectueux et adaptés.

Les BG ont amélioré les principaux résultats en matière de santé, notamment: soins prénatals, soins postnatals pour les mères et leurs enfants. Selon les indicateurs qualitatifs aujourd'hui beaucoup de femmes et de filles sont orientées vers les structures adaptées concernant les visites pré et postnatales, de PF etc. Du point de vue professionnel, le premier changement observable dans l'exercice des BG relève de l'accompagnement de la famille, de la coopération au niveau de la communauté et de la valorisation

Au niveau de la famille: l'accompagnement

Globalement, les familles des BG rencontrées dans le cadre de cette étude ont une bonne appréciation de l'importance et de la qualité des services offertes par les BG pour la communauté. L'importance des missions d'assistance, d'accompagnent, de médiation etc. des «Bajenu Gox au sein de la communauté a été noté dans le discours de la majorité et selon eux participent au bien-être familial. Ces propos ci-dessous l'affirment:

« Elle prend soin de sa famille. Tout ce qui est question d'hygiène l'intéresse aussi. Elle fait

tout son possible pour aider les gens sur leurs questions de santé. Elle est toujours au service des populations et les écoutent par rapport à leurs soucis. Nul ne peut donner tout à ses voisins, mais répondre à leurs préoccupations par les moyens que tu disposes est quelque chose à saluer. Concernant le paludisme aussi, elle intervient auprès des populations pour les sensibiliser sur l'hygiène à adopter pour se prévenir de la maladie. À chaque fois qu'elle voit quelqu'un qui est souffrant, elle l'amène directement à l'hôpital, même hier mon enfant avait le corps chaud, elle l'a vu et l'a amené aussitôt à l'hôpital. Elle a acheté les ordonnances et m'a demandé de lui donner les médicaments. Et ce qu'elle fait ne se limite pas seulement sur sa famille, elle le fait pour tout le monde... ». Famille Bajenu Gox, Dakar

« J'apprécie beaucoup son travail. Je suis son mari et parfois en pleine nuit, on l'appelle pour un cas et si elle va là-bas elle peut régler le problème. Vous savez ici les parents ont une certaine mentalité ; par exemple, si la fille est enceinte hors mariage ça peut soulever beaucoup de problèmes dans la famille et elle joue toujours un rôle de médiation pour trouver une solution à ce problème. Je vois qu'elle aime bien son travail, parce qu'elle suit les femmes sur leur calendrier vaccinal. Il y'a aussi des femmes qui viennent la solliciter sur leur date de rendez-vous parce qu'elles ne savent pas lire. Je vois qu'elles font un travail important. FBG- Ndande

Même si les BG apprécient leur travail, les membres de leur famille aussi reconnaissent l'importance de leur mission auprès des populations. Mais, on a aussi noté un certain nombre de difficultés relatives aux temps consacrés à leur travail entre autres (une difficulté qui est plus revenue dans plusieurs discours). En effet, les interviewées soulignent que les BG, même étant des mères de famille passent la plupart de leur temps à aider et à assister les membres de la communauté parfois au détriment de leur propre famille.

« Ah elle ne se repose pas, elle est toujours à l'écoute des gens. Elle peut rester toute une journée sans manger à la maison, elle est toujours au service des populations.

Franchement qu'il soit jour où nuit, à chaque fois quelqu'une la sollicite, elle laisse tout pour régler ces problèmes. » Famille BG Dakar

Certains malentendus entre BG ou avec les membres de la communauté,

« Avant-hier même elle avait des disputes avec une femme qui lui manquait de respect dans le cadre de son travail. Elles travaillent ensemble mais vous si une jeune fille travaille avec une femme qui à l'âge de sa mère le mieux, c'est de la comprendre et d'avoir un peu de respect pour elle mais pas crier. C'est le seul souci que je vois dans son travail, le fait qu'elle travaille avec une jeune femme qui ne la respecte pas. Mais elle aime bien son travail. » Famille BG Kaolack

« Oui ça ne manque pas, il y'a un cas que j'ai assisté moi-même, la femme devait accoucher et quand elle l'a amené à l'hôpital, la sage-femme lui a demandé de l'amener à la maison jusqu'à le lendemain et la sœur de la femme commençait à créer des problèmes disant que c'est elle sa sœur qui doit l'amener à l'hôpital et non elle la bajène alors qu'elle ne sait pas que la bajène était plus proche de la femme durant toute sa grossesse. Parfois elle entend des mots déplaisants alors qu'elle fait juste son travail et elle veut juste aider sa communauté. » Famille BG Ndande

Par ailleurs, grâce aux AGR qu'elles développent certaines BG parviennent à être autonomes financièrement. Cette autonomie financière leur permet de venir en aide à leur famille, à la communauté et du coup améliorer leur estime de soi et le respect. En effet étant perçues comme une forme de rétribution de leurs services au profit de la communauté, les AGR ont tout d'abord amélioré les relations des BG avec certains membres de leurs familles. Et à combler leur absence.

« En ce sens, les membres de la famille devenaient plus tolérants quant aux déplacements des BG et mieux certaines BG avouent qu'il leur est arrivé que leurs coépouses supervisent ou assurent des activités ménagères (des BG) comme la cuisson face à une situation urgente d'accompagnement de femmes en état de grossesse avancé. » BG

Au niveau de la communauté: acceptation et coopération

Les résultats de la collecte montrent que presque tous les services offerts par les BG sont connus aussi bien par les FAR que par les hommes de la communauté. De l'avis de ces derniers, la BG a été identifiée comme celle qui oriente et qui donne des conseils aux FAR sur la SMI et aux jeunes sur des questions de santé, celle qui est considérée comme la tante paternelle (personne influente dans la famille), souvent sollicitée pour régler des problèmes familiaux et s'activant dans le développement de leur localité.

« ...Oui je les vois avec les jeunes. Elles les sensibilisent; je l'ai vu un jour et c'est un acte qui m'a beaucoup plus. Je les ai vu avec les jeunes et elles les sensibilisaient sur des questions liées à l'âge de la puberté, des jeunes qui ne savaient pas grand-chose. Elle leurs demandaient de suivre le droit chemin, de garder leur dignité, de suivre la voie tracée par leurs parents ; ça m'a beaucoup marqué vraiment sur les « BG ». FAR, Dakar

« La BG, c'est une adulte qui est dans le quartier dans laquelle toute personne qui a un souci de santé se dirige vers elle ; elle te guide ou quand tu es enceinte, elle te prodigue des conseils, elle te dit ce que tu dois et où tu ne dois aller. » FAR Ndande

« Le travail de la BG, c'est de prendre soin des enfants et des femmes qui sont dans le quartier en veillant sur leur santé ; elle aide aussi les familles pauvres. Elle prend soin des enfants et des femmes qui sont en âge de reproduction. Elle contribue au bon fonctionnement du quartier » FAR Kaolack

Notons que les BG ont une certaine notoriété dans la communauté et sont souvent considérées comme des « mamans » par les FAR, ce qui fait qu'elles sont écoutées et bénéficient de leur confiance et pour les BG, les populations sont plus attentives à leurs messages de sensibilisation et plus ouvertes à leurs visites. Toutefois, les BG ont fait remarquer que ces changements étaient plus observables chez les femmes quand bien même que les hommes ou chef de ménages commencent à prêter un peu plus

attention à leurs messages de sensibilisation sur des sujets comme la santé maternelle et infantile, la malnutrition, les CPN et CPoN.

Le travail des BG est d'utilité capitale pour le bien-être familial selon la plupart des personnes rencontrées dans le cadre de cette étude. Ces dernières apprécient bien la qualité des services des BG. Elles affirment avoir confiance en elles et confirment leur disponibilité et leur capacité à toujours être prêtes à servir leur communauté en cas de besoin. Quelques personnes interrogées l'expliquent en ces termes:

« Oui elles sont disponibles parce qu'elles répondent à tout un chacun qui les approche, elles les guident jusqu'à satisfaction » FAR Ndande

« ...Trop quand vous les appelez avant que vous ne veniez, ce sont elles qui viendront vers vous. Elles sont présentes, quand vous avez des soucis, ce sont elles qui vous réorientent, pour dire vrai « zéro faute » pour elles » Far Dakar

« ...Ah bien sûr parce que les « bajène » savent garder les secrets des patientes et il faut avoir cette qualité pour être « bajène ». Far Ndande

« ...Oui nous avons confiance à « AA¹ » vraiment parce qu'elle a de la réserve tout ce que vous parlez avec elle, vous n'allez jamais l'entendre de la bouche d'une autre personne. Nous avons confiance vraiment en elle dans ce sens, elle est une femme qui sait raison gardée, elle ne divulgue jamais le secret des personnes. » Far Diaoule

« Elles s'activent bénévolement aux besoins des populations ; en plus elles s'impliquent dans tout ce qui se passe dans leurs localités. Elles font face dans ce cadre à des difficultés et elles travaillent de nuit comme de jour. Leur travail est dur mais c'est un travail de nobles. » Homme Dakar

En somme, on pourrait se soucier d'une personne qui n'a aucune formation en médecine, se voit impliquer dans le système sanitaire. Face à ce défi d'une quête de légitimité sociale dans un domaine qui n'est pas forcément à la portée de tous, les BG se fondent sur les missions qui leur sont assignées pour se construire une identité professionnelle dans

ce nouvel espace socio-sanitaire. De ce fait, les Bajenu Gox ont bénéficié d'une définition claire de leur rôle dans le domaine de la santé maternelle et infantile. La reconnaissance sociale est importante dans le domaine de la santé communautaire, c'est l'un des facteurs clés de la réussite du travail promotionnel qu'effectuent les acteurs communautaires notamment les BG.

Au niveau du personnel de santé: la valorisation

Les BG sont bien appréciées par le personnel de santé (sage-femme et ICP), qui les considèrent comme des acteurs clés participant aux activités promotionnelles des structures de santé. Selon ces derniers, les BG mènent beaucoup d'activités au sein de la communauté facilitant le travail du personnel de santé, mais aussi favorisant une augmentation de la fréquentation des structures de santé par les membres de la communauté.

« ...depuis l'avènement des BG, il y a un indicateur..., c'est vrai que c'est toujours bas mais quand même elles ont joué un rôle très important ; c'est la consultation prénatale, la CPN1. Auparavant les femmes ne venaient pas du tout ou commençaient toujours avec la CPN2 mais depuis l'avènement des BG bien qu'on n'ait pas encore atteint le niveau souhaité mais quand même ça s'améliore ». ICP, Ndande

Selon le personnel de santé, leurs relations avec les BG étaient devenues subitement plus professionnelles. Leurs rapports étaient devenus hiérarchiques au sens positif du terme et les BG plus enclines à exécuter leurs tâches d'actrice de santé du point de vue accompagnement des femmes enceintes, suivi, VAD ; un changement qui avait fait remarquer une fréquentation du postes mêmes de personnes issues de villages éloignées. Ce changement traduit en effet un développement des capacités de persuasion des BG.

« Heu hun. Maintenant je sens leur appui surtout sur les CPN. Il y a une grosse fréquentation du poste sur les CPN. Il y a l'accompagnement de quelques BG; elles accompagnent les patients jusqu'ici pour les CPN, » ICP Kaolack

Les BG sont souvent appuyées par la sage-femme ou l'ICP dans la mise en œuvre et la supervision de leurs activités.

« ...on leur planifie les VAD et de causeries qu'elles doivent faire durant le mois.....pour pouvoir les superviser à tour de rôle. » Sage-femme Diaoulé

Même si le travail des BG dans l'ensemble est bien apprécié par le personnel de santé, comme étant d'un grand apport pour les structures de santé, certaines BG sont jugées comme inactives sur le terrain si l'on en croit à cette sage-femme:

« « Moi je les apprécie beaucoup, mais ce n'est pas tout le monde. Il y a des BG que je ne vois même pas, mais il y a quelques-unes qui sont très dynamiques. » Sage-femme Kaolack

Enfin les relations avec le personnel du poste de santé vues par les BG ont changé du point de vue de ces dernières mais ont surtout mis de la rigueur dans leurs activités. C'est sans doute l'avis d'une BG pour qui

«les discours de l'ICP sont actuellement plus administratifs les relations plus hiérarchiques..., ça nous montre quelque part qu'on fait partie de l'équipe du poste de santé ». (BG Kaolack...)

L'analyse de la perception des BG renseigne que ces dernières sont perçues, dans la communauté dans laquelle elles interviennent, comme des femmes leaders qui sont d'utilité capitale pour l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant. Ce sont des femmes qui, malgré les conditions de travail dès fois difficiles, trouvent des moyens pour mener à bien les tâches qui leur sont assignées. Des changements significatifs de certaines normes de genres sont notés avec une autonomisation de certaines femmes FAR et des filles, une connaissance des droits pour une prise de conscience de l'impact négatif du mariage précoce et forcé des adolescentes. Les BG s'attaquent aux inégalités entre les sexes et aux barrières connexes au niveau du ménage, au communautaire et au niveau institutionnel en adoptant l'approche transformatrice des inégalités du genre fondée sur les droits.

D'autres changements notables sont dus à l'augmentation du taux d'utilisation des services de santé maternelle et infantile sur le site du projet ; à

l'amélioration des connaissances des femmes sur les signes de danger pendant la grossesse ; à l'extension de la couverture vaccinale et nutritionnelle des enfants ; à une meilleure compréhension par les hommes et la communauté des soins prénataux de leurs femmes et à l'acceptation du planning familial ; à l'amélioration de l'utilisation du planning familial par les femmes, à la diminution substantielle des pratiques néfastes à l'égard des adolescentes : grossesses à risques, mutilations génitales; à une baisse des complications obstétriques et de la mortalité maternelle et néonatale etc.

Discussion

Le potentiel sous-estimé de Bajenu Gox pour une transformation spécifique des normes de genre dans les communautés

Les rôles des BG dans la mobilisation sociale et le changement transformateur sont discutés dans cette section en notant les facteurs critiques de ce changement. Certains de ces facteurs sont énumérés comme étant des facteurs de transformation spécifiques au genre ayant un impact systémique sur les services de santé maternelle et infantile, et le rôle des BG en tant qu'agents de changement politique.

i. Identifier les bons objectifs pour assurer l'amélioration de la SMI

Selon Jocelyne Lavoie et Jean Panet-Raymond⁸, "La mobilisation vise à encourager les personnes touchées par un problème social ou partageant les mêmes besoins à s'engager autour d'une action pour résoudre ce problème ou satisfaire ces besoins" (1998 :211 248). L'objectif principal du PBG est de renforcer les indicateurs de SMI au niveau communautaire. Pour atteindre leurs objectifs, les PBG ne se contentent pas de mobiliser les femmes et les enfants, mais ils travaillent avec tous les membres de la communauté et de la famille.

Les promoteurs de santé comme les BG sont essentiels dans les sociétés africaines où les populations ne se rendent pas spontanément dans les centres de santé ou du moins, pas avant l'apparition de symptômes graves et le recours aux techniques traditionnelles et magico-religieuses.

Aller rendre visite aux familles pour encourager la consultation des femmes/filles en âge de procréer et de leurs enfants ne peut être que bénéfique. En outre, les progrès de la santé sont également ralentis par l'inégalité entre les sexes, car les femmes ne prennent pas de décisions, même lorsqu'il s'agit de leur propre santé ou de celle de leurs enfants. Les BG n'interviennent pas seulement auprès des bénéficiaires directs (femmes et enfants) s'ils veulent assurer des changements. Elles interviennent à trois niveaux, qui correspondent à trois catégories d'acteurs: les bénéficiaires directs, les gardiens des obligations morales ou religieuses, et le personnel de santé.

- **Les bénéficiaires directs**

Les bénéficiaires sont des femmes en âge de procréer. Le plus souvent, elles assurent le rôle reproductif au sein du ménage; elles font la cuisine, le ménage, l'éducation des enfants... Parfois, elles ont aussi un rôle communautaire lorsqu'elles sont impliquées dans des associations de femmes, organisent des cérémonies, etc. Les femmes n'ont pas de contrôle sur les décisions relatives à leur santé ou à celle de leurs enfants.

- **Les gardiens des obligations morales ou religieuses**

Les gardiens des obligations morales ou religieuses sont souvent ceux qui prennent les décisions. Dans cette catégorie, on trouve les maris, beaux-pères, belles-mères, chefs religieux, chefs de village... Dans le ménage, les belles-mères jouent le rôle de gardiennes des traditions et sont très influentes, encore plus lorsqu'il s'agit de SMI. Elles influencent les maris et, si les maris sont absents, ce sont elles qui prennent les décisions pour leurs belles-filles et petites-filles. Cette catégorie est donc la plus difficile mais en même temps la plus importante à convaincre.

- **Le personnel de santé**

Une fois que les gardiens des obligations morales ou religieuses sont convaincus, les BG doivent les conduire au personnel de santé, basé dans le centre de santé. Comme les BG sont impliqués dans des activités de santé communautaire, la frontière entre leurs activités et celles du personnel de santé est très mince. La plupart du temps, les bénéficiaires rencontrent d'abord les BG puis se rendent au poste de santé et rencontrent le personnel du poste de

santé. Leur travail est donc complémentaire et leur collaboration est bénéfique. Certains infirmiers chefs sont conscients du bénéfice de cette collaboration et motivent les BG en leur témoignant leur reconnaissance et en les impliquant dans leurs activités. Cette collaboration contribue à rendre le travail des BGs crédible auprès de la communauté, renforce leur partenariat mais aussi les capacités des BGs et contrebalance le manque de rémunération.

Cependant, nous avons observé certains aspects négatifs dans la collaboration. Tout d'abord, le manque de supervision des BG par le personnel de santé. Cela se produit souvent lors de grandes missions sur le terrain comme les campagnes de dépistage. Cela est dû au manque de disponibilité du personnel de santé qui est moins enclin à quitter les centres de santé. Elle révèle un autre problème, à savoir l'écart entre la formation du personnel de santé et celle des BG. Presque tous les BG que nous avons rencontrés ont besoin d'une formation adéquate. Les BGs sont conscients du fait que la formation ou les échanges avec le personnel de santé les aideront à mieux comprendre certaines exigences médicales, à pouvoir répondre à davantage de questions des communautés et à être plus indépendants. Si les BGs ont une meilleure compréhension de ce qu'ils font et pourquoi ils le font, ils pourraient déterminer les enjeux de leurs actions et développer des stratégies plus spécifiques et prioriser leurs missions. Depuis le départ des chefs de projet, les échanges entre le personnel de santé et les BG ont diminué.

ii. Adopter les bonnes stratégies pour assurer l'amélioration de la SMI

Les BG adoptent différentes stratégies pour convaincre et persuader les bénéficiaires et les gardiens des obligations morales. Les BG effectuent des visites à domicile et organisent des entretiens afin de mettre en œuvre ces stratégies. Trois stratégies ont été observées dans les quatre sites d'étude et sont représentées dans la figure ci-dessous.

Lorsque les BG interviennent pour la SMI, ils changent la perception de la communauté quant à la façon de traiter la question. Les bénéficiaires sont souvent pauvres, vulnérables aux maladies et ont tendance à avoir des comportements qui nuisent à leur santé. Dans une certaine mesure, sans avoir

reçu de formation en matière de genre, les BG ont abordé des questions liées aux droits de l'homme, au genre et à la justice sociale par le biais de leurs activités dans les foyers et les centres de santé. Il est important d'être conscient de l'étendue des champs d'action des BG pour apprécier les efforts déployés et les impacts de leurs interventions quotidiennes.

Le rapport sur l'utilisation des services de santé dans la communauté couvre la période de mars à décembre 2019. Il prouve que tous les membres de la communauté sont mobilisés car il y a un changement de comportement chez les hommes et les femmes. On note une meilleure connaissance des soins prénataux à domicile, une augmentation de l'adhésion au planning familial et une réduction conséquente des pratiques néfastes envers les adolescentes (grossesse précoce, mutilations génitales, etc.). Nous avons également observé que les hommes ont une reconnaissance pour le travail des BG dans le domaine de la SMI et, plus largement, sont reconnaissants de leur engagement dans les affaires familiales et les activités des communautés.

"Oui, en ce qui concerne le travail des BG, je pense qu'ils sont utiles dans ce quartier car ils ne sont même pas limités au poste de santé. Vous les voyez dans toutes les autres activités de cette localité. Ils appellent et mobilisent les gens et les encouragent à réagir si quelque chose se passe dans ce quartier". Mari, Parcelles Assainies, Dakar

Selon les stratégies de mobilisation sociale utilisées par les BG et basées sur les travaux de Pederson, Greaves et Poole (2014)⁹, on peut estimer que leur approche de la promotion de la santé se voulait transformatrice. Les BG ont abordé et informé les filles et les femmes sur leurs besoins spécifiques, ce qui correspond à l'étape "Accommoder", dans la figure ci-dessous. Il semble toutefois que les BG aient commencé à intégrer certains aspects de l'approche sexospécifique dans leur travail avec les hommes et les femmes de tous âges afin de les sensibiliser aux inégalités de santé fondées sur le sexe et de modifier leur perception et leur comportement à l'égard des femmes. En outre, certains des changements qu'ils ont obtenus des hommes et des personnes âgées, comme la réduction des mutilations, des mariages et des grossesses précoces, sont très optimistes.

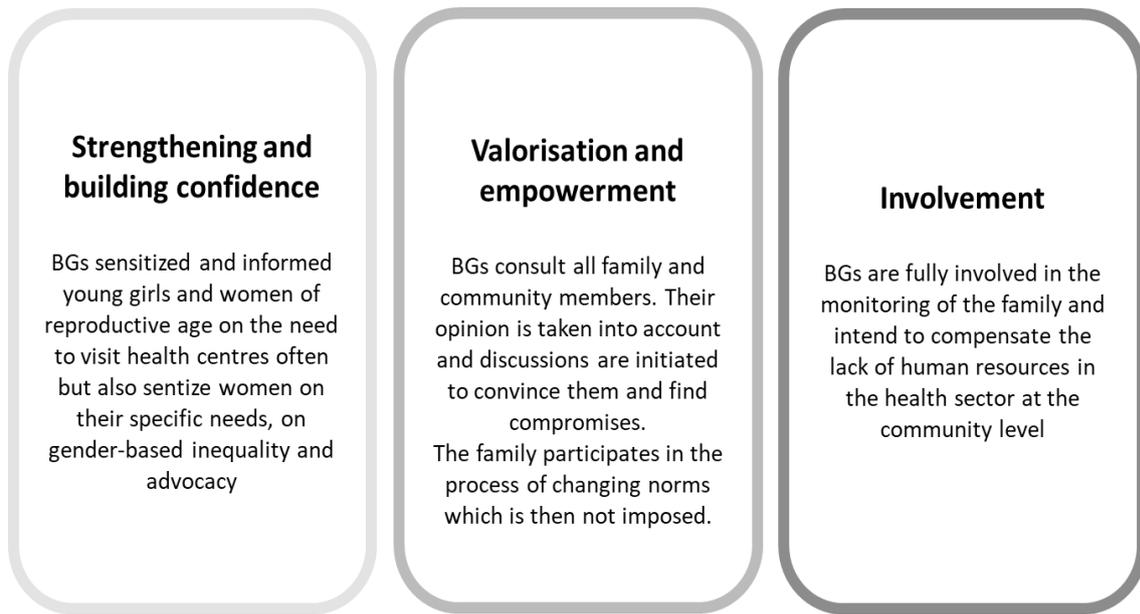


Figure 1: Stratégies de mobilisation sociale observées chez les femmes interrogées

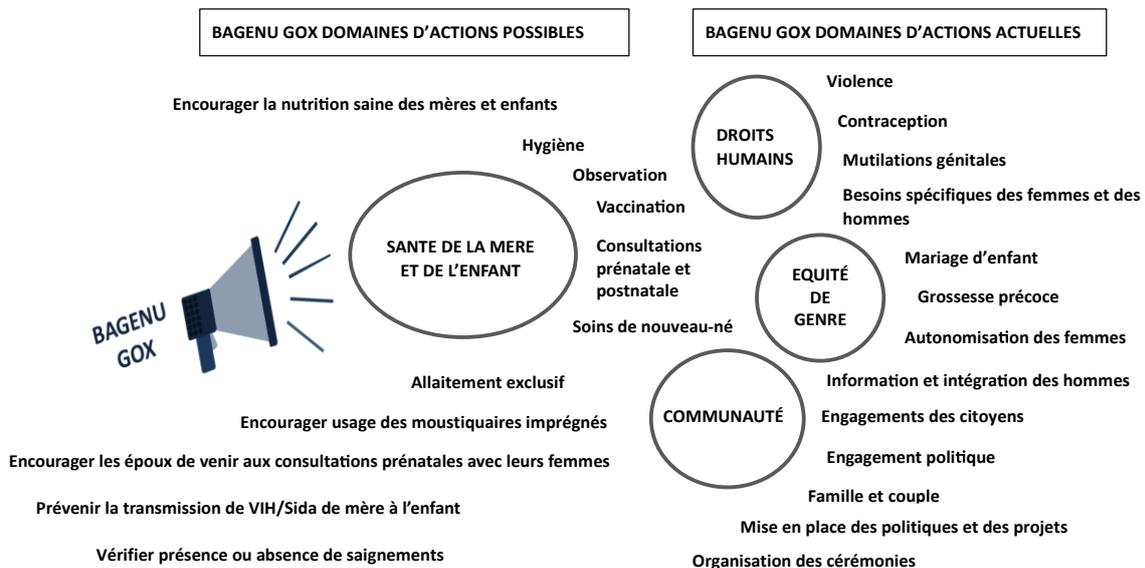


Figure 2: L'étendue réelle des champs d'action du Bajenu Gox. Inspiré de l'article 4 de l'arrêté ministériel sur la création des PBG

Nous pouvons alors affirmer que les AC sont des agents de changement au sein des communautés;
"Certains corps de littérature conceptualisent les AC comme des agents de changement social, fonctionnant comme des intermédiaires

sociaux et culturels à l'interface entre le système de santé et la communauté. En tant qu'agents de changement, ils sont sans doute stratégiquement placés pour faciliter la participation communautaire, stimuler la

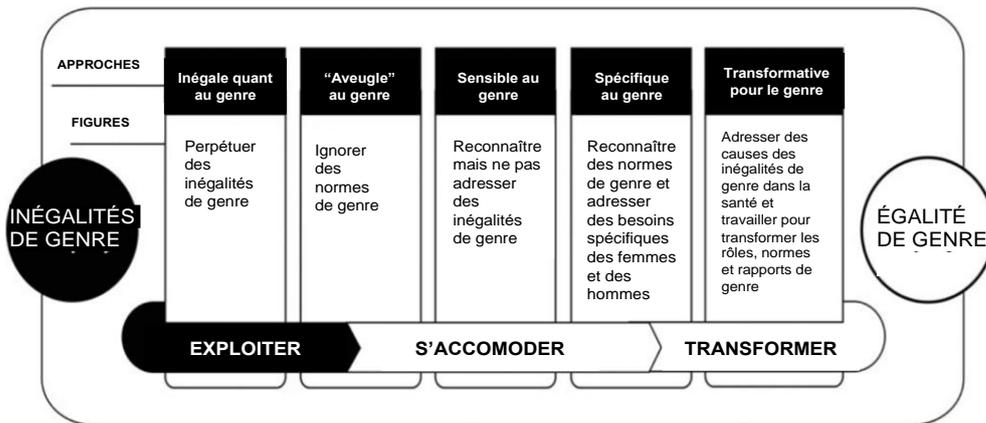


Figure 3: Modélisation du continuum de genre de Pederson, Greaves et Poole dans " Gender-transformative health promotion for women ", 2014

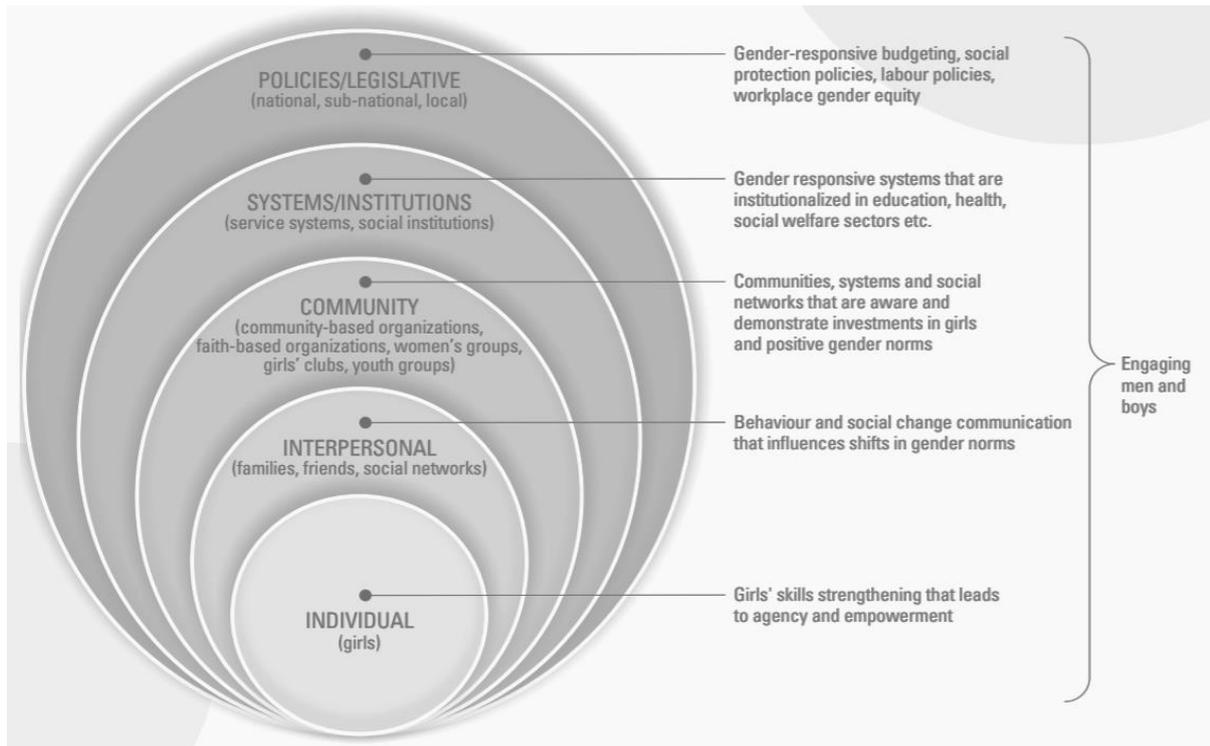


Figure 4 : Le modèle socio-écologique de l'Unicef et les opportunités de programmation transformatrice de genre inspirées par Edström & Shahrokh/Reframing¹² Men and Boys in Policy for Gender Equality (2016)

pensée critique et agir comme un catalyseur de l'action sociale pour traiter les déterminants

sociaux et culturels du mauvais état de santé". (Theobald et al., 2015)¹⁰

Cependant, si les BG parviennent à donner aux femmes en âge de procréer l'accès à leur portefeuille de services et à obtenir une certaine faveur de leur mari et de leur famille, les femmes n'ont toujours pas le contrôle de leur corps et de leurs enfants. Le pouvoir d'action des femmes est encore limité par rapport aux hommes ou aux personnes âgées.

Dans leur "Guide to gender analysis frameworks", March, Smyth et Mukhopdya, (1999)¹¹ ont défini l'"accès" comme la possibilité d'utiliser une ressource et le "contrôle" comme le pouvoir de décider comment une ressource est utilisée et qui y a accès. Les femmes ne prennent pas de décisions et quand il semble qu'elles le font, la plupart du temps: (1) leurs choix sont fortement influencés par les maris et les gardiens de la morale à l'intérieur et à l'extérieur des ménages, (2) leurs initiatives ont été validées/autorisées par les maris ou les gardiens de la morale. À ce niveau, le changement social est appréciable mais ne conduit pas automatiquement à une modification des relations sociales entre les sexes, car le contrôle des décisions ou la division sexuelle du travail n'ont pas été abordés.

En revanche, comme le montre la Figure 2, les impacts des BG sur la transformation des normes de genre n'étaient pas attendus et ne sont pas formellement définis dans leur portefeuille de services. Toutes les BG n'étaient même pas conscientes de leur impact sur la transformation des normes de genre car elles n'étaient pas formées à cette question. Ce n'est que lorsqu'elles ont commencé à participer à des projets et à la mise en œuvre de politiques sensibles au genre que certaines ont été sensibilisées à cette question. L'un des objectifs du CRDI était de réduire les inégalités entre les sexes et de parvenir à une transformation sociale au niveau communautaire, c'est pourquoi nous avons travaillé avec les BG dans ce sens. Si les BG avaient été formées et si leurs activités de transformation du genre avaient été identifiées et encadrées, leurs actions auraient pu être plus significatives.

iii. Intérêt croissant de Bajenu Gox pour les sphères politiques

Le fait que leurs activités en tant que BG fassent l'objet d'un programme gouvernemental donne une

dimension politique au travail des BG. Elles sont désormais conscientes de l'importance de leur rôle pour atteindre les objectifs internationaux et nationaux de développement du secteur de la santé. Leur rôle ne se limite plus à la sensibilisation. Les BG cherchent à intégrer les organes de décision et à échanger avec les autorités locales comme les maires ou les chefs de village. Elles sont conscientes de leur position stratégique et utilisent leur voix pour améliorer à la fois le CMH et la condition des femmes. Les BGs plaident pour l'amélioration de leurs conditions de travail ou pour une meilleure prise en compte de la SMI. Par exemple, certains centres de santé ont pu acheter des équipements grâce à la revendication des BG.

La figure 4 présente le modèle socio-écologique de l'UNICEF représentant les différentes échelles d'actions visant à transformer les normes de genre. Les BG sont déjà liées à des systèmes de services tels que les centres de santé, les hôpitaux et même les écoles (leurs fonctions s'étendant au système scolaire). Et si les BG n'ont pas encore pris en charge les questions de genre au niveau national et/ou plaidé pour des questions politiques plus larges telles que la budgétisation sensible au genre et la planification sensible au genre, entre autres, elles posent des bases solides pour la mobilisation de la base en faveur de l'autonomisation des femmes, qui sont souvent absentes de nombreux discours nationaux sur l'égalité des sexes et les cadres d'inclusion sociale. Le gouvernement national devrait collaborer avec des groupes comme les BG pour rendre les politiques nationales et sectorielles sur les femmes efficaces au niveau de la base. Les politiques nationales traitant des problèmes de santé maternelle et infantile ne peuvent réussir au niveau communautaire que si le gouvernement collabore avec des groupes comme les BG.

Conclusion

Les BG ont notamment contribué de manière significative à l'autonomisation des femmes et à l'accès aux services de santé maternelle et infantile dans leurs différentes communautés. Ils ont ainsi gagné en respect, en crédibilité, en leadership et en importance en tant qu'agents de changement pour un développement transformateur.

L'autonomisation et la motivation des BG sont cruciales au Sénégal où la couverture sanitaire universelle, la mortalité maternelle et infantile ainsi que l'égalité des sexes sont des défis majeurs. L'accès des femmes et des enfants aux soins de santé et le contrôle des femmes sur leurs choix en la matière sont en jeu. Par ailleurs, les activités des BG, et donc leur performance, sont limitées par de nombreux facteurs, parmi lesquels la démotivation, l'absence de formation sur les aspects liés à leurs interventions (santé, genre, droits humains entre autres), le manque de structuration de leur profession, le besoin d'appui du personnel de santé travaillant dans les communautés, l'inexistence de collaboration entre les BG et les agents de santé qualifiés, et des normes sociales et de genre inhibitrices résistantes. L'implication des BG dans notre projet, la formalisation des associations de BG, le financement des AGR sont les principales initiatives prises dans le cadre de notre projet. Nous avons remarqué que les centres de santé sont plus visités par les femmes (surtout celles en âge de procréer), alors que les hommes et les jeunes sont généralement les moins vus par le personnel de santé. Nous avons observé une corrélation entre la performance des BGs et les indicateurs suivants : i) financier (financement des AGR), ii) organisationnel (formalisation des associations de BGs), et iii) le soutien politique reçu par les BGs (par exemple, le soutien direct fourni par le projet du CRDI pour stimuler les objectifs des BGs liés aux OMD/OMD a été une grande source de motivation). Les BG, en tant qu'agents de changement, ont réussi dans une certaine mesure à corriger les normes sociales et de genre qui sont préjudiciables aux femmes et aux filles, entraînant ainsi des changements de comportement chez les hommes et les gardiens (par exemple, les chefs communautaires, les chefs religieux et les personnes âgées) sur des sujets aussi sensibles que la contraception, les mariages/ grossesses précoces ou les mutilations génitales. Cependant, les changements engendrés par les activités des BG dans les différentes communautés devront être soutenus par une action politique continue et par une mobilisation permanente de la base par des groupes similaires aux BG. De même, des recherches complémentaires et des actions/activités de suivi devront être menées. Notamment, comme

les BG ont engendré un processus de changement transformateur, il devient très important qu'ils reçoivent le soutien financier et administratif/politique nécessaire pour un impact positif durable à la base, et au-delà.

Remerciements

La recherche présentée dans cette publication a été soutenue par l'assistance technique et financière de l'Initiative pour l'innovation en santé maternelle et infantile en Afrique (IMCHA) - un partenariat entre Affaires mondiales Canada (AGC), les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) et le Centre de recherches pour le développement international (CRDI) du Canada. Les auteurs tiennent à remercier l'Initiative et Nafissatou Diop, notre chargée de programme, dont les conseils et la disponibilité ont été d'une grande aide dans la réalisation de cette étude.

Les auteurs remercient l'Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS), principalement le Prof. Issiaka Sombié et le Dr Ermel Johnson, pour leurs conseils et avis utiles. Les remerciements les plus chaleureux vont également au Ministère de la Santé et de l'Action Sociale du Sénégal (MSAS), à la Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant (DSME) en particulier au Dr Omar Sarr, au Comité de Santé Communautaire (CS Com), à la Région Médicale de Dakar, aux médecins chefs de district et de région, aux sages-femmes et aux infirmiers des zones d'étude qui ont participé à la recherche, aux comités de pilotage national, régional et local du projet Bajenu Gox, aux ONG et aux partenaires. Les auteurs remercient également toutes les communautés et principalement les femmes de Bajenu Gox qui ont participé à la recherche.

Intérêts divergents

Les auteurs déclarent qu'ils n'ont aucune relation financière ou personnelle qui pourrait les influencer de manière inappropriée dans la rédaction de cet article.

Contribution des auteurs

Les auteurs (Fatou Kébé, Sagar Gassama Ndiaye, Mbarka Ndaw Saidou Konté Fatou Diouf,

Mouhamadou Bamba Faye, Mamadou Sakho) sous la supervision de (Rosalie Aduayi Diop Oumar Mallé Samb , Samba Cor Sarr , Omar Sarr , Cheikh Tidiane Athie), ont conçu l'étude, développé les outils de collecte de données, collecté et analysé les données et présenté les résultats et présenté les résultats aux responsables de la santé et des communautés. Tous les auteurs ont participé à la rédaction et à la lecture, et tous ont approuvé la version finale du manuscrit.

Références

- Gilmore B and McAuliffe E. Effectiveness of community health workers delivering preventive interventions for maternal and child health in low- and middle-income countries: a systematic review. *BMC Public Health*. 2013; 13, 847.
- République du Sénégal, Programme Bajenu Gox : *Une porte d'entrée pour soutenir une approche communautaire intégrée visant la santé de la mère et de l'enfant : analyse situationnelle de la capacité d'agir de la Bajenu Gox dans sa zone d'intervention*, Mars 2015.
- République du Sénégal, Plan de Développement Sanitaire (PNDS), 2009-2018 Direction de la Santé ; Division de la Santé la Reproduction 2010.
- République du Sénégal, Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD) Enquête Démographique et de Santé Continue (EDS-Continue) Dakar, Sénégal, 2005 .
- République du Sénégal, Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD) Enquête Démographique et de Santé Continue (EDS-Continue) Dakar, Sénégal, 2015.
- Moser C. *Gender Planning and Development Theory, Practice and Training*, Routledge, London and New York. 1993.
- Moser C. "Gender planning in the third world: Meeting practical and strategic gender needs". *World Development*. 1989.
- Lavoie J and Panet-Raymond J, *La pratique de l'action communautaire*, Ebook (e Pub), Presse de l'Université du Québec 2014.
- Pederson A., Greaves L and Poole N. "Gender-transformative health promotion for women: a framework for action", *Health Promotion International*, Vol. 30 N°1, 2014.
- Theobald S , MacPherson E, McCollum R and Tolhurst R. Proche des prestataires de santé communautaires après 2015: réaliser leur rôle dans des systèmes de santé réactifs et s'attaquer aux déterminants sociaux de la santé sexospécifiques, 8 décembre 2015; 9 (Suppl. 10): S8.doi: 10.1186 / 1753-6561-9-S10-S8. Collection 2015.
- March S and Mukhopdya A. *Guide to gender analysis frameworks*. Oxfam Publication. 1999.
- Edström and Shahrokh. *Reframing Men and Boys in Policy for Gender Equality: Conceptual Guidance and an Agenda for Change*. - EMERGE Framing Paper, Promundo-US, Sonke Gender Justice and the Institute of Development Studies, Brighton: IDS. 2016.

ORIGINAL RESEARCH ARTICLE

The Bajenu Gox as social mobilization and social norms transformation agents in maternal, child and youth health in Senegal

DOI: 10.29063/ajrh2021/v25i3s.11

Rosalie Aduayi Diop¹ * Fatou Kébé Gassama², Samba Cor Sarr³, Cheikh Tidiane Athie⁴, Mbarka Ndaw⁵, Sagar Gassama Ndiaye⁶

Principal Researcher, Lecturer at the Institute of Population, Development and Reproductive Health, Cheikh Anta Diop University, Dakar IPDSR/UCAD¹, In charge of monitoring the processes of the NGO ACDEV², Coordinating Research Associate Ministry of Health and Social Action (MSAS)³, Intervention Data Manager, NGO ACDEV⁴, Social Communication Officer NGO ACDEV⁵, Focal Point Bajenu Gox Directorate of Maternal and Child Health (DSME)⁶

*For Correspondence: Email: rosalie.diop@ucad.edu.sn; Phone: 221 775247391

Abstract

Maternal and new-born mortality remains the greatest existing disparity in health between low-income and high-income countries. To achieve improvement in maternal and child health, it is important to consider cultural and gender dimensions. We studied the role of Bajenu Gox women (BGs) in reducing maternal and child mortality through social mobilization and social transformation in Senegal. Quantitative and qualitative data on gender and health were collected in Dakar, Louga, Fatick and Kaolack, at the individual, family, community and institutional levels using semi-structured interviews, focus groups and community dialogues based on a participatory and inclusive approach. Data were collected from authorities and professionals working in the health sector (head nurses, midwives, Health Committee (CS), and family and community members who are directly concerned or have authority on the patient (pregnant women, breastfeeding women, children and adolescents, mothers and father's in-law, husbands, imams, priests). Results of our research showed that BGs intervene at three levels - beneficiaries, custodians of habits and customs or decisions, and custodians of moral obligations or decisions. The BGs contribute in the improvement of the main health outcomes, in particular: antenatal care, postnatal care for mothers and their children. Plus, many women and girls are now being referred to the appropriate structures for ante-and post-natal visits, family planning, etc. In conclusion, BGs have developed efficient methods of social mobilization to promote MCH, and BGs are potential social and gender norms' transforming agents. (*Afr J Reprod Health 2021; 25[3s]: 123-138*).

Keywords: Bajenu Gox, Community health workers, Gender, MNCH

Résumé

La mortalité maternelle et néonatale reste la plus grande disparité en matière de santé entre les pays à faible revenu et ceux à revenu élevé. Pour parvenir à améliorer la santé maternelle et infantile, il est important de prendre en compte les dimensions culturelles et de genre. Nous avons étudié le rôle des Bajenu Gox (BGs) dans la réduction de la mortalité maternelle et infantile par la mobilisation sociale et la transformation sociale au Sénégal. Des données quantitatives et qualitatives sur le genre et la santé ont été collectées à Dakar, Louga, Fatick et Kaolack, aux niveaux individuel, familial, communautaire et institutionnel selon une approche participative et inclusive. Les données ont été collectées auprès des autorités et des professionnels de santé (infirmiers en chef, sages-femmes), des familles et de la communauté (femmes enceintes, femmes allaitantes, enfants et adolescents, beaux-pères et belles-mères, maris, imams, prêtres,). Les résultats ont montré que les BG interviennent à trois niveaux : les bénéficiaires, les gardiens des us et coutumes ou des décisions, et les gardiens des obligations morales ou des décisions. Les BG ont amélioré les indicateurs de santé. De nombreux femmes, enfants et jeunes filles sont maintenant référés aux structures appropriées pour les soins prénataux et postnataux, le planning familial, la vaccination. En conclusion, les BG ont développé des méthodes efficaces de mobilisation sociale pour promouvoir la SMNI. Les BG sont des agents potentiels de transformation des normes sociales et de genre. (*Afr J Reprod Health 2021; 25[3s]: 123-138*).

Mots-clés: Bajenu Gox, Travailleurs de la santé communautaire, Genre, SMNI

Introduction

Maternal and new-born mortality is the greatest existing disparity between low-income and high-income countries in health sector. Women play a

crucial role in the health sector at the community level in Senegal, and especially in reproductive health. "Community Health Workers are greatly involved in both low- and middle-income countries and may be an important tool in reducing maternal

and child mortality” (Guilmore, McAuliffe, 2013)¹. In Senegal, Bajenu Gox (BGs) are traditional influential Godmothers in charge of Maternal and Child Health (MCH) promotion at the community level. Their contribution to MCH improvement have led to the institution of a government program, the BG Programme (PBG)², in 2009. This program, mainly dedicated to the promotion of women's leadership, operates in the fourteen regions of Senegal with the objective of increasing the use of health services by children from 0 to 5 years old and by women before, during and after pregnancy. The originality and relevance of BGs' actions underline its inclusion in the National Health Development Plan (PNDS-II)³ of Senegal where Community Health Workers' (CHW) support is a priority objective. They participate actively in community development through social mobilisation mainly for MHC but also for human rights and gender equity.

The maternal mortality rate is an important measure of human and social development. It is a revealing indicator of the status of women and in particular of women's access to health care and the consideration of their needs by the health system. It informs us about the risks associated with pregnancy and childbirth. It also informs women's health in general and indirectly about their socio-economic status.

In Senegal, despite significant progress in Maternal, Neonatal and Infant and Adolescent Health (MNIAH), there is an above average rate with 402 maternal deaths per 100,000 live births (EDS continue, 2005)⁴.

On the other hand, the marginalization of women in decision-making processes continues, even in resolutions related to their health and that of their children. This marginalization which has negative effects on health in the area of MNIAH tends to increase the level of poverty of low-income households, hampering the ability of low-income countries to achieve the Sustainable Development Goal (SDGs). This interventional research project seeks to support the Senegalese government to achieve SDGs for good health and gender equality and equity by assessing and improving the PBG action and thus BGs activities.

The objective of this study is to examine how BGs activities have influenced gender norms in the targeted communities and have contributed to the improvement of the MCH promotion.

Methods

Scope of the study

The choice of the sites was made from a participatory and collaborative way, and the intervention was coordinated by Regional Chief Physicians or District Chief Physicians throughout the duration of the project. The selected districts are located in the regions of Dakar, Fatick, Louga, and Kaolack. The research strategy used is that of case studies. Thus, 4 cases were selected in 4 peri-urban and rural areas located in the regions of Dakar, Louga, Fatick and Kaolack, namely Parcelles Assainies Unité 4 (Dakar), NDande (Louga), Diaoulé (Fatick) and Abattoirs Ndagane (Kaolack). And each of the cases represented a PBG implementation site coinciding with the coverage area of a health post in a Health District

The selection of the 4 sites has been made through a purposeful sampling by drawing from the batch of health posts working with the NGO 'Action and Development' (ACDEV), which is responsible for implementing the research project's interventions, in close collaboration with the District Medical Officer. In addition, the selection has taken into consideration the diversity aspect of cases in terms of urbanisation, access to health services, maternal mortality rate, degree of effectiveness of the PBG, state of functionality of the Health Committee (HC), level of isolation of the sites, presence of dynamic community networks and of support for Community Development Projects or lack thereof.

Parcelles Assainies Unité 4 Health Center is located in Golf-Sud administrative Sub-district, in the District of Guediawaye, in the Region of Dakar, the capital city of Senegal. It polarizes the following boroughs or zones Unité 3, Unité 5, Unité 4, Unité 1 and part of Cambérène 1. The Golf-Sud sub-district is the most populated town in the District of Guédiawaye with a population of 98,041 inhabitants (ANSD 2015)⁵.

Diaoulé Health Center is located in the Fatick District, in the Fatick region. The Fatick region is located in central western Senegal with a population of 761,710 inhabitants in 2015 (ANSD, 2015). Diaoulé commune, located in the district of Ndiob, has, alone, 13,421 inhabitants.

Ndagane Abattoir Health Center is located in the District of Kaolack in the Kaolack region. The region of Kaolack has a Sudano-Sahelian climate.

The population of Ndangane is 22949 19. Temperatures are very high for most of the year **Ndande Health Center** is located in the District of Kébémér in the region of Louga. Ndande is the main city of both the sub-district and the Municipality of Ndande. The Ndande Municipality has a population of 25,351 inhabitants, which represents a large portion of the 86,595 inhabitants of the whole sub-district of Ndande (ANSD, 2015).

Population of study

The approach of this intervention research is based on the principle of research-action. It is inclusive, iterative and participatory, with the involvement of the various stakeholders who are BGs, health post staff members, families, community actors, local authorities and representatives of NGOs operating in the locality. All these actors were involved throughout the process of the study, from its inception and implementation to the intervention.

Research framework

This study, which is based on building of initiatives for innovative behavior changes, with the collection of monthly routine data for monitoring, observing and reporting on the BG's intervention, seeks to allow communities and decision-makers to take advantage of the research findings in their respective endeavors.

Type of study

Quantitative study

The study sample consists of a representative selection of villages and city districts (cluster sampling). The strategy of this intervention study was based on four (4) pilot sites (villages or districts) distributed in both urban and rural areas, taking into account the various rates of maternal mortality in each location. In rural areas, the site refers to the area covered by a BG, in other words it represents a central village and its polarized villages.

Overall, the quantitative survey covered (n=63) Bgs, including all active BGs involved in the project. Depending on the area of intervention, the number of BGs interviewed varied. The maximum of the BGs participants was located (n=19) in Kaolack and a minimum (n=13) in Fatick.

- **Data Collection Methodology**

Based on a questionnaire designed to collect data from the BGs, an input mask was designed on the Stata software to facilitate data entry. Thus, the 63 questionnaires from the field were entered on Word before the database was exported to Stata. Then, after the cleansing and verification of the database, statistical processing and analyses were conducted using the same software (Stata). We started with the study of health registers, documentary films, and community dialogues.

- **Data Analysis Methodology**

Data analysis utilized descriptive statistics (use of frequency distributions and percentages) supplemented by a few cross-tabulations of specified variables so as to examine variations caused by socio-demographic parameters.

Qualitative study

The qualitative survey allowed for a total of (n=40) semi-structured interviews more in Kaolack and less in Fatick, including (n=8) discussions with health personnel (head nurse and midwife), (n=8) families (elderly and mothers-in-law/fathers-in-law), (n=8) women of reproductive age, (n=8) BGs and (n=8) young people in the community. In addition, there were 12 focus groups and 8 community dialogues.

- **Data collection methodology**

Using qualitative data collection techniques (semi-structured interviews (SSI) and group interviews (FGDs), further in-depth data were collected to provide more insights on the leadership actions of the BG, on what the communities think about the BG leadership, on the conditions that foster leadership actions among the BGs and the constraints they face. Other sources of data collection include: multi-stakeholder community dialogue with institutional stakeholders, community actors, research teams and decision-makers and collection of current data from health post registers.

- **Data analysis methodology**

The material collected in the form of observations made by participants and individuals as well as group interviews (FGDs) was recorded, entered and exported to NVIVO and QDA miner. A coding grid was designed, which allowed us to encode all the collected data. Then, after the encoding phase, we made requests using the same software (NVIVO and QDA miner) in order to facilitate the analysis.

The process of analyzing this material is neither different nor remote from the classical type of thematic content analysis. We started with the issues that could allow us to answer our research questions relating to the central themes of the project: the agency and the role played by BGs; the quality of MCH services, sectoral and inter-sectoral collaboration and community dynamics.

Methodological triangulation

To achieve our objectives, we implemented a case study and ethnographic survey based on various data sampling and collection techniques. These additional techniques were utilized to obtain a general overview of the situation. The integration of various sources ensures the cumulativeness of information and data validity through triangulation.

Theoretical framework

Using a gender analysis framework, the study explores the role of GBs in social and community mobilization and more specifically in mobilization around maternal and reproductive health, including the latter's contribution to the social reproduction of the sexual division of labor. In specific terms, the study uses a number of gender analytical frameworks (theories) including - gender and the theory of change and social transformation constructed by Harvard Gender Analytical Model and Carolyne Moser's Practical and Strategic Gender Needs/Interests model⁶. Specifically, the research draws on the gender mainstreaming framework⁷ to explore the extent to which the activities carried out by the BGs in the respective communities take into account gender norms and behaviors. Project activities were examined from a gender perspective, exploring how well and to what degree the various communities put credence on gender related concerns for health care and outcomes. Importantly, a central answer is how are the actions of the BG linked to social change and/or gender transformation.

Results

Bajenu Gox socio-demographic and economic characteristics

The socio-economic characteristics of selected respondents using these various qualitative techniques are presented in this section. The

members of the BG associations in the surveyed areas is made up of a cosmopolitan group with diversified trajectories and operating at different levels and with different realities. Therefore, it is important to point out that in accordance with the qualitative approach and the structuring of the sample, the data is presented by zone and by BG generation.

Individual profile of Bajenu Gox

Ordinarily, the profile of BG membership remains rather complex and sometimes difficult to enumerate because membership and social engagements do not follow a particular social order. However, the various modes of data collection made it possible to present information on their socio-demographic characteristics such as age, marital status, level of education, gender parity, employment situation and intrinsic motivations (see Table 1).

With regard to age, the result shows an overall predominance of the 50-60 age group with a strength of 21, i.e., one third of the sample population (see Table 1). The next age groups are respectively 40-50 years old (16) and under 40 (14). There are 12 BGs over 60 years old, which is the minimum observed. Of course, depending on the area of intervention (urban, semi-urban/rural/), some differences are noted. It is nowadays difficult to set the upper or lower age limit for being a BG. In fact, we have noticed a progressive entry of more and more young women.

The marital status of BGs is an important variable in this study given the work expected of them. Overall, as shown in Table 1, a large proportion of the BGs are in a polygamous household, for example, out of the 63 BGs surveyed, 27 are in polygamous unions, while 23 are in monogamous marriages. While polygamy remains a predominant feature in urban, semi-urban/rural/ settings including Kaolack, Fatick and Louga; this is not the case in Dakar (urban area) where monogamous BG women are in the majority (9/17). Similarly, monogamy is also observed among the younger women (40-50 age group). There are 3 single women and 10 widows. No divorced women were found among the BGs interviewed.

Majority of the BGs (47.6% of 63) have secondary school education, with only 9 (14.2%) of

Table 1: Distribution of the Respondents by Socio-Demographic Characteristics

Variables	Frequency Urban Area	Semi-urban/Rural	Total
>40 years	9	5	63
40-50 years	6	10	
50-60 years	12	9	
<60 years	9	3	
Marital Status	Frequency Urban Area	Semi-urban/Rural	Total
Monogamous	14	9	63
Polygamous	12	15	
Single	3	0	
Widow	7	3	
Level of Education	Frequency Urban Area	Semi-urban/Rural	Total
No formal Education	2	7	63
Literate	0	5	
Primary	7	10	
Secondary	25	5	
Higher Education	2	0	
Area of Intervention			
Urban Area	36		63
Semi-urban/Rural	27		

Source: PBG Study, 2019

Table 2: Perceptions of Nurse Supervisors

Interviews with health personnel reveal that BGs are involved in the functioning of the health system:	They go into the field to see health problems and report to the ICP or the midwife;
	They go to the houses to check whether pregnant women comply with their ANC or not;
	They make sure that sick women take their medication correctly;
	They go out looking for patients who no longer turn up for care;
	They are the intermediaries between the health post and the community.

Source: collect PBG, 2019

the BGs having no formal education. With regard to the intervention zone, there were more educated women with secondary education in the urban areas (Kaolack and Dakar), unlike in the semi-urban/rural areas (Fatick and Louga) where primary level recorded the highest. Notably, the younger females (those under 50 years), are the most educated.

At least 28 women (44.4%) reported having over 6 or more children. The BGs who have less than 3 children are 14 in number and they are the youngest who have just got married. Also, the average age of the last child reported by the respondents (the BGs) is 12.6 years. Depending on the area of intervention, the results are differentiated. The results vary with a maximum observed in Dakar (19 years) and a minimum in Fatick (6.6 years).

With regard to the economic situation, the results show that a significant proportion of women in BGs are economically of the average level. None

of the BGs observed has a relatively high or rich standard of living (living and housing conditions). Data on economic activities show that many (68.3%) of the BGs (43 out of 63) are engaged in trading in the informal sector. There are 4 matrons, while 5 reported as nurses. At least 11 of the 63 BGs are engaged in multiple economic activities.

Problems related to gender dimension of health

In the areas surveyed, the mortality rate is still high among mothers and children aged 0 to 5 years. This is largely due to gender considerations and the violation of the rights of women/girls. According to our observations, inequalities between men or other "power holders" persist and are strongly linked to women's reproductive health. They are characterized by the precarious living conditions of most women and girls of reproductive age; their lack of empowerment and decision making; lack of

use of contraceptive methods; lack of HIV/AIDS or cervical screening; lack of immunization management and ante and post-natal visits. All this is due to the socio-historical, socio-cultural, socio-economic, geographical and political considerations that influence the modes of reception and acceptability of the various preventive and care methods offered.

Concerning the use of family planning services, most women of childbearing age encountered during the situational analysis have unmet need for family planning; the difference is of course greater in rural areas where traditional socio-cultural norms are still alive. This is because, in most health posts, the infrastructure and technical facilities are not fully appropriate and some providers are not so well qualified to facilitate prevention, reception and care for women and girls who wish to use contraception. We also observed unavailability of all the contraceptive ranges to enable women to make choices. This is why some women surveyed suggested to the health authorities to make available modern and diversified contraceptive products, and to provide the district and health posts with a functional operating with a gynecologist. They also suggested that awareness raising should be intensified in order to make the population, especially heads of households, more conscious of the benefits of family planning.

Many of the women and even husbands we met were afraid of the undesirable side effects of family planning. Others declined it for religious reasons due to rumors and for fear of divine punishment. Many women are also prohibited from using family planning (FP) because the husbands or families of the husband and sometimes the wives themselves wish to have several children. Some women claim that they had their husbands' permission when they last used modern contraception. Otherwise, they might go through real pressure and threats of dismissal or divorce; as these verbatim statements make clear:

We don't dare to do anything without our husbands' consent, especially in the area of family planning ...In our village, it is difficult to practice contraception because men do not adhere. Please come and sensitize the population, especially heads of households and religious leaders on the benefits of

modern contraceptive methods in order to get them to adhere to modern contraception (Female FAR Ndande).

So, for the most part the decision-making power is held by the husband in the family. No less important is the rivalry between co-wives. Because of inheritance problems, some women are obliged to have unwanted pregnancies.

Women and girls in the communities who participated in the study, are confronted with multidimensional violence (sexual, physical, cultural, symbolic and psychological). Many young unmarried girls/adolescents are sexually active but do not dare to take contraception. Some are confronted with hurtful and harmful traditional practices such as rape, incest, early marriage and early motherhood, which have a huge negative impact on their health along with increasing their economic, social, psychological and cultural vulnerability. Indeed, even if we did not notice infanticide during our stay, these forms of violence very often amounted to infanticide. In some surveyed areas, early marriages and in early pregnancies are still imposed as well as female genital mutilation. In addition, we have observed other forms of violence such as family and community conflicts exacerbated by issues of disobedience, punishment, jealousy, rivalry and violence against women, exclusion of the most vulnerable such as people with disabilities, etc. Such violence was most evident in the private or domestic reproductive sphere and illustrates the relationship between reproductive health and the rights of women and girls and the effects of their subordinate position in society.

These major social and community health problems have always fostered critical awareness among women as community leaders but even more so as chosen BGs. Awareness of the problems affecting the community, especially in terms of health, is the reason for the involvement of BGs in all the sites. It is a matter of social responsibility for BGs to participate in solving the health problems of and in their community. In a nutshell, this explains their strong dedication and willingness to take part of the improvement of the mother and child health. The project's intervention was cited as a determining factor in the BGs' willingness to act in the four sites, which has a positive impact on individual awareness of the community's health problems.

Yes, I have a social responsibility in solving the health problems of the population because sometimes when some women want to come to the health post and they don't have the means, I can help them, if I have the means, I give them, if not I take them to the health post so that they can be taken care of and then we look for the means to pay. So, I have social responsibilities, even when a couple or neighbors have problems, we are called upon to settle the conflict. We even go beyond our work, we are at the heart of their family and their intimate life, (EBG1-Diaoue).

The intervention of the project has an impact on our willingness to act for the community because the project has motivated me a lot to go out to my community more and to be the EBG2-Abattoir intermediary between the project and the health post. The project has increased my knowledge and my relationship with my community, ...We would like to bring the community, the health staff and everyone together to explain to them all the project does for us before we say goodbye, (EBG2-Abattoir),

Assessment of BGs interventions and observable changes

The approach used is based on the exploitation of traditional values of community self-help, including “sponsorship” by BGs. The results revealed that the BGs are mobilized through the orientation of women, husbands and other key people in the community around immunization, ante - and post-natal visits, screening, family planning, hygiene, prevention of childhood illnesses, harmful traditional practices, etc. According to our observations, BGs intervene at three levels, targeting three (3) categories of social actors, i.e., beneficiaries, custodians of habits and customs or decisions, and custodians of moral obligations or decisions.

Taking each social category into account, BG identified and used specific intervention strategies in an intelligent and dynamic manner to influence behavior based on gender norms. With regard to the beneficiaries, BGs used both an accommodating and an empowering and confidence building approach to enable women to use health services.

As regards to the custodians of moral obligations or decisions, BGs encourage men and women to change gender norms regarding communication and decision-making within the couple by including them in all awareness-raising activities, as well as family members, the custodians of cultural values. As unavoidable partners, they should be all committed in the empowerment and the promotion of the change of norms. This approach, both encouraging and accommodating has enabled some men and mothers-in-law to let women and girls take contraceptive methods, say no to harmful practices, etc. Finally for the main custodians of habits and customs, i.e., the decision-makers, the approach is rather transformational because they have contributed in some way to the “social promotion of BGs by agreeing to cooperate with them. In this way, it overcomes systemic barriers, especially in terms of human resources, and the emphasis of a respectful and suitable quality of care.

The BGs have improved the main health outcomes, in particular: antenatal care, postnatal care for mothers and their children. According to qualitative indicators, many women and girls are now being referred to the appropriate structures for ante- and post-natal visits, family planning, etc.

From the professional point of view, the first observable change in the practice of BGs is in the area of family support, cooperation at the community level and the empowerment of the BGs by the health personnel in the eyes of the community and families

Support from families

Overall, BGs families interviewed for this study have a good assessment of the importance and quality of the services offered by BGs to the community. The importance of the “Bajenu Gox's” missions of assistance, support, mediation, etc. within the community was noted by the majority of the participants. According to them, these women contribute significantly to the family well-being. This is confirmed in the following statement:

She takes care of her family. She is also interested in all matters of hygiene. She does everything she can to help people with their health issues. She is always at the service of people and listens to their concerns. No one can give everything to their neighbors, but

responding to their concerns with the means at your disposal is something to be welcomed. Concerning malaria too, she works with the population to make them aware of the hygiene to adopt to prevent the disease. Every time she sees someone who is suffering, she brings them directly to the hospital, even yesterday my child's body was hot, she saw him and brought him immediately to the hospital. She bought the prescriptions and asked me to give him the medicine. And what she does is not only for her family, she does it for everyone... (Bajenu Gox family, Dakar).

I appreciate her work very much. I'm her husband and sometimes in the middle of the night they call her for a case and if she goes there, she can solve the problem. You know here the parents have a certain mentality; for example, if the girl is pregnant out of wedlock it can cause a lot of problems in the family and she always plays a mediating role to find a solution to this problem. I see that she likes her job, because she monitors the women on their immunization schedule. There are also women who come to her on their appointment dates because they can't read. I see that they do important work. (A BG's husband, Ndande)

Although BGs appreciate their work, their family members also recognize the importance of their mission to the people. However, a certain number of difficulties were also noted, including difficulties related to the time devoted to their work (a difficulty that came up more often in several discussions). In fact, the interviewees stressed that the BGs, even as mothers, spend most of their time helping and assisting community members, sometimes to the detriment of their own families.

Ah she doesn't rest; she's always listening to people. She can go a whole day without eating at home, she is always at the service of the people. Frankly, whether it is day or night, every time someone asks her for help, she leaves everything behind to solve these problems. (BG Family Dakar)

Sometimes, there are misunderstandings between BGs and community members. Two BG families stated:

The day before yesterday she was having arguments with a woman who disrespected her in her work. They work together but you if a young girl works with a woman who is of her mother's age the best thing is to understand her and have some respect for her but not to shout. That's the only concern I see in her work, the fact that she's working with a young woman who doesn't respect her. But she likes her work. (BG Family Kaolack)

Yes, there is no shortage of them, there is a case I attended to myself, the woman was due to give birth and when she brought her to the hospital, the midwife asked her to take her home until the next day and the woman's sister started causing trouble, saying that she, as her sister was the one who should bring her to the hospital and not the Bajene (Bajenu Gox) when she didn't know that the Bajene (Bajenu Gox) was closer to the woman throughout her pregnancy. Sometimes she hears unpleasant words when she is just doing her job and she just wants to help her community (BG Family Ndande).

In addition, thanks to the income-generating activities (IGAs) that they develop, some BGs manage to be financially autonomous. This financial autonomy allows them to help their families and community and thus improve their self-esteem and respect. In fact, being perceived as a form of payment for their services to the community, the IGAs have first of all improved the BGs' relations with certain members of their families and are making up for their absence. A BG respondent acknowledged:

In this sense, family members became more tolerant of the BGs' movements and some BGs admit that they have sometimes had their co-wives supervise or carry out on their behalf household activities such as cooking in response to an emergency involving escorting women in an advanced state of pregnancy to a health facility (BG Dakar...)

At the community level: acceptance and cooperation

The results of the research show that almost all the services offered by the BGs are known to both the

women of reproductive age (FAR) and the men in the community. In the opinion of the latter, the BG was identified as the one who provides guidance and advice to FARs on maternal and child health (MCH) and to young ladies on health issues, the one who is considered the paternal aunt (influential person in the family), who is often called upon to solve family problems and is active in the development of their community.

...Yes, I see them with the young people. They raise their awareness; I saw it one day and it is an act that has made me much more aware. I saw them with young people and they were sensitizing them on issues related to the age of puberty, young people who didn't know much. They were asking them to follow the right path, to keep their dignity, to follow the path set out by their parents; "BGs" really made a big impression on me (FAR, Dakar)

The BG is an adult who is in the neighborhood where anyone who has a health concern goes to her; she guides you or when you are pregnant, she gives you advice, she tells you what you should and shouldn't do (FAR Ndande),

The BG's work is to take care of the children and the women in the neighborhood by looking after their health; she also helps poor families. She takes care of children and women of child-bearing age. She contributes to the smooth running of the neighborhood (FAR Kaolack).

It should be noted that the BGs have a certain notoriety in the community and are often considered as "mothers" by the FARs, which means that they are listened to and trusted. As for the BGs, the populations are more attentive to their awareness messages and more open to their visits. However, the BGs mentioned that these changes were more observable among women even though men or heads of households are beginning to pay more attention to their awareness messages on topics such as maternal and child health, malnutrition, prenatal consultation (PNC) and postnatal consultation. The work of the BGs is of crucial importance for family well-being according

to most of the people interviewed for this study. They mainly appreciate the quality of the BGs' services. They declare having confidence in them and confirm the BGs' availability and their ability to always be ready to serve their community in case of need. A few interviewees explain this in the following terms:

Yes, they are available because they respond to everyone who approaches them, they guide them to satisfaction (FAR Ndande).

Most of the time, when you call them before you come, they will come to you. They are present, when you have worries, they are the ones who redirect you, to say the truth, "zero mistake" for them (Far Dakar).

"...Ah of course because the "bajene" (Bajenu Gox) know how to keep the secrets of the patients and you have to have this quality to be a "bajene" (Far ndande)

...Yes, we trust "AA²" really because she is reserved, everything you tell her, you're never going to hear it from another person. We really trust her along these lines, she is a trustworthy woman who never discloses people's secrets (Far Diaoule).

They work as volunteers to meet the needs of the population; in addition, they are involved (Man in Ndande)

... in everything that happens in their local communities. They face difficulties in this context and they work night and day. Their work is hard but it is noble work (Man in Dakar).

In short, we could be concerned about someone who has no medical training, who is involved in the health care system. Faced with this challenge of a quest for social legitimacy in a field that is not necessarily within everyone's reach, BGs rely on the missions assigned to them to build a professional identity in this new socio-sanitary space. As a result, the *Bajenu Gox* have benefited from a clear definition of their role in the field of maternal and child health. Social recognition is important in the field of community health and is one of the key factors in the success of the positive or important work carried out by community actors, particularly BGs.

At the level of the health workforce: value

BGs are well appreciated by the health staff (midwives and Nurse Supervisors), who consider them as key actors participating in the promotional activities of health sector. According to them, BGs carry out many activities within the community that facilitate the work of health staff, but also promote increased attendance and use of health facilities by community members.

...since the advent of BGs, there is one indicator..., it's true that it's always low but they have played a very important role; it's ante-natal care, prenatal consultation (1). Previously women didn't come at all or always started with prenatal consultation (2), but since the advent of BGs, although we haven't yet reached the desired level, it's getting better (Nurse Supervisors, Ndande).

According to the health staff, their relationship with BGs have suddenly become more professional and hierarchical in a positive sense and BGs were more inclined to perform their tasks as health actors from supporting/escorting pregnant women, to monitoring and VAD. As a result, there is more attendance of health posts even by people from remote villages. This change reflects a development in the BGs' persuasive capacities.

Heu hun. Now I feel their support especially on the prenatal consultation. There's a lot of people coming to the post for the prenatal consultation. There is support from some BGs; they escort patients to the prenatal consultation (Nurse Supervisors Kaolack)

BGs are often supported by the midwife or Nurse Supervisors in the implementation and supervision of their activities.

...they are scheduled for the home visit and talks they need to do during the month.....so that they can take turns supervising them (Midwife Diaoulé).

Even if the work of the BGs on the whole is well appreciated by the health staff as being of great value to the health structures, some BGs are judged to be inactive in the field according to

this midwife: "I appreciate them a lot, but not everyone. There are some BGs that I don't even see, but there are a few that are very dynamic" (Midwife Kaolack).

Finally, the relations with the health post staff have changed from the point of view of the BGs, but have above all brought rigor to the activities of the latter.

This is undoubtedly the opinion of one BG for whom "the Nurse Supervisors speech is currently more administrative and the relationships more hierarchical..., it shows us somewhere that we are part of the health post team (BG Kaolack...).

Analysis of the perception of BGs shows that they are perceived, in the community in which they intervene, as women leaders who are vital in improving maternal and child health. They are women who, sometimes, despite the difficult working conditions, find ways to carry out the tasks assigned to them. Significant changes in certain gender norms are noted with empowerment of some FAR women and girls, knowledge of rights and awareness of the negative impact of early and forced marriage of adolescent girls. BGs address gender inequalities and related barriers at the household, community and institutional levels by adopting the rights-based transformative approach to gender inequalities.

Other notable changes are due to increased utilization rate of maternal and child health services at the project site; enhanced women's knowledge of danger signs during pregnancy; expanded immunization and nutritional coverage of children; better understanding among men and the community of their women's antenatal care and acceptance of family planning; improved use of FP by women, substantial decrease in upsetting practices towards teenagers: harmful pregnancy, genital mutilation etc.; decline in obstetric complications and maternal and neonatal mortality etc.

Discussion***The Bajenu Gox as a social mobilization and transformative agent***

The roles of BG in social mobilization and transformative change are discussed in this section noting the critical drivers of such change. Some of

these factors are enlisted as gender specific transformative factors with systemic impact on MCH service provisions; and the role of BGs as agents of policy and political change.

i. BGs Mobilising for MCH improvement

According to Jocelyne Lavoie and Jean Panet-Raymond⁸, “mobilization aims to encourage people affected by a social problem or sharing the same needs to commit around an action to solve this problem or satisfy these needs” (1998 :211-248). The PBG’s main objective is to boost MCH indicators at the community level. To achieve their objectives, BGs do not only mobilize women and children but they work with all the community and family members.

Health promoters like BGs are key in African societies where populations do not spontaneously attend health facilities or at least, not before the onset of serious symptoms and sometimes opt for traditional and magico-religious techniques. Consequently, visiting families to encourage and facilitate the understanding and the use of health services by women/girls of reproductive age and their children can only be beneficial. Moreover, health’s progress is also slowed down by gender inequality, as women are not taking decisions, even when it concerned their own health or their children’s health. BGs interventions cannot only focus on direct beneficiaries (women and children) if they want to ensure changes. They therefore intervene at three levels, which correspond to three categories of actors: direct beneficiaries, guardians of moral or religious obligations, and health staff.

- Direct beneficiaries

The beneficiaries are women in age of reproduction. Most often they ensure the reproductive role in the household; they cook, clean, educate children... Sometimes, they also have a community role when they are involved in women’s associations, organize ceremonies etc. Women do not have control over decisions relating to their health and those of their children. Such decisions are generally taken by their husbands, fathers, or other males in their lives.

- Guardians of moral or religious obligations

The guardians of moral or religious obligations are often the one taking the decisions. In this category,

we find husbands, stepfathers, stepmothers, religious leaders, village chiefs... In the household, stepmothers play the role of tradition keepers and have a big influence, in particular, in the area of MCH. They influence the husbands and, if the husbands are absent, they are the ones taking the decisions for their stepdaughters and granddaughters. This category is then the more difficult but at the same time the more important actors to collaborate with.

- Health staff

Once the guardians of moral or religious obligations are convinced, the BGs have to lead women in the community to the health staff, based in the health center. BGs are involved in community health activities, however, the border between their activities and those of the health staff is very thin. Most of the time, beneficiaries met BGs first who discuss with them and direct them to the health post in order to meet with the health post staff. Their work is therefore complementary and their collaboration is beneficial. Some chief nurses are aware of the value or worth of this collaboration and motivate BGs by showing their recognition and involving them in their activities. This collaboration helps make BGs’ work more credible in the eye of the community, reinforces their partnership with the health staff but also BGs’ capacities and counterbalance the lack of remuneration.

However, we have observed some negative aspects in the collaboration. First of all, the lack of supervision of the BGs by health staff. It often happens during large mission in the field like screening campaign. It is due to the lack of availability of the health staff who is less inclined to move out of the health centers. Another problem has been noticed, which is the gap between the health staff’s professional training and BGs’. Almost all BGs we encountered require adequate training. BGs are aware of the fact that training or exchanges with health staff will help them have a better understanding of some medical requirements, be able to answer to more questions from the communities and then be more independent. If BGs have a better understanding of what they do and why they do it, they could determine the stakes of their actions and develop more specific strategies and prioritize their missions. Nevertheless, it has been observed that,

since the departure of project leaders, exchanges between health staff and BGs have decreased.

ii. Adopt the right strategies to ensure MCH improvement

BGs adopt different strategies to convince and persuade the beneficiaries and guardians of moral obligations. BGs carry out home visits and organize talks in order to implement these strategies. Three strategies were observed in the four study sites and are represented in the figure below.

When BGs intervene for improved MCH health services, they change the community's perception of how to deal with the issue. The beneficiaries are often poor, vulnerable to disease and tend to have behaviors that adversely affect their health. To a certain extent, without adequate training on how to use gender equality frameworks, BGs have addressed issues related to human rights, gender and social justice through their activities in households and health centers. It is important to be aware of the scope of BGs' fields of action to appreciate the efforts made and the impacts of their daily interventions, some of which are itemized in Figure 2.

The report on the use of health services in the community covers the period from March to December 2019. It confirms that almost all community members are mobilized as there is a change of behavior among men and women. We note a better knowledge of prenatal care within the home, an increase in adherence to family planning and a consequent reduction in harmful practices towards adolescent girls (early pregnancy, genital mutilation, etc.). We also observed that men have acknowledged the contributions of BGs to the improvement of MCH services and uptakes, as well as the enhancement of family relationships and community affairs. Husband and father respondents assert:

"Yes, in terms of the work of the BGs, I think they are useful in this neighborhood because they are not even limited to the health post. You see them in all the other activities of this locality. They call and mobilize people and

encourage them to respond if something happens in this district". Parcelles Assainies, Dakar

The social mobilization strategies used by the BGs can be assessed from the point of view of Pederson, Greaves and Poole's work (2014)⁹, which shows that BGs' MCH promotion strategy is clearly gender-transformative. BGs addressed and informed girls and women on their specific needs which corresponds to the stage labelled as "Accommodate", in figure 3. It seems that BGs have however started to integrate some aspects of gender transformative approach as they work with both men and women of all ages to raise awareness on gender-based health inequalities and change their perception and behavior towards women. In addition, some of the changes noted among men and the elderly group, like the decline of female genital mutilations, early marriages and pregnancies are very optimistic.

We can then affirm that BGs are change agents within communities. Some bodies of literature conceptualize CHWs as social change agents, functioning as social and cultural intermediaries at the interface between the health system and the community. "As change agents, they are arguably strategically placed to facilitate community participation, stimulate critical thinking and act as a catalyst to social action to address the social and cultural determinants poor health status." (Theobald *et al.*, 2015)¹⁰

Although the BGs successfully created access to health facilities for women of reproductive age, and equally impacted positively on gender power relations amongst couples and family members, women do not still have control over their bodies and their children's. Women's decision-making power is yet limited in comparison to that of men and other community gate-keepers.

In their "Guide to gender analysis frameworks", March, Smyth and Mukhopdya, (1999)¹¹ defined "access" as the opportunity to make use of a resource, and "control" as the power to decide how a resource is used, and who has access to it. Women do not take decisions and when it seems like they do, most of the time: (1) their

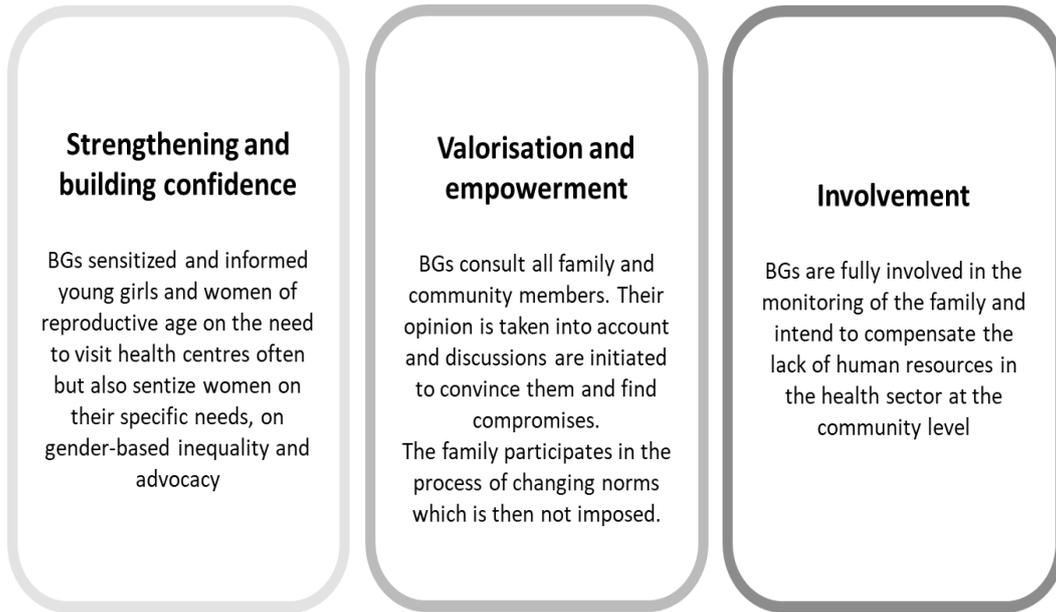


Figure 3: Social mobilization strategies observed among the women surveyed

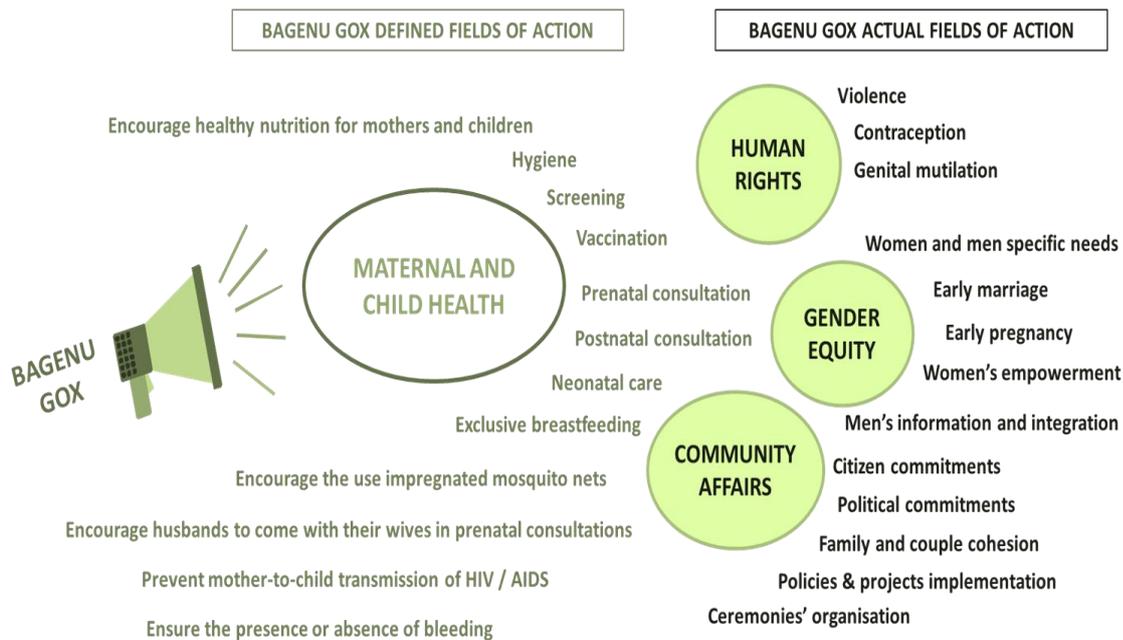


Figure 4: The actual scope of the fields of action of the Bajenu Gox. Inspired by the article 4 of the Ministerial Order on PBG creation

choices are highly influenced by the husbands and moral keepers inside and outside of the households, (2) their initiatives have been validated/authorized by the husbands or moral keepers. At this level, social change is appreciable but does not automatically lead to a change in gender power relations, since control over decisions or sexual division of labor have not been addressed.

Figure 4 presents UNICEF’s socio-ecological model representing different scale of actions to transform gender norms. Using this model to explain BGs’ activities, evidences from BG activities show impacts at individual, interpersonal, and at the community levels. BGs are already linked with service systems like health centers, hospitals and even schools (with their

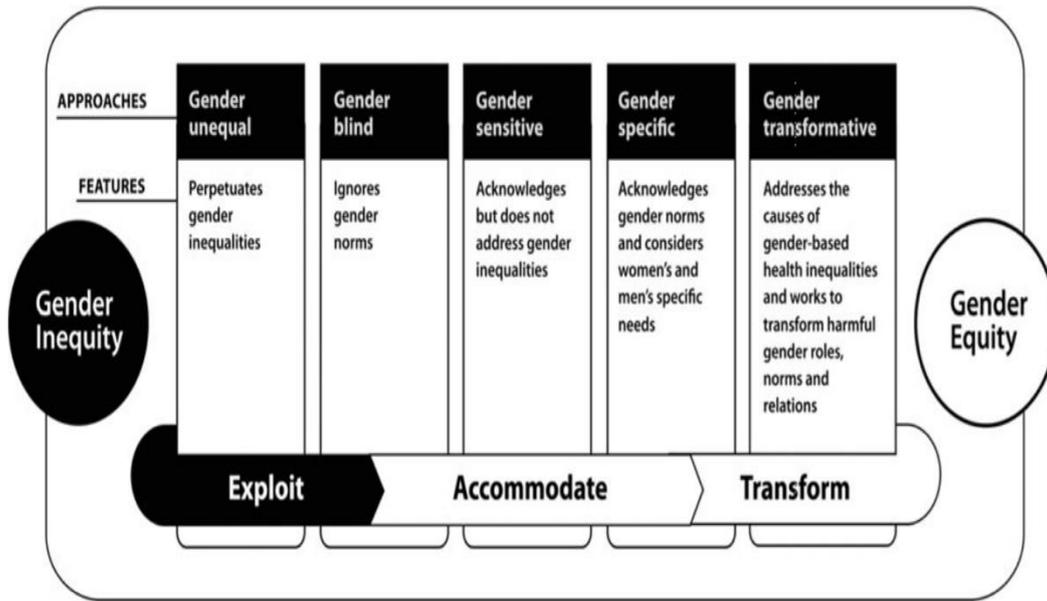


Figure 5 : Gender continuum modelization of Pederson, Greaves and Poole in "Gender-transformative health promotion for women", 2014

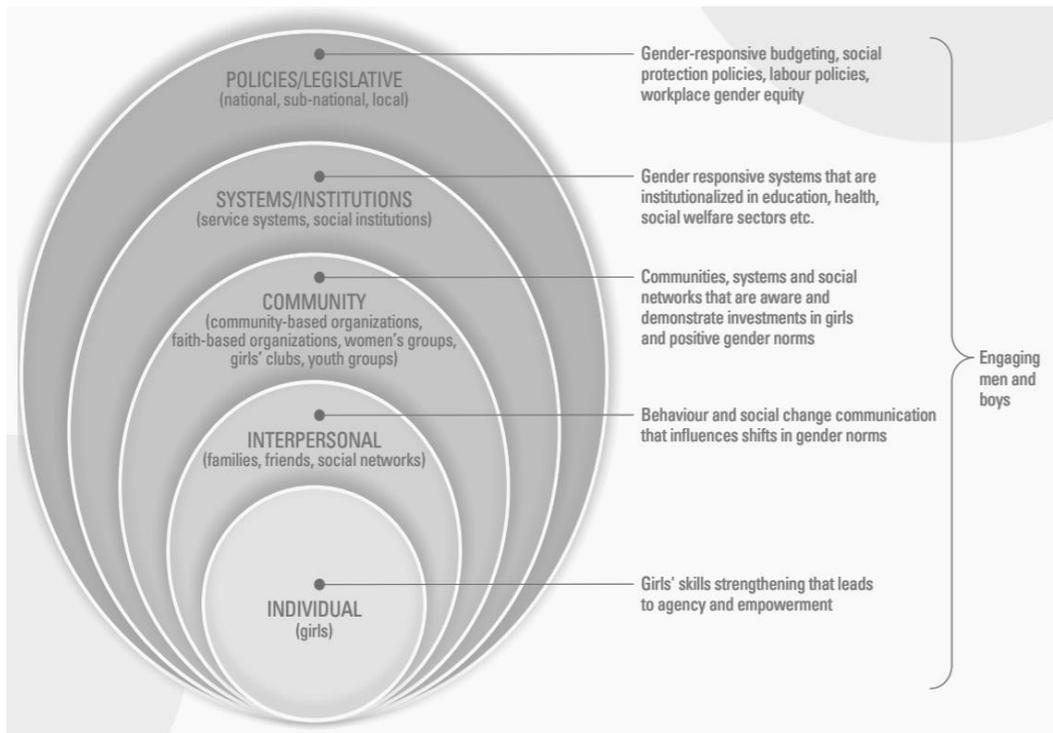


Figure 4: The Unicef socio-ecological model and opportunities for gender-transformative programming inspired by Edström & Shahrokh/Reframing¹² Men and Boys in Policy for Gender Equality (2016)

duties extending to the school system). Although BGs have no authority to change school curricula, they work with local communities to improve

school management and the social environment of learning. And while BGs are yet to take on gender issues at the national level and/or advocate for

broader policy issues such as gender budgeting and gender responsive planning among others, they are significantly laying a solid foundation for grassroots mobilization for women empowerment, which are often absent in many of the national discourses on gender equality and social inclusion frameworks. National Government would need to collaborate with groups like BGs to make national and sectoral policies on women effective at the grassroots level. National policies addressing MCH concerns can only be made successful at the community level through government collaborations with groups like the BGs.

Conclusion

Notably, BGs made significant contributions in the area of women empowerment and access to MCH services in their various communities. They thereby earned respect, credibility, leadership, and significance as change agents for transformative development. Empowering and motivating BGs is crucial in Senegal where universal health coverage, maternal and children mortality as well as gender equality are huge challenges. Women and children's access to healthcare and women's control over their choices on this issue are at stake. Besides, BGs' activities, and thus their performance, are limited by many factors, among which the loss of motivation, the absence of training on aspects related to their interventions (health, gender, human right among others), the lack of structure of their profession, the need for support from health personnel working in the communities, the nonexistence of collaboration between BGs and the qualified health workers, and resistant inhibiting social and gender norms. The involvement of BGs in our project, the formalization of BG associations, the funding of IGAs are the main initiatives taken in the framework of our project. We noticed that health centers were more visited by women (especially those in the reproductive age), while men and the youth are generally the least seen by health staff. We observed a correlation between the performance of the BGs and the following indicators: i) financial (funding of IGAs), ii) the organizational (formalization of BGs associations), and iii) the political support received by the BGs (for example, the direct support provided by the IDRC project to boost the BGs' MDGs/SDGs related goals served as a great motivator). The BGs

as change agents, succeeded somewhat in correcting social and gender norms that are detrimental to women and girls, thereby bringing about behavioral changes among men and gatekeepers (for example, community leaders, religious leaders and the elderly) on such sensitive subjects like contraception, early marriages/pregnancies or genital mutilation. However, the changes engendered by the activities of BGs in the various communities would need to be sustained by continuous policy action, and through ongoing grassroots mobilization by similar groups like the BGs. As well, complementary researches and monitoring actions/activities will have to be done. Notably, as BGs have engendered a process of transformative change, it becomes very important that they are provided with necessary financial and administrative/political support for sustained positive impact at the grassroots, and beyond.

Acknowledgements

The research presented in this publication was supported by the technical and financial assistance of the African Maternal and Child Health Innovation Initiative (IMCHA) - a partnership between Global Affairs Canada (GAC), the Canadian Institutes of Health Research (CIHR), and Canada's International Development Research Centre (IDRC). The authors would like to thank L'Initiative (and Nafissatou Diop, our program officer, whose advice and availability were of great help in the accomplishment of this study.

The authors show gratitude to the West African Health Organization (WAHO), especially Professor Issiaka Sombié and Dr. Ermel Johnson, for their guidance and constructive advice. The warmest thanks also go to the Ministry of Health and Social Action of Senegal (MSAS), the Directorate of Mother and Child Health (DSME) especially Dr. Omar Sarr, the Community Health Committee (CS Com), the Dakar Medical Region, District and Regional Medical Officers, midwives and nurses from the study areas who participated in the research. As well, we are grateful to the national, regional and local steering committees of the Bajenu Gox project, the NGOs and the partners who contributed immensely in this study. Finally, the authors acknowledge all the communities including the Bajenu Gox and all the women who participated in the research.

Competing interest

The authors declare that they have no financial or personal relationships that may have inappropriately influenced them in writing this article

Contribution of authors

All the authors have participated in the writing and the reading of this manuscript, and all have agreed to its final version. These researchers (Saidou Konté, Fatou Diouf, Mouhanadou Bamba Faye, Mamadou Sakho) under the supervision of (Rosalie Aduayi Diop, Oumar Mallé Samb, Samba Cor Sarr, Omar Sarr, Cheikh Tidiane Athie), designed the study, developed data collection tools, collected and analyzed the data and presented findings to the health and community leaders.

References

- Gilmore B and McAuliffe E. Effectiveness of community health workers delivering preventive interventions for maternal and child health in low- and middle-income countries: a systematic review. *BMC Public Health*. 2013; 13, 847.
- République du Sénégal, Programme Bajenu Gox : Une porte d'entrée pour soutenir une approche communautaire intégrée visant la santé de la mère et de l'enfant : /analyse situationnelle de la capacité d'agir de la Bajenu Gox dans sa zone d'intervention, Mars 2015.
- République du Sénégal, Plan de Développement Sanitaire (PNDS), 2009-2018 Direction de la Santé ; Division de la Santé la Reproduction 2010.
- République du Sénégal, Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD) Enquête Démographique et de Santé Continue (EDS-Continue) Dakar, Sénégal, 2005.
- République du Sénégal, Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD) Enquête Démographique et de Santé Continue (EDS-Continue) Dakar, Senegal, 2015.
- Moser C. *Gender Planning and Development Theory, Practice and Training*, Routledge, London and New York. 1993.
- Moser C. "Gender planning in the third world: Meeting practical and strategic gender needs". *World Development*. 1989.
- Lavoie J and Panet-Raymond J, *La pratique de l'action communautaire*, Ebook (e Pub), Presse de l'Université du Québec 2014.
- Pederson A., Greaves L and Poole N. "Gender-transformative health promotion for women: a framework for action", *Health Promotion International*, Vol. 30 N°1, 2014.
- Theobald S, MacPherson E, McCollum R and Tolhurst R. Proche des prestataires de santé communautaires après 2015: réaliser leur rôle dans des systèmes de santé réactifs et s'attaquer aux déterminants sociaux de la santé sexospécifiques, 8 décembre 2015; 9 (Suppl. 10): S8.doi: 10.1186 / 1753-6561-9-S10-S8. eCollection 2015.
- March S and Mukhopdya A. *Guide to gender analysis frameworks*. Oxfam Publication. 1999.
- Edström and Shahrokh. *Reframing Men and Boys in Policy for Gender Equality: Conceptual Guidance and an Agenda for Change*. - EMERGE Framing Paper, Promundo-US, Sonke Gender Justice and the Institute of Development Studies, Brighton: IDS. 2016.