

# Comp 1

**Mujeres africanas por el bienestar:  
más allá de la lucha contra la pobreza**

# Comp 1

## **Mujeres africanas por el bienestar: más allá de la lucha contra la pobreza**

Albert Roca (ed.)

Edicions de la Universitat de Lleida  
Lleida, 2021

# Comp 1

**Dades CIP. Servei de Biblioteca i Documentació de la Universitat de Lleida**

© Edicions de la Universitat de Lleida /  
Desenvolupament i Cooperació

© els/les autors/res, 2021

Imatge de portada:

**Edita**

Edicions de la Universitat de Lleida  
c/ Jaume II, 67  
25001 Lleida  
[www.publicacions.udl.cat](http://www.publicacions.udl.cat)

**Maquetació**

Edicions i Publicacions de la UdL

**Disseny de coberta**

cat & cas

**DL**

**ISBN 978-84-9144-312-4**

## Índex

Género, pobreza y bienestar en las edades del desarrollo en África <i>Albert Roca</i> .....	9
Les vulnérabilités des femmes et les conséquences sur leur santé au Sénégal <i>Dr Rokhaya Cisse</i> .....	33
Households' livelihood strategies in post-war Mbanza Kongo city, northern Angola <i>Marina Padrão Temudo and Pedro Talhinhos</i> .....	51
Gender, Class, Work and Health in the Cane-fields of Southern Mozambique <i>Bridget O'Laughlin</i> .....	65
Travailler au féminin dans des milieux modestes d'Antananarivo. Pesanteurs socio-économiques, opportunités et initiatives (fin XX <sup>e</sup> - début XXI <sup>e</sup> siècles) <i>Faranirina V. Rajaonah</i> .....	87

## **Les vulnérabilités des femmes et les conséquences sur leur santé au Sénégal**

**DR ROKHAYA CISSE**

**Institut Fondamental d'Afrique Noire Cheikh Anta Diop**

### **Résumé**

Les travaux sur la pauvreté au Sénégal ont permis des avancées importantes dans la compréhension du phénomène. Cependant, on peut noter des insuffisances dans les connaissances sur le lien entre pauvreté et santé des individus et plus spécifiquement du point de vue des femmes. En effet, une analyse longitudinale des effets de sexe sur les trajectoires de pauvreté montre que les femmes qui connaissent les situations les plus défavorables: elles sortent moins que les hommes de la pauvreté, elles s'y maintiennent plus et ont plus de chances de connaître un basculement. Les femmes cumulent plusieurs handicaps : un faible accès aux ressources matérielles, un accès à l'emploi limité, un niveau d'éducation faible et un environnement socio-culturel pas toujours favorable.

De plus du point de vue de la santé, les risques de maladies liées à la pauvreté sont plus importants pour les femmes, car elles gagnent moins de revenus que les hommes, travaillent un plus grand nombre d'heures (double ou triple journée de travail domestique et productif). Elles travaillent dans des conditions physiques et environnementales difficiles (travail manuel intense, longues marches, exposition quotidienne au soleil, à la poussière ou à la fumée, etc.). Elles se privent pour assurer le bien-être de la famille.

Ces risques sont aggravés par leur fonction de reproduction: mariages et grossesses précoces, fécondité importante, complications de la grossesse et de l'accouchement,

mortalité maternelle élevée, travail pénible durant la grossesse, maladies sexuellement transmissibles, etc.

Les corrélations entre le manque d'instruction et le niveau de pauvreté d'un côté, et le taux élevé de fécondité, le mariage, les rapports sexuels et la maternité précoces de l'autre maintiennent les femmes dans un cercle vicieux de facteurs de pauvreté.

Cependant, les femmes tant en milieu urbain que rural mettent en place des stratégies pour trouver des moyens innovateurs pour faire face aux dépenses de santé. A travers ces stratégies, elles investissent dans le secteur de l'économie informelle et les systèmes associatifs de financement et entretiennent des mécanismes de solidarités et d'entraide.

## Introduction

Au titre des résultats enregistrés et obtenus à partir de l'Enquête Démographique et de Santé à Indicateurs Multiples (EDS-MICS 2010-2011), l'espérance de vie de la population générale s'est nettement améliorée, le taux de mortalité infantile a évolué de manière satisfaisante, passant de 61 pour mille en 2005 à 47 pour mille en 2010, le taux de mortalité infanto-juvénile a connu aussi une évolution favorable en passant de 121 décès pour mille naissances vivantes à 72 décès pour mille au cours de la même période.

L'évolution du rapport de masculinité au Sénégal indique que le ratio hommes/femmes évolue à la baisse, en passant de 99,4%, en 2013, à 98,6%, en 2035. Néanmoins, la tendance n'est pas la même, en milieux urbain et rural. Si l'on s'intéresse aux projections pour les années à venir, En zone rurale, la population masculine progressera plus rapidement que celle féminine. En effet, en milieu urbain, il est prévu 99,4 hommes pour 100 femmes, en 2035, alors qu'ils représentaient 98,6 hommes pour 100 femmes, en 2013.

En revanche, en zone rurale, nous assisterons à une baisse relative du nombre d'hommes, par rapport aux femmes. Alors qu'en 2013, nous avons 100,4 hommes pour 100 femmes, en milieu rural, en 2035, il y aura 97,8 hommes pour 100 femmes, ce qui suggère une plus grande augmentation de la population féminine<sup>1</sup>.

Cependant, force est de constater des contraintes demeurent et sont relatives à une allocation insuffisante des ressources allouées pour la prise en charge des questions de santé, aux difficultés d'accès aux services de santé de qualité, à la faible satisfaction de la demande, ainsi qu'à l'insuffisance quantitative et qualitative du personnel de santé qualifié et à leur inégale répartition au niveau du territoire national.

En effet, le pays est confronté à de nombreux défis liés à l'accessibilité aux soins de santé. Le système de santé au Sénégal ne répond actuellement pas aux attentes et besoins sanitaires des populations. Les prix élevés des services de santé sont une des principales causes de non-recours aux services de santé. Les systèmes de protection sociale existant dans le pays ne permettent pas à la population d'accéder aux services sociaux essentiels tels que la santé.

---

<sup>1</sup> Vidal Laurent (coord.), Brehmer Patrice (collab.), Broutin H. (collab.), Cissé I. (collab.), Cissé R.(collab.), IRD, Dakar,117 p. [http://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins\\_textes/divers16-06/010067188.pdf](http://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/divers16-06/010067188.pdf).

Parmi cette population, les femmes restent les plus vulnérables car ce sont les principales utilisatrices des services de santé pendant une période assez longue de leur vie.

Les femmes, au cœur de cette problématique de l'accès aux soins de santé et cumulent plusieurs handicaps: un faible accès aux ressources matérielles, un accès à l'emploi limité, un niveau d'éducation faible et un environnement socio-culturel pas toujours favorable. L'on observe une inadéquation notoire entre la proclamation des principes de l'égalité et leur situation réelle: les emplois, dans le secteur formel étant souvent réservés aux femmes instruites. Ainsi, de nombreuses femmes sénégalaises et plus particulièrement celles non instruites ou faiblement, entreprennent, individuellement ou collectivement, pour se prendre charge et protéger leur corps et leur intégrité physique.

Cette contribution tente de passer en revue dans un premier temps les liens entre le lien évident entre la santé et la pauvreté encore plus évident chez les femmes. Dans une partie, il s'agit de mettre l'accent sur les conséquences des vulnérabilités sur l'état de santé des femmes et enfin les stratégies pour l'amélioration du bien être et de la santé des femmes. En effet, les mutations profondes, au sein de la société sénégalaise débouchent sur une diversité de formes d'arrangements sociaux. Celles-ci méritent d'être étudiées pour leur potentiel transformationnel en termes d'opportunités pour les femmes pour améliorer leur bien-être.

## **I. La santé, un facteur important de basculement dans la pauvreté chez les femmes**

La pauvreté entraîne des difficultés à se soigner, d'où une forte propension à la dégradation continue de la santé tant sur le plan physique que mental lorsque survient cette éventualité. En ville comme en campagne, la situation de pauvreté prive les familles d'un accès aux soins et aux structures médico-sanitaires. Par ailleurs, les conséquences émanant de la difficulté d'accéder aux soins ne sont pas seulement d'ordre sanitaire, elles affectent la situation professionnelle, sociale et même scolaire des individus pauvres comme en témoignent plusieurs récits.

### **Des dimensions de la pauvreté interdépendantes et qui entraîne la pauvreté chronique**

L'enquête biographique appliquée à la pauvreté réalisée sur quatre générations au Sénégal<sup>2</sup> révèle que la qualité de l'environnement physique et social de l'individu détermine le risque de tomber malade et d'y survivre plus longtemps. Elle montre également que les exclus du système de santé souffrent tout à la fois d'indigence, de non instruction et de la chronicité des maladies.

---

<sup>2</sup> CISSE Rokhaya, DRAMANI Latif, HOUNKPODOTÉ Hilaire, FALL Abdou Salam, DIOP Mody, CISSE Ndèye Sokhna (2012), Vulnérabilités et santé sur quatre générations au Sénégal, Policy brief, les Etudes Nationales du Lartes, n°28-LARTES-IFAN, 6 p. ISSN: 2230-0678.

Les données utilisées proviennent de l'enquête sur «Vulnérabilités et la Pauvreté Chronique au Sénégal», en 2009/2009 réalisée par le Laboratoire de Recherche sur les Transformations Economiques et Sociales (LARTES) de l'IFAN. L'enquête sur la pauvreté chronique portait sur 50% des Districts de Recensement (DR) de l'Enquête Sur la Pauvreté (ESP), soit 75 DR, et dans chaque DR, il a été tiré de façon aléatoire, un nombre de 16 ménages. Cela aboutit à un échantillon final de 1200 ménages. Le questionnaire biographique administré à deux personnes dans chaque ménage permettant ainsi de réaliser 2048 biographies quantitatives.

Dans cette présente recherche, même si les données collectées portent sur le vécu historique des personnes interrogées, elles sont issues de la combinaison de plusieurs outils<sup>3</sup> qui permettent non seulement à l'individu de reconstituer la chronologie des événements importants tout au long de la vie des individus<sup>4</sup> (en rapport avec sa situation de pauvreté ou de non pauvreté) mais également de procéder à des contrôles de cohérence par une triangulation des différentes sources d'informations. De plus, les données ont été collectées à l'échelle nationale à travers les trois strates (Dakar, autres villes et milieu rural) aussi bien pour les biographies que les récits de vie dans le but de rendre compte de l'hétérogénéité des expériences, des processus et des déterminants de la pauvreté.

Cette approche dynamique a apporté une contribution de taille dans la mesure des changements intervenus dans les trajectoires, en livrant une analyse fine des processus sociaux qui sont à l'œuvre dans les situations de basculement, de maintien et de sortie de la pauvreté. Elle a permis, d'une part, de mettre en lien la survenue de la maladie et les formes de vulnérabilité, et, d'autre part, une comparaison intergénérationnelle.

Il ressort de manière générale, à travers cette étude que les maladies prises en compte dans l'étude apparaissent liées à l'environnement, l'assainissement du cadre de vie et aux conditions d'existence. Les facteurs favorisant la survenue des maladies sont principalement les suivants : être pauvre à l'enfance, être une femme, être non instruit et résider en milieu rural.

Précisément, une différence est notée dans les facteurs prévalant entre milieu urbain et milieu rural : dégradation du cadre de vie dans le premier cas et faible disponibilité des services de santé dans le second. Par ailleurs : 50% des individus qui ont connu la maladie à l'enfance sont des pauvres chroniques.

Ces différentes statistiques montrent l'existence d'un lien entre la survenue d'une maladie aux différents stades de la vie et la pauvreté. D'ailleurs selon l'UNICEF<sup>5</sup>, la majorité des vulnérables est constituée par les habitants des zones rurales, par les enfants pauvres (ceux qui vivent dans des ménages pauvres, ceux qui vivent à l'extérieur du domicile familial ou sont confrontés à la maladie et à l'invalidité), et par les handicapés et les personnes âgées.

Le manque d'infrastructures et de services de santé, le fait de résider en milieu rural, et les situations de pauvreté à l'enfance/jeunesse sont les trois facteurs dont chacun se suffit à lui-même pour favoriser la survenue d'une maladie aux différents stades de la vie.

---

<sup>3</sup> Plusieurs outils sont combinés : la fiche AGEVEN, le questionnaire biographique et le récit de vie.

<sup>4</sup> Le récit tel qu'il est effectué renseigne également sur la génération ascendante et descendante de l'individu et les liens de causalité qui peuvent exister entre leur situation et celle de l'individu lui-même.

<sup>5</sup> Rapport sur la protection sociale des enfants au Sénégal, 2009



Les exclus du système de santé cumulent l'indigence, la non instruction et la chronicité de la maladie. Ce sont ceux qui vivent dans un confort (niveau de revenu, le milieu de résidence) plus marqué ainsi que les femmes et les personnes instruites qui sont plus portés à fréquenter les structures de santé.

Tandis que ceux qui sont de revenu et de niveau d'éducation faible durent plus dans la maladie. Il en est de même des femmes qui sont plus victimes de maladies chroniques.

Différentes barrières sociales liées au faible statut économique de certains patients limitent l'accès équitable aux soins de santé aux plus pauvres.

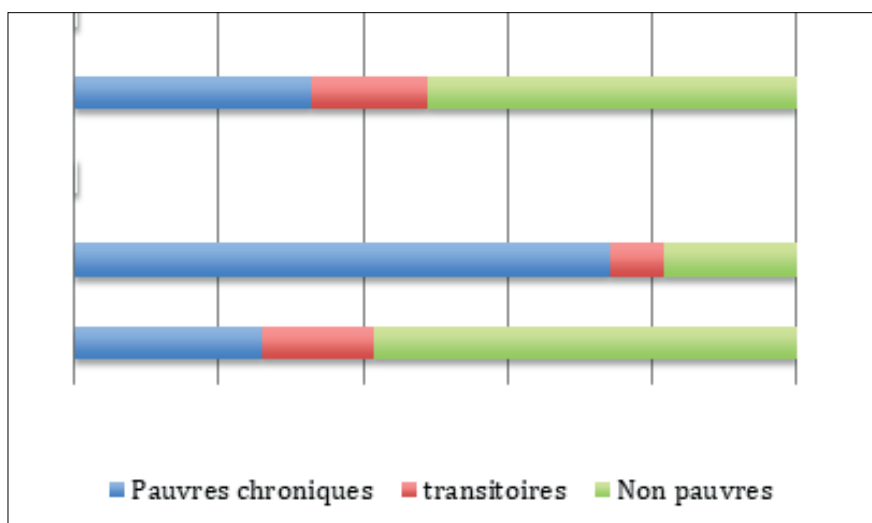
*Cette situation traduit des vulnérabilités inhérentes à l'environnement en particulier le déficit d'assainissement, la pollution, le rythme effréné de vie, la sédentarité, l'alimentation...* La maladie aux différents stades de la vie intervient pour plus du quart (27%) des facteurs de basculement dans la pauvreté.

Il apparait nettement que l'altération du capital humain, l'absence de revenus et patrimoine, de ruptures dans le cycle de vie, de dégradation du cadre de vie en tant que dimensions fondamentales caractérisant la pauvreté. Ces dimensions ne sont pas indépendantes, au contraire elles sont interreliées et se renforcent selon un processus cumulatif.

### Quelques constats sur la pauvreté féminine

Il existe des effets de sexe assez significatifs sur les trajectoires de pauvreté. En effet, les femmes sortent moins que les hommes de la pauvreté, elles s'y maintiennent plus et ont plus de chances de connaître un basculement.

Ce sont des facteurs structurels qui sont en première ligne car lus de la moitié des individus classés pauvres tout au long de leur vie sont des femmes, 82% sont du milieu rural, 10% des autres villes et 8% dans la capitale, Dakar. Etre non scolarisé et résident en milieu rural constituent les principaux facteurs de maintien dans la pauvreté.



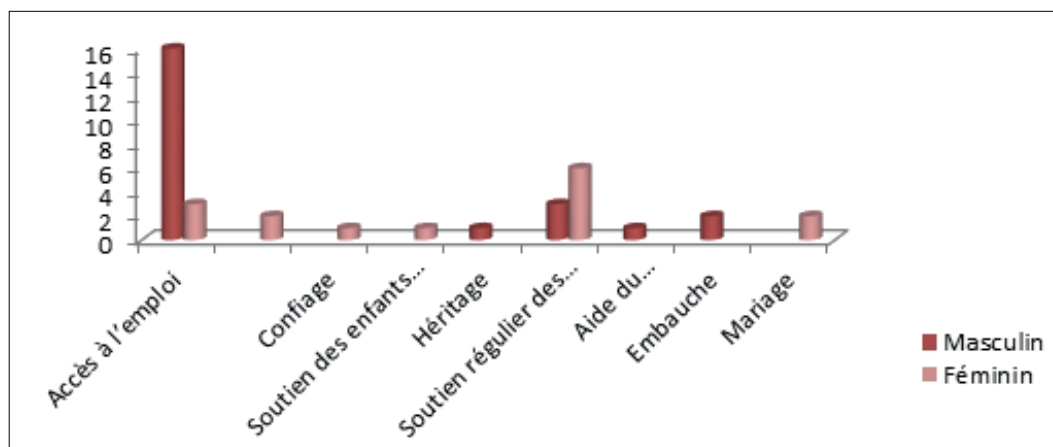
Graphique n°1 : Répartition des ménages selon le niveau de pauvreté et le milieu de résidence. Source : Enquête vulnérabilités et pauvreté chronique au Sénégal, 2008/2009

Lorsqu'on ne considère que les ménages ruraux, près de 75% d'entre eux sont en situation de pauvreté tandis que 18% seulement n'ont jamais été pauvres. Dans les autres villes, la pauvreté se situe à 37% et les jamais pauvres constituent la moitié des ménages. Dans la capitale, la situation est meilleure lorsqu'on observe que plus de la moitié des ménages (58%) n'ont jamais été touchés par la pauvreté. En revanche, 27 % des ménages connaissent une pauvreté chronique. Parmi les individus classés pauvres tout au long de leur vie, 82% sont du milieu rural, 10% des autres villes et 8% dans la capitale, Dakar.

Cependant les dakarois se tirent mieux de la pauvreté car on y observe 36% de sortie de la pauvreté, 32% des autres villes et seulement 26% des ruraux qui tournent le dos à la pauvreté. La même hiérarchie est respectée lorsque l'on considère les individus jamais pauvres. Dakar recueille 66%, les autres villes 19 % alors que le milieu rural compte seulement 14% d'individus n'ayant jamais connu la pauvreté durant tout leur cycle de vie.

Les chocs dans le cycle de vie touchent également davantage les femmes. Les données sur l'enquête Vulnérabilités et la Pauvreté Chronique au Sénégal ont montré que les sinistres (perte de patrimoine), les déplacements forcés, les divorces et les décès du conjoint.

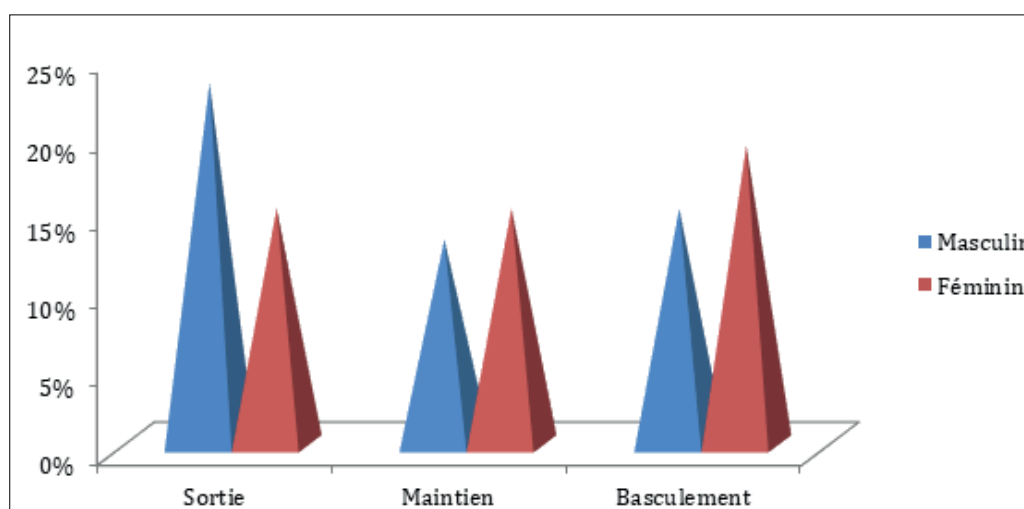
De même, les femmes ne sortent pas de la pauvreté de la même façon que les hommes. Pour les premières, il s'agit d'une combinaison d'événements démographiques (mariage/déplacement) et d'aide (enfants) contrairement aux hommes chez qui le facteur emploi est plus décisif.



Graphique n°2 : Facteurs de sortie de la pauvreté selon le sexe. Source : Enquête qualitative réalisée par l'auteur, 2009

La situation socio-économique des femmes en général plus faible que celles des hommes crée une dépendance relative vis-à-vis de ceux-ci en termes de mobilisation de ressources matérielles et du capital social.

Les effets de sexe sont nettement apparus notamment avec les femmes qui connaissent les situations les plus défavorables : elles sortent moins que les hommes de la pauvreté, elles s'y maintiennent plus et ont plus de chances de connaître un basculement comme en témoigne le graphique suivant.



Graphique n°3 : trajectoires de pauvreté selon le sexe. Source : Enquête qualitative réalisée par l'auteur, 2009

La variable ayant trait au mariage est également significatif dans le milieu rural et permet d'introduire l'étude différenciée des facteurs selon le sexe. En effet, on le voit bien dans la figure suivante, les femmes ne sortent pas de la pauvreté de la même façon que les hommes. Il s'agit pour elles, plutôt d'une combinaison d'événements démographiques (mariage/déplacement) et d'aide (enfants) contrairement aux hommes pour qui, le facteur emploi est plus décisif.

La forte dépendance des femmes vis-à-vis de parents ensuite des époux explique en partie le caractère transitoire de leurs situations. En effet, elles sont vulnérables et subissent les effets indirects des chocs subis par les pourvoyeurs de ressource. Cependant, elles arrivent à mobiliser plus l'aide notamment en diversifiant les sources de soutien possibles soit des descendants, de la famille élargie, et les solidarités associatives etc. De par leur statut de dépendance socialement accepté, elles dissimulent moins leur précarité, et sollicitent et obtiennent plus facilement l'assistance que les hommes.

Ce résultat est compréhensible compte tenu de la situation socio-économique des femmes généralement plus faible que celles des hommes et dans le même temps, de leur dépendance relative vis-à-vis de ceux-ci en termes de mobilisation de ressources matérielles. Il n'est donc pas surprenant de noter que leurs chances de sortie de la pauvreté se concrétisent avec des événements comme le mariage, le confiage et par l'aide. Les femmes semblent plus que sensibles aux variations de la situation de leur entourage. Les trajectoires de sorties des femmes sont liées à l'implication d'autres

catégories d'acteurs et se révèlent plus qu'aléatoires et peuvent être interrompues par un divorce ou la perte du conjoint.

Les femmes restent plus sensibles aux facteurs socio-démographiques : dans ce cas le basculement ou la persistance de la pauvreté est lié à des événements tels que les mariages, les décès de parents, les divorces, la séparation ou l'abandon par le conjoint. En résumé, les femmes connaissent plusieurs épisodes de pauvreté tout au long de leur vie, vivent des situations aléatoires et restent vulnérables au changement de situation. Cependant, elles arrivent à mobiliser plus l'aide de tiers avec une diversification des sources de soutien possibles soit des descendants, de la famille élargie, du voisinage, etc. D'où une relativité de plusieurs résultats de recherche qui établissent des une féminisation de la pauvreté. En effet, l'observation des trajectoires dans le temps montre que les femmes vivent la pauvreté mais arrivent à mieux mobiliser les ressources sociales qui leur permettent d'améliorer leur bien-être.

La pauvreté entraîne des difficultés à se soigner, d'où une forte propension à la dégradation continue de la santé tant sur le plan physique que mental lorsque survient cette éventualité surtout chez les femmes.

Par ailleurs, les conséquences émanant de la difficulté d'accéder aux soins ne sont pas seulement d'ordre sanitaire, elles affectent la situation professionnelle, sociale et même scolaire des enfants.

## II. La vulnérabilité des femmes et les conséquences sur leur santé

Pour diverses raisons, la maladie constitue une période de fragilisation et de renforcement de la précarité sur le plan économique notamment. Tout d'abord, elle génère des coûts ; le coût financier de la maladie est d'autant plus ressenti chez les femmes. En conséquence, lorsque survient la maladie, la transmission de la pauvreté entre les générations peut s'effectuer par le retard ou l'absence de soins de santé ou le recours aux modes thérapeutiques traditionnels. Ces différentes situations ont généralement pour conséquence, l'aggravation de leurs handicaps physiques et intellectuels. Plusieurs récits de vie collectés vont ainsi dans ce sens.

Chez Codou, 37 ans, région de Kaolack (centre du Sénégal), la maladie a été la cause du basculement de sa famille dans la pauvreté : « *C'est cette maladie qui en sorte, a ruiné mon mari, car il a beaucoup dépensé, il avait vendu tout ce qu'il avait, notre lit, la radio, il avait même vendu certains de ses habits. Actuellement je vais bien. Mais jusqu'à présent je ne peux plus sortir pour travailler. On dirait qu'il y a quelque chose qui me retient dans la chambre* ».

Pour Omar, 53 ans, vivant à Dakar « *Ce qui est pire, c'est que je paye le loyer, je ne loge plus chez ma mère depuis deux ans, car il ne restait que deux chambres, les autres sont tombées. Je paye 35 000 F CFA par mois pour la location. Ma femme ne travaille pas, elle est malade, elle gère seulement un robinet. Elle n'y tire pas grand-chose, elle n'a pas eu la chance d'apprendre un métier, elle n'a pas de profession* ».

Un autre enquêté, Ousmane 36 ans à Tambacounda, confie dans son récit : « Côté santé, ça fait plus de 3 ans que je souffre des problèmes de vision, je vois bien mais je sens que ma vision est faible. Je ne suis jamais allé chez un docteur car je n'ai pas les moyens et vous savez que les ordonnances coûtent trop chères (...) Je gère tout seul ma famille. Mon épouse est malade. Elle a une insuffisance rénale, c'est pourquoi elle ne travaille pas. Et les médicaments qui calment la douleur coûtent 2 750 F, je dois les acheter tout le temps. C'est pour toutes ces raisons que je travaille beaucoup ».

### **Le déficit de santé des femmes comme prix de la pauvreté**

Les liens significatifs entre risques de maladie et pauvreté chez les femmes sont significatifs notamment l'importance des soins de santé maternelle et le planning familial, les effets des mariages précoces sur la santé maternelle et infantile et les conséquences des violences sur la santé. Le fait est qu'elles gagnent moins de revenus que les hommes, travaillent un plus grand nombre d'heures (double ou triple journée de travail domestique et productif). Ces risques aggravés par leur fonction de reproduction: grossesses précoces, fécondité...

De plus, le recours aux structures de santé est moindre par rapport aux hommes et plus tardif (surtout en milieu rural), elles ne prennent leurs maladies «*au sérieux*»: tant qu'elles ne sont pas alitées, elles sont en «*bonne santé* ».

Par exemple en milieu rural: 1 naissance sur 2 faite par un non professionnel de santé contre 1 sur 9 en milieu urbain même si la fécondité est en baisse autour de 5 enfants (entre 3,9 contre 6,3 enfants par femme<sup>6</sup>). Il faut noter que les indicateurs restent mitigés sur la santé des femmes, la proportion de femmes qui souffre d'une maladie chronique est plus élevée que celle des hommes (20 % contre 13 %- EVPC, 2011), les violences encore courantes tant en milieu urbain que rural affectent le bien être physiques et psychologique des femmes). Cependant, notons une espérance de vie plus élevée que celle des hommes (63 contre 60, EDS 2014). Dans le milieu rural, les vulnérabilités sont de plusieurs ordres et touchent davantage les femmes :

- Les vulnérabilités liées au cycle de vie: grossesses précoces, fécondité importante, mortalité maternelle encore élevée, etc.
- Les vulnérabilités économiques: Une faible capacité de mobilisation des ressources économiques à des fins de consommation et de production.
- Les vulnérabilités sociales: des inégalités qui renforcent les mécanismes de transmission de la pauvreté (ex: déscolarisation, la mise au travail précoce, le mariage, le confiage des filles). Les conséquences de ces chocs sont assez rapides car les capacités de réponses des femmes restent limitées. Les conséquences de ces chocs sont assez rapides car les capacités de réponses des femmes restent limitées.

---

<sup>6</sup> CISSE Rokhaya, DRAMANI Latif, HOUNKPODOTÉ Hilaire, FALL Abdou Salam, DIOP Mody, CISSE Ndèye Sokhna (2012), Vulnérabilités et santé sur quatre générations au Sénégal, Policy brief, les Etudes Nationales du Lartes, n°28-LARTES-IFAN, 6 p. ISSN: 2230-0678.

En milieu urbain également, il apparaît que les vulnérabilités économiques et le manque d'autonomisation ont un effet sur l'accès aux soins de santé et leur bien être.

On note un taux d'activité de 59,8% chez les hommes contre 39,5% chez les femmes, pour le chômage, le taux est plus élevé chez les femmes (13,3%) que chez les hommes (7,7%). Le sous-emploi touche près de 37 femmes sur 100 en situation de sous-emploi contre 28 pour les hommes (ESPS II).

### **Le bien-être des femmes est fragile et exposé à une série de risques**

En milieu rural, les effets de la polygamie sur la répartition du patrimoine familial sont importants. Les femmes ne sont pas toujours en mesure d'influer sur les décisions d'allocation des ressources tant dans la sphère privée que dans la sphère publique. Malgré les importantes avancées de la loi sur la parité, les femmes ont été supplantées par les hommes là où les décisions se prennent. Certaines pratiques traditionnelles défavorisent l'autonomisation des femmes avec, notamment, les déficits observés dans la transmission des ressources productives aux femmes et aux filles, particulièrement en ce qui concerne le foncier, surtout en milieu rural où la terre est un intrant majeur.

A cela, il faut rajouter les pesanteurs sociales/culturelles qui cristallisent des inégalités de genre: certaines pratiques traditionnelles défavorisent l'autonomisation des femmes avec, notamment, les déficits observés dans la transmission des ressources productives aux femmes et aux filles, dont le foncier est en première ligne, surtout en milieu rural où la terre est un intrant majeur. Même lorsqu'elles s'investissent dans différentes activités productives, elles restent confinées dans les domaines les plus vulnérables ou aléatoires de la chaîne de création de richesses.

Si l'on s'intéresse aux violences basées sur le genre. Il existe peu d'études approfondies sur la situation relative aux violences contre les femmes dans l'ensemble du pays. On ne trouve pratiquement pas de statistiques fiables sur la prévalence du phénomène au sein de la population, ni sur les attitudes et pratiques relatives aux possibilités de recours à police et à la justice. Cependant, une étude commanditée par ONU-FEMMES, en 2012, dans huit régions de Sénégal (Dakar, Louga, Saint-Louis, Fatick, Diourbel, Kaolack, Thiès et Kaffrine) montre que le nombre de cas de violences faites aux femmes enregistrés dans les tribunaux (des 8 régions) a plus que doublé, en l'espace de 5 ans. Si l'on s'intéresse à l'excision, qui est une des pires formes de cette violence physique, on note qu'au Sénégal, 25 % des femmes de 15-49 ans ont déclaré avoir été excisées<sup>7</sup>.

Dans plus de la moitié des cas, les femmes n'ont pas subi d'ablation mais une simple entaille (51%). Cependant, 5 % des filles de moins de 15 ans qui ont été excisées ont eu le vagin fermé et cousu, pratique plus répandue dans les ethnies Mandingue et Soninké qu'ailleurs.

C'est parmi les musulmanes, dans le Sud et le Nord, et dans les ethnies Pulaar, Mandingue, Diola et Soninké que l'excision est le plus fréquemment pratiquée. L'excision est pratiquée, en général, avant l'âge de cinq ans. En dehors des violences physiques,

---

<sup>7</sup> Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD), *Enquête Démographique et de Santé Continue (EDS-Continue)*, 2014, Dakar, Sénégal.

il existe d'autres formes de violences que les femmes et les filles peuvent subir, les principales étant les violences morales et symboliques.

Comme on peut le voir, les vulnérabilités entraînent la déstructuration des rapports sociaux et entraînent des transformations sociales dont les manifestations ont trait à l'effritement des liens verticaux notamment avec les politiques de développement mais surtout le développement de solidarités horizontales encore plus fortes.

Il en ressort une mobilisation des ressources de l'économie domestique plus effective par les femmes et un réinvestissement dans la protection du capital humain (santé, éducation, nutrition...). Ces efforts de « colmatage » des ressources favorisent, dans le même temps, la revitalisation des liens sociaux, dans la mesure où ils participent de la réhabilitation sociale des individus en leur donnant une opportunité d'affirmer leur statut dans le corps social. Ainsi, leur capacité à mobiliser des ressources leur confère un pouvoir, de plus en plus accru, sur la décision de l'allocation des ressources, dans un contexte de précarité.

En définitive, les vulnérabilités contrastent avec les aspirations tournées vers un besoin de bien-être accru qui se traduit la mobilisation des réseaux organisés autour des solidarités qui permettent de faire face aux besoins notamment en santé. Dans la partie suivante, certaines expériences pour faire face aux frais de santé seront présentés à travers : Les associations communautaires de quartier ou de villages et les mutuelles de santé portées par des partenaires au développement.

### **III. Des stratégies pour l'amélioration du bien être et de la santé des femmes**

A travers les associations communautaires et les mutuelles de santé, les femmes mettent en avant la solidarité selon une approche de proximité afin de se soutenir financièrement et d'entretenir leurs liens sociaux.

#### **Les associations communautaires**

Elles regroupent des femmes qui résident dans le quartier ou dans le village, des groupes de pairs en général (femmes en âge de procréer, jeunes filles, femmes allaitantes...) ou secteurs d'activité.

Les besoins et services proposés ont trait à la santé de la reproduction et maladies infantiles.

Les femmes participent chacune sous forme de cotisations leurs moyens et à partir de sommes modiques.

Ces formes d'organisation sont ouvertes et accessibles à presque toutes les femmes. Une des illustrations vient de l'Association (mbootaay) « Dental Pulaar » à Neti mbaar (dans la banlieue de Dakar).

*Cette association de cinquante cinq membres femmes de l’Ethnie Pulaar et, ont le plus souvent, des époux actuellement à la retraite. La majorité d’entre elles sont vendeuses. Toutefois, il y a une infirmière et deux autres sont instruites. Ces femmes se rencontrent tous les mardis chez l’une d’entre elles, rotativement, et la mise individuelle est de 550 FCFA, soit un total de 30 250 FCFA. Cette somme sur laquelle sont prélevés 1000 FCFA et remis à celle qui abrite la rencontre. C’est l’occasion de se divertir en dégustant des beignets préparés pour la circonstance mais aussi de discuter et d’échanger sur les questions de santé. Ainsi, leur hôte dispose d’un fonds qui lui permettra momentanément de subvenir à ses besoins de santé.*

*Il faut aussi souligner que les apports individuels des femmes dans les tontines conduisent souvent à s’adonner à d’autres activités génératrices de revenus. C’est tout le succès du petit commerce. Elles sont vendeuses de fruits, de sucettes, de café, de pain, de sandwich et/ou de ndambe (sauce tomate et haricots). Dès le petit matin, les étales bordent les artères centrales des quartiers populaires et offrent une diversité de produits et elles y restent jusque tard dans la soirée. Cette forte activité des femmes les différencie des hommes à la retraite, souvent inactifs.*

En plus des ressources mises à disposition pour couvrir des frais de santé, les femmes mutualisent des conseils, des bonnes pratiques et leur capital social pour le bien-être de la famille. On peut noter ainsi une possibilité d’accumulation plus substantielle au travers des fonds mobilisés grâce aux tontines. En effet, au-delà de la fonction économique, la caisse de la tontine permet aux femmes d’élargir le réseau social en finançant les réciprocités sociales.

#### **Association Suxaali Jaboot à Xaar Yalla**

*Le quartier Xaar-Yalla est un quartier populaire de Dakar, quartiers de migrants et couches démunies.*

*Il existe une 1<sup>ère</sup> tontine de femmes âgées de 25 à 45 ans en âge de procréer et une 2<sup>ème</sup> de 130 et 30 hommes. Il y’a une mise hebdomadaire de 1050 f par personne.*

*3 personnes/mois et bénéficie de 314.000 cfa pour prendre en charge des frais de santé par tirage au sort ou par désignation (consultations prénatales, accouchement, et trousseau des bébés).*

*Par ailleurs, 100 femmes membres de la 1<sup>ère</sup> tontine se regroupent dans une deuxième tontine selon leur rang dans leur union (2, 3 ,4<sup>ème</sup> femme) et pour une mise plus élevée cotise 500F par jour.*

*De même, des membres de la 1<sup>ère</sup> tontine qui sont 1<sup>ère</sup> épouse et des femmes dans des unions monogames se regroupent et cotisent 200F. La mise est comme une assurance complémentaire santé et doit être consacrée aux dépenses de santé pour elles et leurs enfants.*



**Association Cité Douane (quartier périphérique de Dakar)**

*Cité douane est un quartier où la plupart des chefs de ménages sont à la retraite. On note un taux de malnutrition est très élevé chez les enfants de moins de 5 ans et les femmes ont renforcé leurs connaissances sur les pratiques alimentaires et nutritionnelles. Chaque samedi elles cuisinent des plats variés pour les enfants qu'elles vendent aux mamans à 100f. Ensuite elles pèsent les enfants pour contrôler leur poids.*

**Association Sanni Jaamra à Pikine (Banlieue de Dakar)**

Elle pratique le jumelage entre 2 femmes connue en wolof sous le terme « Ndey Dike » et qui veut dire la mère choisie. Cette « Ndey Dike » plus âgée et avec plus d'expérience que son binôme sert de conseillère sur des choix en matière de santé. Elle fait bénéficier à son binôme mobilise un réseau relationnel nouveau et soutient cette dernière en cas de besoin dans le domaine de la santé.

Cependant, même si ces associations ne peuvent prendre en charge qu'une part limitée des frais de santé, il faut savoir qu'en plus des ressources mises à disposition pour couvrir des frais de santé, les femmes mutualisent des conseils, des bonnes pratiques et leur capital social pour le bien-être de la famille.

Ces associations créent des liens au-delà des quartiers et en établissant des relais avec le secteur de la santé qui n'est pas un environnement toujours accessible surtout aux catégories les plus démunies d'un point de vue culturel, économique, géographique et également du genre.

Afin de lutter contre ces inégalités, une initiative a été développée dans les quartiers et les villages défavorisés. Il s'agit de dames d'un certain âge appelées des « Bajenu Gox » dont les actions visent une meilleure utilisation des services de santé de la reproduction une approche communautaire. Il s'agit de marraines de quartiers ou de villages qui font la promotion de la santé maternelle, néonatale et infantile au niveau individuel et communautaire. Elles développent des stratégies pour une meilleure implication des hommes, de l'entourage de la femme et autres leaders communautaires. Elles tiennent une caisse de solidarité permettant de pouvoir référer les femmes au besoin sans attendre le poste de santé ou les membres de la famille. C'est à elles de voir comment alimenter ces caisses (cotisations des femmes ou activité génératrice de revenus).

C'est la proximité avec laquelle elles opèrent qui favorise une accumulation de connaissances sur la santé de la reproduction et des comportements positifs pour le bien-être des femmes. De même, la proximité et les relations personnalisées de confiance autorisent capable de réguler et de prévenir les risques qui pèsent sur leur état de santé.

### ***Les mutuelles de santé***

Il est assez commun d'entendre que la santé n'a pas de prix mais elle a un coût. C'est ce coût que tous les utilisateurs ne sont pas en mesure de payer. Cela ne facilite pas la fréquentation des structures de santé par les patients dont une part importante est constituée par les femmes.

L'élan des mutuelles est renforcé par les évidences sur le succès des mutuelles sont liées à une prise en charge plus facile, plus rapide. Elle réduit des formes graves de maladies et diagnostic précoce des maladies et les accouchements à domicile.

Ces mutuelles polarisent plusieurs quartiers ou villages mais les services ne sont pas spécifiques aux femmes et on note une diversité de cibles.

Les fonds proviennent d'une activité génératrice de revenus entreprise collectivement par les femmes ou par l'appui d'un partenaire au développement, Elles sont aussi dérivées souvent de mutuelles d'épargne et de crédit ou d'une autre forme d'organisation.

La cotisation est fixe et individuelle. Les prestations couvrent une bonne partie des frais médicaux et porte sur une diversité de soins médicaux. Les frais d'adhésion restent assez élevés pour la majorité des bénéficiaires et la prise en charge n'est pas toujours effective dans les structures de santé.

<b>Une forme de mutualisation à Nioro Alassane Tall</b>
<p>À Keur Baba Penda, les hommes du village ont mis sur pied une caisse sociale de solidarité qui a pour but d'aider les populations dans leur recherche de soins. Chaque chef de ménage a donné une somme de 500 francs CFA. Pour les femmes, le forfait est fixé entre 150 et 200 francs CFA. Ces ressources sont administrées par un comité de gestion. La caisse est surtout sollicitée en cas d'urgence. Si les membres de la famille du patient ne peuvent pas faire face seuls aux dépenses, une somme est alors mise à leur disposition pour les frais relatifs à la maladie. Elle est généralement à rembourser dans un délai d'un mois fixé par le comité de gestion.</p>
<p>Cette forme de mutualisation est générale dans la zone de Nioro Alassane Tall. Mais une différence est notée dans les modalités de mise en place de ces caisses selon les villages. À Keur Serigne Khodia et Keur Momath Mbaye, les membres ont attendu la vente des récoltes pour faire la collecte d'argent. À Nioro Alassane Tall, ce sont les femmes qui gèrent la caisse. Le comité de gestion est uniquement composé de femmes. C'est le comité qui a défini les modalités de prêt et de remboursement. Ces caisses ne demandent pas d'intérêts en cas de prêt. Elles permettent aux villageois de faciliter le recours aux structures de santé en cas d'affection. Les bénéficiaires peuvent accéder aux soins médicaux avec une prise en charge des coûts du traitement.</p>

Dans les zones de Fatick, Kaolack et Kaffrine les mutuelles de santé ont connu également un fort engouement dans un contexte de sous fréquentation des structures de santé, de problèmes d'accessibilité, de contraintes de paiement des médicaments et de non prévisibilité des coûts des soins.

#### **La mutuelle de santé familiale de Sokone (zone centre du Sénégal)**

La mutuelle de santé a été créée pour faciliter l'accès financier aux soins pour les populations de la zone qui sont pour la plupart pauvres : 92,10% de la population dépendent des revenus agricoles. La mutuelle comprend deux volets : l'assurance maladie élève (AMEL) et la mutuelle familiale.

Le volet assurance-maladie familiale compte 478 adhérents. Depuis sa création, l'assurance familiale a permis à 1520 bénéficiaires de profiter des prestations offertes dans les structures de santé avec lesquelles la mutuelle a conventionné. L'adhésion à l'assurance familiale nécessite 1000 francs pour l'achat de fiche et une cotisation mensuelle de 150 francs par personne enrôlée. Les femmes appartenant à la mutuelle familiale, bénéficient d'une gratuité en ce qui concerne les consultations prénatales, CPN, et de la panification familiale de la mutuelle.

La mutuelle est très appréciée par les populations parce qu'elle rend les coûts de traitements prévisibles mais aussi parce qu'elle permet de palier les traitements incomplets. La mutuelle de Sokone contribue à l'augmentation des recettes des structures de santé avec la tarification forfaitaire. La mutuelle de santé de Sokone constitue un exemple de réussite qui pourrait servir de référence pour d'autres localités où les populations, de par leur précarité, ne pourraient faire face à leurs problèmes de santé que par la mutualisation des coûts. Elle suscite une forte demande d'adhésion de la part des populations, d'où des opportunités à saisir.

Cependant, la mutuelle de santé de Sokone reste confrontée à un certain nombre de problèmes qui hypothèquent sa pérennité. En effet, la sur-utilisation des services par les usagers mal informés qui ne comprennent pas le principe de la mutualité, les ruptures fréquentes de médicaments, le non paiement des cotisations, l'indisponibilité de fonds de soutien, l'absence d'activités génératrices de revenus sont des facteurs qui courent à la perte de vitesse de la mutuelle de santé de Sokone.

En dépit de ces manquements constatés, l'appréciation des bénéficiaires sur les services offerts par les mutuelles de santé et les structures de santé reste positive.

Plus de 80% des femmes bénéficiaires ont un jugement favorable par rapport à l'utilisation des services. Ceci peut se justifier par l'adéquation entre les besoins spécifiques des femmes et l'offre de service. De plus, la stratégie de multiplier les champs collectifs facilite grandement le paiement des droits de participation à ces mutuelles. Il faut noter également que le projet de cotisation groupée via d'exploitation commune d'un champ collectif s'appuie sur l'exploitation responsable de ressources naturelles communes. De même, les activités génératrices de revenus initiées par certaines mu-

tuelles locales ont valorisé la transformation des produits locaux dans les communautés.

### **Conclusion: Les femmes sont vulnérables mais résilientes!**

L'objet de cette contribution est d'analyser la santé des femmes en lien avec leur état de leur pauvreté. Il est apparu ainsi que les femmes ont besoin des besoins importants en soins de santé quelques fois supérieurs aux hommes. Or, l'utilisation des services de santé est aussi plus élevée pour les personnes instruites et les personnes ayant un revenu moyen ou aisé. Cela laisse présager des inégalités fortes en termes de satisfaction des besoins en soins de santé et de bien-être sachant que les femmes ont des trajectoires de pauvreté aléatoires et plus vulnérables aux chocs qui peuvent survenir dans leur environnement.

Par ailleurs, certains problèmes de santé touchent les femmes comme les hommes mais ont un impact plus grand ou différent sur les femmes et demandent de ce fait des réponses adaptées aux besoins des femmes. D'autres encore touchent les femmes et les hommes plus ou moins à égalité, mais les femmes ont plus de difficultés à accéder aux soins dont elles ont besoin. De plus, des facteurs d'inégalités liées au sexe, par exemple en matière d'éducation, de revenu et d'emploi, privent les femmes de moyens de protéger leur santé. Parmi ces facteurs, on peut noter, l'analphabétisme, l'accès à l'eau potable et à l'assainissement, les conditions sanitaires et les pratiques de soins, la charge de travail, le contrôle de la fécondité difficile, ainsi qu'un accès limité aux soins préventifs et soins curatifs de base. Cela augmente le risque de durabilité d'une maladie éventuelle chez les femmes.

Aussi, si l'espérance de vie est plus longue chez les femmes, ce n'est pas nécessairement qu'elles sont en bonne santé. Il y a des états dont seules les femmes font l'expérience et dont elles seules supportent les conséquences potentiellement négatives. Certains de ces états, comme la grossesse et l'accouchement, ne sont pas des maladies, mais des processus biologiques et sociaux qui comportent des risques pour la santé et exigent des soins particuliers.

Face à ces multiples vulnérabilités, les femmes ne sont pas passives, elles prennent des initiatives qui s'apparentent à des modèles de co-veillance et de sécurisation au niveau communautaire. Cela se traduit par des dynamiques associatives assez fortes surtout dans les zones défavorisées et le renforcement des formes de mutualisation. En effet, les mutuelles de santé ont une fonction d'utilité sociale. Elles contribuent au développement de la socialité et renforce la convivialité et la cohésion sociale. En dépit de leur dimension économique quelques fois fragile, elles rendent possibles la solidarité au sein des communautés.

En s'investissant donc dans l'économie domestique et par l'entrepreneuriat populaire et réinvestissent le surplus en terme de gains dans les dépenses sociales (santé, éducation et alimentation). Les ressources matérielles et sociales générées par ces « inventions » sont donc réinvesties dans le capital humain et participent ainsi à la co-production des politiques de santé et d'actions sociales.

## Bibliographie

- Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD), *Enquête Démographique et de Santé Continue (EDS-Continue)*, 2014, Dakar, Sénégal.
- CISSE Rokhaya, DRAMANI Latif, HOUNKPODOTÉ Hilaire, FALL Abdou Salam, DIOP Mody, CISSE Ndèye Sokhna (2012), *Vulnérabilités et santé sur quatre générations au Sénégal*, Policy brief, les Etudes Nationales du Lartes, n°28-LARTES-IFAN, 6 p. ISSN: 2230-0678.
- CISSE Rokhaya (2014), « L'héritage de la pauvreté: entre récurrence, rupture et résilience dans les trajectoires des pauvres au Sénégal », publiée en 2014 chez *l'Harmattan, Collection Populations*, Paris, France, 229 p. ISBN: 978-2-343-03415-7
- Vidal Laurent (coord.), Brehmer Patrice (collab.), Broutin H. (collab.), Cissé I. (collab.), Cissé R.(collab.), *IRD*, Dakar, 117 p. [http://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins\\_textes/divers16-06/010067188.pdf](http://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/divers16-06/010067188.pdf).
- DIOP Nafissatou, FALL Abdou Salam, CISSE Rokhaya, (2013), « Exploration des facteurs associés aux longs intervalles intergénéraliques au Sénégal », *Population Council*, 120 p.
- DRAMANI Latif, FALL Abdou Salam, CISSE Rokhaya (2012), « Dynamiques de la pauvreté et conséquences sur l'éducation: Un agenda pour l'action ! » Policy brief, *les Etudes Nationales du Lartes*, n°29-LARTES-IFAN, 6 p. ISSN: 2230-0678.
- FALL Abdou Salam, ANTOINE Phillipe, CISSE Rokhaya (2011), « The Dynamics of Poverty in Senegal: Chronic poverty, transitional poverty, and vulnerabilities » Policy brief, *LARTES National Studies*, N°27, 6 p. ISSN: 2230-0678.